



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM BIOMEDICINA

JOYCE STHEFANY MARQUES DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO DISCURSO DOS GESTORES RELACIONADO ÀS
DIFICULDADES ENFRENTADAS ACERCA DA TRANSFERÊNCIA DE
POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
DA TUBERCULOSE**

JOÃO PESSOA
2026

JOYCE STHEFANY MARQUES DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO DISCURSO DOS GESTORES RELACIONADO ÀS
DIFICULDADES ENFRENTADAS ACERCA DA TRANSFERÊNCIA DE
POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Biomedicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Biomedicina.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª Anne Jaquelyne Roque Barreto

JOÃO PESSOA
2026

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A447a Almeida, Joyce Sthefany Marques de.

Análise do discurso dos gestores relacionado às dificuldades enfrentadas acerca da transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose / Joyce Sthefany Marques de Almeida. - João Pessoa, 2026.

63 f. : il.

Orientação : Anne Jaquelyne Roque Barreto.
TCC (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Tuberculose. 2. Tratamento diretamente observado.
3. Transferência de política. 4. Atenção primária à saúde. 5. Gestão em saúde. I. Barreto, Anne Jaquelyne Roque. II. Título.

UFPB/CCS

CDU 616-002.5

JOYCE STHEFANY MARQUES DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO DISCURSO DOS GESTORES RELACIONADO ÀS
DIFICULDADES ENFRENTADAS ACERCA DA TRANSFERÊNCIA DE
POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Biomedicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Biomedicina, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª Anne Jaquelyne Roque Barreto

Data de Aprovação: 31 / 03 / 2026

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRETO
Data: 06/04/2026 09:19:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Anne Jaquelyne Roque Barreto (Orientadora)

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva - Universidade Federal da Paraíba

(UFPB)

Documento assinado digitalmente



LUCIANA DANTAS FARIAS DE ANDRADE
Data: 06/04/2026 10:13:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Luciana Dantas Farias de Andrade

Departamento de Ciências Biomédicas - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Documento assinado digitalmente



HALINE COSTA DOS SANTOS GUEDES
Data: 06/04/2026 19:26:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Haline Costa dos Santos Guedes

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Dedico este trabalho a Deus, cuja infinita sabedoria e graça já conhecia cada palavra aqui escrita antes mesmo que eu sonhasse com esse momento. À Ele, que guiou meus passos, fortaleceu minha fé e esteve presente em cada etapa desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é, antes de tudo, uma representação física da graça que foi viver esta graduação. Cada página escrita, cada conhecimento adquirido e cada passo dado ao longo desse caminho são marcas de uma trajetória que jamais percorri sozinha. Por isso, antes de qualquer palavra dirigida às pessoas que caminharam comigo, volto meu olhar ao alto.

Primeiramente, agradeço ao meu Pai do céu, fonte de todas as graças que sustentaram minha caminhada até aqui. Foi Ele quem guiou meus passos por caminhos que, muitas vezes, eu sequer imaginava percorrer. Caminhos que, mesmo já traçados, ultrapassaram os sonhos da pequena Joyce que um dia começou a imaginar o futuro. Obrigada, por esta graduação e por tantas outras graças derramadas ao longo dela.

Aos meus pais, a quem devo não apenas esta conquista, mas a própria coragem de sonhar. Foi por vocês que aprendi a acreditar nos meus caminhos e encontrei forças para seguir meus sonhos, mesmo quando isso significou partir para outra cidade. Deixá-los fisicamente foi um dos maiores desafios que enfrentei, mas vocês nunca deixaram de caminhar comigo. Vieram comigo em coração, em espírito e em cada gesto de amor que me sustentou nos momentos mais difíceis. Se hoje me tornei quem sou, é porque carrego em mim a união das histórias, dos valores e do amor de vocês dois.

À minha irmã, Yasmin, minha maior companheira de vida. Brincamos juntas, crescemos juntas, e agora seguimos também nossas graduações lado a lado, cada uma em seu caminho, mas sempre unidas por um laço só fortalece. Em você encontrei um amor que só a irmandade é capaz de oferecer. Como é bonito e reconfortante saber que tenho uma irmã para caminhar comigo pela vida.

À minha avó Zefinha, peça fundamental em minha formação pessoal, profissional e espiritual. Suas missas todos os dias às 18h foram muito mais do que um hábito, foram um abrigo de fé que nunca permitiu que eu me sentisse distante do amor de Deus. Foi através da senhora que aprendi a conhecer e amar ainda mais a minha Mãe do céu. Sua fé simples, firme e verdadeira sempre me lembrou que nunca estamos desamparados quando caminhamos com Deus.

À minha família materna, que tantas vezes fez presença quando a saudade de casa apertava. Em especial aos meus tios Zana, Alexandre, Eozia e Alessandra. Primas, Talita, Werlânia, Emanuela, Eloise, Elaine, obrigada por abrirem suas portas e seus corações para mim. Vocês foram casa quando eu senti falta da minha.

Às minhas dogs, Safira e Cristal, que também fizeram parte dessa caminhada. Em meio às noites longas de estudo, aos dias cansativos e aos momentos de ansiedade, vocês foram presença silenciosa de carinho e acolhimento. O amor puro e simples de um animal tem o poder de trazer paz quando tudo parece pesado, e vocês foram parte importante do meu equilíbrio emocional durante essa jornada.

Ao meu noivo, Marcos, que chegou à minha vida no início dessa graduação e permaneceu ao meu lado em cada etapa dela. Em meio aos desafios, às dúvidas e às conquistas, você foi meu alicerce, meu parceiro, meu amigo e meu amor. Foi certeza quando eu mesma tinha dúvidas. Agradeço também à sua família, que me acolheu com tanto carinho e se tornou também minha família. À vó Tereza, que com gestos simples e cheios de afeto, até mesmo com itens de sua papelaria acabou contribuindo de forma tão significativa em minha rotina acadêmica. À minha cunhada Maria Luiza, que ultrapassou o lugar de amiga e se tornou para mim uma irmã.

Às minhas amigas mais antigas, Joyce e Ana Paula, que caminham comigo desde muito antes desta graduação começar. Vocês foram colo, escuta, sustento e amizade verdadeira ao longo de toda a minha vida. Com vocês aprendi que amizade de verdade atravessa o tempo, as fases e as distâncias. Hoje celebramos também a chegada do pequeno Arturzinho, prova viva da longevidade e da beleza da nossa amizade.

A caminhada acadêmica não se faz sozinha. Nenhum caminho é traçado sem mãos que se estendam quando o fardo aperta. Por isso, agradeço às minhas colegas de turma, que compartilharam comigo esses anos intensos de aprendizado e crescimento. Em especial à Eduarda, presente desde o primeiro período, desde as aulas de Biologia Celular até as vivências clínicas. Você foi socorro nos momentos difíceis, companhia nos estudos, apoio nos dias mais cansativos e amizade em cada etapa dessa jornada.

À Bárbara, que surgiu como uma surpresa no meio da graduação e chegou de mansinho, mas trouxe consigo um dos maiores presentes que eu poderia receber: minha vida espiritual reacendida. Você me motivou a seguir aquilo que eu desejava, esteve comigo em momentos de perda e de conquista, e juntas encontramos força para continuar.

Às minhas amigas de escola, que se tornaram também vizinhas de quarto em uma cidade nova: Vitória e Joyce. Em meio ao desafio de viver longe de casa, vocês foram companhia, apoio e família. Compartilhamos não apenas um espaço físico, mas também aprendizados sobre a vida adulta e construir nosso próprio caminho. Nos dias simples e nos dias difíceis, a presença de vocês transformou a distância de casa em um lugar de pertencimento. À Lis, que mesmo distante se fez presente, sendo fiel à amizade que selamos ainda nos corredores do IF. Ser sua amiga é saber que, mesmo de longe, sempre há cuidado, escuta e acolhimento.

Ao meu tio Josué (*in memoriam*), que partiu durante minha graduação, mas cuja presença permanece viva em minha memória. Muito antes de eu sequer saber qual caminho seguir, o senhor já me chamava de “doutora”. Quando entrei no primeiro período de Biomedicina, chegou até a me pedir um laudo. Na semana em que partiu, deixou comigo uma resposta que eu tanto precisava em meio às minhas incertezas: a aprovação no meu primeiro projeto de pesquisa. No fundo do meu coração, sei que o senhor esteve presente nesse momento.

À minha orientadora, professora Anne Jaquelyne, que talvez nem imagine, mas foi resposta de muitas orações silenciosas. A oportunidade de atuar como voluntária sob sua orientação já foi motivo de enorme alegria para mim e trouxe a certeza que eu precisava sobre a área que tanto amo. Foi em suas aulas que me encantei pela Saúde Coletiva, uma área tão humana, necessária e transformadora. Ter sido sua orientanda em projetos tão significativos tornou essa caminhada ainda mais especial.

Ao Grupo de Estudos em Tuberculose (GEOTB), espaço onde encontrei inspiração, aprendizado e crescimento. Em especial às doutorandas Haline e Amanda, a quem devo, junto com a professora Anne, o despertar da minha paixão pela pesquisa e pela docência. Conviver com vocês fez nascer em mim o desejo de ensinar, no mesmo lugar onde tanto aprendi.

À professora Luciana, que, mesmo sem saber, marcou profundamente minha formação. Em sala de aula, através de sua postura e suas palavras, mostrou que a ciência e o cuidado em saúde precisam caminhar lado a lado com a humanidade. Seus ensinamentos sobre segurança do paciente e humanização ultrapassaram o conteúdo das aulas e tocaram a forma de olhar para o cuidado e para as pessoas. Em muitos aspectos, a biomédica sanitária que hoje começo a me tornar também carrega um pouco da sensibilidade e do compromisso que aprendi ao ouvi-la.

À minha prima Áquila (*in memoriam*), que também partiu cedo demais, mas que foi uma das primeiras pessoas a me acolher quando cheguei a essa nova fase da vida. Você, já familiarizada com a cidade, me mostrou caminhos, me indicou lugares, me aconselhou e, sem saber, ajudou a construir a base que me permitiu permanecer aqui e chegar até este momento. Não tive tempo de lhe dizer o quanto isso significou para mim. Hoje sigo sentindo sua presença e também sua falta a cada passo dessa caminhada.

Aos meus supervisores de estágio, que transformaram a prática em um espaço vivo de aprendizado. No Estágio I, nas experiências vividas no HULW com a Segurança do Paciente, a Vigilância e a CCIH, encontrei profissionais que deixaram marcas importantes na minha formação. Em especial, Alecsandro, Lecidamia, Maria, Vânia e Jordânia, que, com generosidade no ensinar e compromisso com o cuidado, contribuíram para ampliar meu olhar sobre o trabalho em saúde. No Estágio II, na Vigilância da SMS- João Pessoa, tive novamente a oportunidade de aprender com profissionais que demonstram, no cotidiano, a importância da saúde pública. Agradeço especialmente a Martha, Marília e Alisson, cujos ensinamentos e exemplos reforçaram em mim o compromisso com a vigilância em saúde e com o cuidado coletivo.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa jornada. Cada gesto de apoio, cada palavra de incentivo e cada presença ao longo do caminho ajudaram a construir essa conquista. Esta graduação não é apenas um título. É a soma de histórias, encontros, aprendizados e afetos. E cada pessoa mencionada aqui carrega comigo um pedaço dessa história.

“Eu vou dançar sobre toda a dor.
O Senhor deu, o Senhor tomou;
e sobre todas as coisas,
bendito seja o nome do Senhor.”

— *Romanos 5, Colo de Deus*

RESUMO

A tuberculose (TB) permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Entre as estratégias recomendadas para o controle da doença destaca-se o Tratamento Diretamente Observado (TDO), considerado uma tecnologia em saúde voltada ao fortalecimento da adesão ao tratamento e à redução do abandono terapêutico. Nesse contexto, torna-se relevante compreender como ocorre a transferência dessa política para os serviços de saúde e quais dificuldades são enfrentadas no processo de sua implementação. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar o discurso dos gestores da atenção primária à saúde (APS) relacionado às dificuldades enfrentadas acerca da transferência de política (TP) do TDO da TB no município de João Pessoa, Paraíba. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, fundamentada na Análise do Discurso (AD) de linha francesa. Participaram do estudo 15 gestores vinculados à APS do município, incluindo gerentes de Unidades de Saúde da Família (USF) e coordenação do Programa de Controle da TB. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2025 e fevereiro de 2026, por meio de entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas e analisadas com auxílio do software ATLAS.ti. A análise dos discursos permitiu identificar seis formações discursivas relacionadas às dificuldades na TP do TDO: Responsabilização do usuário; Vulnerabilidade social como condicionante da adesão; Transferência entendida como fluxo técnico-administrativo; Fragilidades organizacionais nos serviços; Incentivo alimentar como estratégia de retenção; e Diluição da transferência de política no desconhecimento ou na negação. Os resultados evidenciam que, embora o abandono do tratamento seja frequentemente atribuído ao comportamento do usuário, também são reconhecidos fatores estruturais, como vulnerabilidade social, precariedade das condições de vida e limitações organizacionais dos serviços de saúde. Observou-se ainda que o processo de TP tende a ser compreendido predominantemente como repasse de normas e fluxos administrativos, com pouca problematização de sua dimensão político-institucional. Conclui-se que as dificuldades relacionadas à implementação do TDO extrapolam o plano individual, sendo influenciadas por fatores sociais, organizacionais e institucionais. Dessa forma, destaca-se a importância de fortalecer processos de gestão, capacitação profissional e articulação intersetorial, considerando as especificidades dos territórios e as condições de vida das pessoas acometidas pela TB, a fim de aprimorar as estratégias de controle da doença no âmbito da APS.

Palavras-chave: Tuberculose; Tratamento diretamente observado; Transferência de política; Atenção primária à saúde; Gestão em saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) remains an important public health problem in Brazil and in the world, especially in contexts marked by social inequalities and difficulties in accessing health services. Among the recommended strategies for disease control is the Directly Observed Treatment (TDO), considered a health technology aimed at strengthening adherence to treatment and reducing therapeutic abandonment. In this context, it becomes relevant to understand how the transfer of this policy to health services occurs and what difficulties are faced in the process of its implementation. Thus, the present study aimed to analyze the discourse of managers of primary health care (PHC) related to the difficulties faced regarding the policy transfer (TP) of the TB TDO in the city of João Pessoa, Paraíba. This is an exploratory research, with a qualitative approach, based on the Discourse Analysis (AD) of the French line. 15 managers linked to the PHC of the municipality participated in the study, including managers of Family Health Units (FHU) and coordination of the TB Control Program. Data collection occurred between December 2025 and February 2026, through semi-structured interviews, later transcribed and analyzed with the help of the ATLAS.ti software. The analysis of the discourses allowed to identify six discursive formations related to the difficulties in the PT of the TDO: User accountability; Social vulnerability as a condition of adhesion; Transfer understood as technical-administrative flow; Organizational fragilities in services; Food incentive as a retention strategy; and Dilution of policy transfer in ignorance or denial. The results show that, although treatment abandonment is often attributed to user behavior, structural factors are also recognized, such as social vulnerability, precariousness of living conditions and organizational limitations of health services. It was also observed that the PT process tends to be understood predominantly as a transfer of rules and administrative flows, with little problematization of its political-institutional dimension. It is concluded that the difficulties related to the implementation of the TDO go beyond the individual plan, being influenced by social, organizational and institutional factors. Thus, the importance of strengthening management processes, professional training and intersectoral articulation is highlighted, considering the specificities of the territories and the living conditions of people affected by TB, in order to improve disease control strategies within the scope of PHC.

Keywords: Tuberculosis; Directly observed treatment; Policy transfer; Primary health care; Health management.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo. 33**
- Quadro 2 – Recorte discursivo de gestores sobre as dificuldades relacionadas à TP do TDO da TB no contexto dos usuários. João Pessoa, Paraíba – 2026. 34**
- Quadro 3 – Recorte discursivo de gestores sobre as dificuldades relacionadas à TP do TDO da TB no contexto dos serviços de saúde. João Pessoa, Paraíba – 2026. 37**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

AD - Análise de Discurso

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PSF - Programa Saúde da Família

TB - Tuberculose

TDO - Tratamento Diretamente Observado

TP - Transferência de Política

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVO	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	21
3.2 CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL	23
4. METODOLOGIA	28
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	29
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.4 COLETA DE DADOS	30
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que acomete predominantemente nos pulmões, embora possa atingir outros órgãos e sistemas do organismo (Silva; Silva, 2016). Mesmo sendo uma enfermidade prevenível, tratável e potencialmente curável, ainda se configura como um importante problema de saúde pública em âmbito mundial, em razão do elevado número de óbitos e das expressivas repercussões sanitárias, sociais e econômicas associadas à doença (Leal *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o Brasil também se insere no cenário epidemiológico destacado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual a TB integra o grupo das sete doenças substancialmente negligenciadas, juntamente com Dengue, Doença de Chagas, Leishmaniose, Hanseníase, Malária e Esquistossomose. Essa condição relaciona-se a diferentes fatores, como a elevada prevalência da doença, os impactos na mortalidade de populações em situação de vulnerabilidade, os reduzidos investimentos da indústria farmacêutica e o agravamento do quadro decorrente da coinfeção TB/HIV e da associação com outras doenças negligenciadas. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) tem implementado estratégias voltadas ao enfrentamento da doença, com o objetivo de alcançar a eliminação da TB como problema de saúde pública no país (BRASIL, 2025).

Em nível global, estimativas indicam que, em 2025, aproximadamente 10,7 milhões de pessoas adoeceram por TB, sendo 6 milhões de homens, 3,6 milhões de mulheres e cerca de 1,3 milhão de crianças. No mesmo período, a doença foi responsável por aproximadamente 1,23 milhão de óbitos. No Brasil, o país ocupa a 20ª posição entre os 30 países com maior carga de TB no mundo, os quais concentram cerca de 84% dos casos registrados globalmente. No território nacional, observa-se variação na distribuição dos casos entre os diferentes estados (OMS, 2025).

No que se refere à distribuição regional, a Região Nordeste apresenta alguns dos maiores indicadores da doença no país. Em 2025, foi registrada uma incidência de 32,9 casos por 100 mil habitantes e um coeficiente de mortalidade de 3,1 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2025). No estado da Paraíba, especificamente na capital João Pessoa, os indicadores mostram-se ainda mais elevados, com coeficiente de incidência de 55,1 casos por 100 mil habitantes e coeficiente de mortalidade de 8,8 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2025).

Desde que a TB foi declarada uma emergência global de saúde pública pela OMS, em 1993, diversas estratégias internacionais têm sido implementadas com o objetivo de reduzir a

magnitude da doença. Entre as principais iniciativas adotadas destacam-se a estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), vigente entre 1994 e 2005; a estratégia *Stop TB*, implementada entre 2006 e 2015 (WHO, 2006); e, posteriormente, a estratégia *End TB*, estabelecida para o período de 2015 a 2035. Apesar dos esforços empreendidos, o relatório da OMS publicado em 2015 apontou que as metas propostas pela estratégia *Stop TB* não foram plenamente alcançadas. Diante desse cenário, foi lançada a estratégia *End TB*, que estabelece como meta a prevenção, o controle e a eliminação da TB como problema de saúde pública, buscando reduzir sua incidência para menos de 1 caso por 100 mil habitantes até 2050 (WHO, 2015).

No Brasil, com o objetivo de fortalecer as ações de enfrentamento da doença, o MS lançou, em 2020, o Plano Nacional pelo Fim da TB. De acordo com estimativas do próprio Ministério, o plano propõe um conjunto de estratégias que incluem a redução do coeficiente de HIV/Aids, a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) em 90% dos casos de TB. A implementação dessas ações tem potencial para evitar aproximadamente 138.440 casos incidentes da doença no país ao longo de um período de 21 anos. Com base nessas projeções, estima-se que a taxa de incidência de casos novos de TB possa alcançar 20,7 casos por 100 mil habitantes até o ano de 2035 (BRASIL, 2017).

O TDO consiste na administração diária da medicação sob supervisão de um profissional de saúde, respeitando-se algumas exceções previstas. Essa estratégia é amplamente reconhecida como uma medida eficaz para o controle da TB em diferentes países. No contexto brasileiro, sua implementação passou a ser atribuída à Atenção Primária à Saúde (APS) a partir de 2001, quando os municípios passaram a assumir a responsabilidade pelas ações de controle da TB, conforme estabelecido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001). Nesse período, o Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) foi reconhecido como uma das ações estratégicas a serem incorporadas pelos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a APS passou a utilizar o TDO como uma importante tecnologia em saúde voltada ao controle da TB. Tal escolha se justifica pelas características desse nível de atenção, marcado pela descentralização das ações, pela ampla capilaridade dos serviços e pelo fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários. Esses elementos são fundamentais para a identificação de sintomáticos respiratórios, para o diagnóstico precoce da

doença e para o fortalecimento da adesão ao tratamento (Farias *et al.*, 2015). No entanto, apesar de sua ampla adoção nas políticas públicas de saúde, o TDO ainda gera debates no cenário internacional. Enquanto alguns estudos destacam sua importância para o acompanhamento terapêutico, outros apontam limitações relacionadas à sua eficácia, questionando a existência de evidências robustas que comprovem benefícios superiores ao tratamento autoadministrado. Além disso, há críticas quanto à sua adequação em determinados contextos locais, bem como à possibilidade de ser percebido como uma prática autoritária ou constrangedora para pessoas com TB, podendo inclusive reduzir sua autonomia e responsabilidade no autocuidado (Karumbi; Garner, 2015; Arnadottir, 2009; Queiroz *et al.*, 2012).

Entende-se que a efetividade dessa estratégia está condicionada ao comprometimento ético de diferentes atores envolvidos no controle da doença, incluindo gestores, equipes de saúde, pessoas acometidas por TB e a sociedade civil organizada. Além disso, sua implementação depende da adequada capacitação dos profissionais e da disponibilidade de infraestrutura nos serviços de saúde, fatores essenciais para o desenvolvimento das ações relacionadas ao enfrentamento da TB. Nesse contexto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde se apropriem das diretrizes que orientam o TDO, incorporando, em sua prática cotidiana, estratégias que contribuam para o aprimoramento dessa intervenção. Assim, a utilização do TDO como tecnologia de cuidado requer organização e estruturação adequadas para sua efetiva incorporação nos sistemas locais de saúde.

Diante disso, uma das estratégias para o fortalecimento do controle da TB consiste em compreender como essa tecnologia é transferida dos níveis centrais de gestão, bem como, onde é formulada enquanto política pública para os níveis locais e para os profissionais responsáveis por sua operacionalização. Nesse sentido, uma abordagem possível para analisar essas relações é a Transferência de Política (TP), que permite identificar, em diferentes níveis de gestão, tanto as potencialidades quanto às fragilidades relacionadas à implementação do TDO no contexto brasileiro. De forma sintética, a TP pode ser compreendida como um processo no qual conhecimentos, experiências e elementos de políticas desenvolvidas em determinado contexto são utilizados para a formulação ou adaptação de políticas em outros cenários.

A TP tem sido amplamente discutida em estudos relacionados a diferentes políticas públicas, tanto em contextos nacionais quanto internacionais, o que evidencia sua relevância para a análise de processos de formulação e implementação de políticas, especialmente no campo da

saúde. Nesse sentido, a TP refere-se a um movimento de mudança ou adaptação de determinada política, que pode ocorrer entre diferentes regiões ou até mesmo dentro de um mesmo sistema de saúde, considerando seus distintos níveis de atenção. Importa destacar que esse processo não se limita à simples difusão de conhecimentos entre instituições, mas envolve, sobretudo, uma dimensão espacial e intencional voltada à modificação ou adaptação de políticas orientadas para a ação. O termo “política”, por sua vez, não se restringe a um conceito único, podendo referir-se a componentes específicos, como programas, planos, estratégias, instrumentos, arranjos administrativos ou institucionais, formas de organização do trabalho, procedimentos, normas ou princípios (Bissell; Lee; Freeman, 2011).

Diante dessa perspectiva, torna-se relevante analisar a TP relacionada ao TDO, especialmente considerando as recomendações da OMS e sua incorporação nas políticas nacionais de controle da TB no Brasil. A permanência dessa estratégia ao longo do tempo evidencia sua importância como elemento estruturante no enfrentamento da TB. O TDO configura-se como um componente essencial da política de controle da doença, sustentado pela proximidade contínua com indivíduos em situação de vulnerabilidade e pela necessidade de acompanhamento sistemático durante o tratamento. Tal abordagem exige práticas transdisciplinares e sensíveis às realidades sociais vivenciadas pelas pessoas acometidas pela doença.

Além disso, torna-se fundamental considerar os diferentes contextos, tanto amplos quanto específicos, envolvidos na TP do TDO no âmbito da APS, particularmente em municípios prioritários para o controle da TB, como o município de João Pessoa, no estado da Paraíba, cenário no qual se insere o presente estudo. Assim, o dinâmico cenário epidemiológico e político influencia diretamente o planejamento em saúde e a valorização das demandas provenientes dos territórios, fornecendo subsídios importantes para a formulação de ações estratégicas voltadas a gestores e profissionais de saúde.

Portanto, verifica-se que, apesar das diversas políticas de controle da TB implementadas ao longo do tempo, o TDO permanece como uma recomendação central nas estratégias atuais de enfrentamento da doença. O processo de TP globais e de seus componentes, seja de forma integral ou fragmentada, tem sido implementado em diferentes níveis governamentais até os serviços de saúde (Dolowitz; Marsh, 1996; Evans, 2006), apresentando tanto avanços quanto limitações.

Logo, torna-se relevante avaliar as dificuldades enfrentadas pelos gestores em saúde no que se refere à TP do TDO no município de João Pessoa na Paraíba, considerando a permanência dessa estratégia como recomendação para o controle da doença. Compreende-se que estudos dessa natureza, difundidos por meio da produção científica, podem contribuir para o aprimoramento das práticas sanitárias e para o fortalecimento das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da TB.

Somado a isso, destaca-se a escassez de pesquisas dedicadas à análise da TP relacionada ao TDO, tanto no cenário nacional quanto internacional, o que reforça a relevância do presente estudo para o avanço do conhecimento sobre o tema no âmbito da APS. Diante disso, o estudo será orientado pela seguinte questão norteadora: o que sinaliza o discurso dos gestores da APS acerca das dificuldades enfrentadas no processo de TP do TDO?

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o discurso dos gestores da APS relacionado às dificuldades enfrentadas acerca da transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A TB é uma doença infecciosa e transmissível, causada por uma bactéria, a *Mycobacterium tuberculosis*. Caracteriza-se como uma doença principalmente respiratória, sendo assim os infectados ao tossir ou espirrar, como parte dos sintomas, liberam os bacilos no ar, levando a sua transmissão. Apesar de ser uma enfermidade curável, ainda apresenta alta incidência e gravidade, uma vez que foi classificada em 2022 como a segunda maior causa de morte por agente infeccioso no mundo, com o Brasil apresentando uma taxa de mortalidade de 2,72 por 100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2024).

Altamente prevalente em diversos países, o cenário brasileiro acompanha essa tendência, com uma incidência de 37 casos por 100 mil habitantes, com predominância em homens, além de apresentar três grandes grupos de risco: pessoas em situação de rua, privadas de liberdades e portadores de HIV (Ministério da Saúde, 2024). Esses dados reforçam o caráter social da doença, e evidenciam a importância de intervenções governamentais, especialmente por meio de políticas públicas.

No recorte por regiões brasileiras, observa-se que o Sudeste concentra o maior número absoluto de casos, com destaque para os estados de São Paulo e Rio de Janeiro. No entanto, as maiores taxas de incidência são registradas nas regiões Norte e Centro-Oeste, evidenciando desigualdades socioeconômicas que impactam diretamente no controle da doença. A taxa de abandono do tratamento nesses territórios também se mostra preocupante, especialmente em áreas de difícil acesso aos serviços de saúde e onde há maior concentração de populações vulnerabilizadas (Ministério da Saúde, 2024).

Na Paraíba, especificamente, o cenário da TB também exige atenção. Em 2022, a taxa de incidência foi de 17,6 casos por 100 mil habitantes, com destaque para municípios como João Pessoa, Campina Grande e Santa Rita, que concentram a maior parte dos registros (SES-PB, 2023). A taxa de cura ficou em torno de 72%, abaixo da meta preconizada pelo MS, enquanto o abandono do tratamento alcançou 10,4%, superando o limite desejado de 5% (Ministério da Saúde, 2024). Esses dados demonstram a urgência em fortalecer as ações de vigilância, diagnóstico precoce e adesão ao tratamento, especialmente nos territórios com maior vulnerabilidade social.

Apesar de já haver ações estratégicas na realidade da TB, o Brasil precisa lidar com barreiras no enfrentamento da doença, uma vez que o abandono do tratamento é uma característica relevante tendo como consequência a queda na taxa de cura de TB sensível. Soma-se a isso a coinfeção com o HIV, que afeta 9,3% dos pacientes, sendo que menos da metade deles (49,8%) está em uso de antirretrovirais, o que acelera a evolução clínica e eleva a letalidade (Ministério da Saúde, 2024). Além disso, este cenário pós COVID-19 se agravou, uma vez que ela foi colocada em segundo plano, reduzindo as testagens e consequentemente o seu diagnóstico.

O país tem reforçado seu compromisso com o enfrentamento da TB por meio da adoção de políticas públicas baseadas em diretrizes globais, entre elas o TDO, considerado uma das principais estratégias para aumentar a adesão terapêutica e reduzir o abandono do tratamento. Nesse sentido, compreender como essas estratégias são implementadas no contexto brasileiro torna-se fundamental para avaliar sua efetividade no controle da doença.

Junto a isso destaca-se ainda o PNCT, que surgiu também nos anos 90 com objetivo de inserir e expandir o TDO no país, tendo uma de suas estratégias a descentralização a partir da inserção em UBS's e PSF's, por exemplo, capacitando suas equipes além de integrar ações de educação em saúde, levando o objetivo de controle da TB a atenção básica, considerando a presença de populações vulneráveis, as quais necessitam do acesso ao tratamento desde seu diagnóstico. Assim, o PNCT também estabeleceu metas específicas, como atingir taxa de cura igual ou superior a 85% e reduzir o abandono do tratamento para menos de 5%, reforçando a necessidade de acompanhamento ativo dos casos, como o TDO propõe.

Já o End TB Strategy, lançado há 10 anos representou grande marco globalmente, com metas além da redução da mortalidade, de sua incidência também. Para isso estabeleceu três pilares, são eles: Cuidados e prevenção integrados e centrados no paciente, que garante além do diagnóstico e tratamento, suporte social durante o seu acompanhamento garantindo sua centralização; Políticas ousadas e sistemas de apoio, que destaca a necessidade de políticas públicas para além da saúde, como justiça, educação, por exemplo, enfatizando que a TB é diretamente influenciada pelos determinantes sociais de saúde; Pesquisa e inovação intensificadas, que reconhece que deve-se haver novos desenvolvimentos para que sejam descobertas novas formas de diagnóstico, fármacos e vacinas para tratamento (OMS, 2014).

No Brasil, a estratégia tem sido incorporada por meio de medidas como a implantação do teste molecular rápido Xpert MTB/RIF no SUS, a partir de 2014, o que possibilitou maior agilidade no diagnóstico, com aumento de cerca de 60% na confirmação dos casos logo no primeiro ano. Além disso, programas como o Fio-TB, da Fiocruz, têm fortalecido a produção de pesquisas e vigilância epidemiológica. Tais ações reforçam o compromisso do país com a inovação e a articulação multiprofissional, alinhando-se à meta nacional de eliminar a TB até 2030, como mencionado.

Assim, a partir deste panorama epidemiológico, torna-se evidente que o enfrentamento da TB ultrapassa a dimensão estritamente biomédica, exigindo a implementação de estratégias organizadas de vigilância, prevenção e acompanhamento terapêutico. Nesse contexto, políticas públicas voltadas ao controle da doença ganham centralidade, especialmente aquelas que buscam fortalecer a adesão ao tratamento e reduzir o abandono terapêutico, como o TDO. Logo, compreender como essas estratégias são incorporadas e operacionalizadas no sistema de saúde brasileiro torna-se fundamental para analisar sua efetividade no controle da TB.

3.2 CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL

A dinâmica de enfrentamento da TB no Brasil exige que as ações estejam profundamente articuladas à vigilância epidemiológica, visto que compreender o comportamento da doença nos territórios é fundamental para nortear decisões em saúde pública. Nesse sentido, a construção de sistemas de informação mais robustos, como o SINAN-TB, e o uso de ferramentas geográficas têm sido essenciais para identificar áreas de maior incidência e vulnerabilidade social, permitindo o direcionamento de recursos e a priorização de estratégias.

Além disso, o MS tem incentivado o uso da estratificação de risco populacional, incorporando variáveis como escolaridade, condição de moradia e comorbidades, o que evidencia uma tentativa de integrar os determinantes sociais da saúde ao planejamento das intervenções (Silva *et al.*, 2021). Tais abordagens reforçam o papel da vigilância como essencial na formulação de respostas que sejam efetivas e excluam uma perspectiva somente clínica, de forma a promover uma gestão mais equitativa dos serviços.

Ademais, a efetividade das estratégias de controle da TB depende não apenas de sua implementação, mas também do fortalecimento dos espaços de governança intersetorial. A criação de Comitês Estaduais e Municipais de Enfrentamento à TB é um exemplo dessa lógica,

promovendo espaços deliberativos em que diferentes atores da saúde, assistência social, educação, e organizações da sociedade civil construam planos de ação integrados. Estudos têm demonstrado que municípios com comitês ativos apresentam melhores indicadores de cura e menor taxa de abandono do tratamento, o que destaca a importância dessas instâncias para fortalecer a responsabilização compartilhada entre os envolvidos (Costa *et al.*, 2023).

Ações como a busca ativa de sintomáticos respiratórios em territórios de alta transmissão, e ampliação do acesso ao teste rápido molecular para diagnóstico inicial, têm contribuído para o aumento da detecção precoce e, conseqüentemente, diminuindo a transmissão. Dessa forma, a integração entre vigilância, atenção básica e ações intersetoriais é central para enfrentar o desafio epidemiológico da TB em um país marcado por desigualdades (Ministério da Saúde, 2022; Kritski *et al.*, 2018).

Entre as principais estratégias adotadas para fortalecer o controle da TB destaca-se o TDO, que consiste no acompanhamento da ingestão dos medicamentos por um profissional de saúde ou pessoa previamente treinada, com o objetivo de garantir a adesão ao tratamento durante todo o período terapêutico. Essa estratégia integra o modelo DOTS, proposto pela OMS e foi incorporada ao sistema de saúde brasileiro como uma medida fundamental para reduzir o abandono do tratamento, aumentar as taxas de cura e prevenir o surgimento de cepas resistentes da doença (BRASIL, 2019; WHO, 2023).

Observa-se que o Brasil tem adotado políticas internacionais no combate à TB, o que torna necessária a compreensão do processo de incorporação dessas políticas no contexto nacional. Para isso, abordar o conceito de TP públicas leva a discussão sobre como tais estratégias são adaptadas e postas em ação no contexto brasileiro.

O conceito de TP pública refere-se ao processo no qual conhecimentos sobre políticas, arranjos institucionais e instrumentos administrativos de um determinado lugar ou tempo é usado no desenvolvimento de políticas em outro contexto (Dolowitz; Marsh, 2000). Por se tratar de contextos distintos, esse processo envolve adaptações que variam de acordo com as especificidades da região e instituição. Os autores destacam ainda que há variação na adoção do processo, podendo ser ele adotado por conta própria do país, ou seja, voluntário; ou quando a adoção é por pressão externa, sendo assim imposta. Bem como, o quanto do modelo ou estratégia será aplicado naquele novo contexto, podendo ser parcial, com apenas partes da política ou completa, em que ela é adotada integralmente. Além disso, existe atuação multiprofissional na

inserção dessas políticas, desde gestores até funcionários que dialogam sobre a melhor forma de adaptar determinada política pública à realidade do seu lugar.

Na realidade brasileira, é comum receber políticas globais principalmente no âmbito da saúde. Esse processo acontece de forma complexa, pois, mesmo adotando ideias de outros países ou organismos internacionais, é preciso adequá-las à realidade brasileira que é marcada por desigualdades regionais, diferenças na capacidade de gestão e limitações de infraestrutura (Souza, 2006). Logo, necessitam de flexibilidade na transferência para garantir a efetividade das políticas em diferentes territórios.

Sendo assim, a TP públicas para o Brasil não ocorre sem desafios. Aspectos como a resistência de gestores locais, limitações técnicas, escassez de recursos financeiros e dificuldades estruturais podem comprometer o sucesso da política transferida (Souza, 2016). Tais barreiras exigem não apenas adaptação técnica do modelo, mas também articulação política e sensibilidade às especificidades sociais do país. Além da sua avaliação contínua, que permitirá identificar falhas, propor ajustes e manter a efetividade da política diante das mudanças contextuais do território. Esse cuidado durante o processo garante que a política seja responsiva às necessidades locais, respeitando os princípios de efetividade e equidade.

Portanto, a compreensão acerca da TP públicas demanda mais do que identificar o que foi importado, sendo necessário analisar como essas políticas foram apropriadas e ressignificadas dentro de um novo cenário. A transferência é, assim, um processo dinâmico e interativo, que envolve múltiplos atores e condicionantes políticos, sociais e institucionais (Dolowitz; Marsh, 2000).

Corroborando a perspectiva de que a TP é um processo que envolve ressignificação em novos cenários, um estudo conduzido por Souza *et al.* (2014) em São Paulo buscou analisar a percepção e a experiência de profissionais da atenção básica da Estratégia Saúde da Família acerca da TP do TDO para o tratamento da TB. Esta política, originalmente de âmbito internacional no modelo DOTS, revela uma complexa adaptação em contextos locais.

Os resultados apontam para um entendimento contraditório do TDO pelos profissionais: embora a estratégia seja reconhecida por seu potencial em fortalecer o vínculo entre paciente e profissional, é também percebida como uma imposição burocrática por diretrizes superiores. A análise evidencia que a efetividade da TP não reside na mera replicação técnica, mas sim na sua reconstrução simbólica e adaptação às realidades locais, exigindo que os profissionais atuem

como mediadores entre o padrão vigente e as particularidades do território. Os autores alertam ainda que a ausência de estrutura e de apoio institucional representa um ponto decisivo, comprometendo a continuidade e a qualidade do cuidado, reforçando que a simples transposição técnica do modelo não garante seu êxito (Souza *et al.*, 2014).

Somando-se a essa reflexão e proporcionando uma abordagem mais detalhada sobre os aspectos motivacionais da TP, um estudo realizado em João Pessoa (PB) analisou os discursos de 26 profissionais de saúde acerca da implementação do TDO para a TB na atenção primária (Oliveira *et al.*, 2019). Os participantes, em sua maioria do sexo feminino com experiência média de 16 meses em cargos de coordenação, contribuíram para a compreensão dessa transferência.

A análise dos discursos revelou quatro formações discursivas centrais que expressam aspectos motivacionais do processo de transferência do TDO: benefícios da descentralização das ações da estratégia TDO para o serviço de atenção primária; abandono e não adesão ao tratamento; o fortalecimento do vínculo terapêutico a partir da responsabilidade compartilhada; e acessibilidade aos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2019).

Os profissionais destacaram que a descentralização do TDO para a Atenção Primária permitiu maior proximidade com os pacientes, assegurando a finalização do tratamento e a obtenção da cura, estimulado pela necessidade de reverter altos índices de abandono e baixos percentuais de cura observados anteriormente. Ao mesmo tempo, o estudo evidenciou que o fortalecimento do vínculo terapêutico e a corresponsabilização de todos os envolvidos foram pilares para o sucesso da adesão, bem como aumento da facilidade de acesso à unidade e no acompanhamento dos usuários, também foi um fator crucial para a efetivação do TDO.

Apesar da percepção positiva sobre a TP em João Pessoa, o estudo reforça a necessidade de abordar desafios estruturais e operacionais persistentes. Pontos como a fragilidade na construção do vínculo ao longo do processo de adoecimento, e entraves na gestão do cuidado e na garantia de acesso equitativo, ainda demandam estratégias complementares nas práticas de cuidado na perspectiva da formação contínua em saúde. Isso sugere que, mesmo em cenários com resultados favoráveis, a implementação com sucesso a longo prazo de uma política transferida depende de um comprometimento contínuo e de ajustes que superem barreiras locais (Oliveira *et al.*, 2019).

Outros estudos também apontam que, embora o TDO seja amplamente reconhecido como estratégia central no controle da TB, sua implementação ainda apresenta fragilidades nos serviços

de saúde. Pesquisa realizada por Shuhama *et al.* (2017) identificou que fatores como a participação dos indivíduos em tratamento, a qualificação dos profissionais de saúde e a disponibilidade de infraestrutura adequada influenciam diretamente a execução dessa estratégia. Tais aspectos revelam que, apesar dos avanços na incorporação do TDO na APS, ainda existem limitações que podem comprometer a efetividade da política.

Além disso, a literatura evidencia que a aplicação do TDO e o próprio processo de transferência dessa política ocorrem de forma heterogênea entre os territórios, sendo influenciados pelos contextos sociais, culturais e institucionais em que os serviços de saúde estão inseridos (Vieira; Ribeiro, 2011; Surniche, 2015; Mitano, 2017; Mitano, 2018; Peruhype, 2018).

A articulação da TP no contexto do tratamento da TB culmina também na análise da resposta brasileira à End TB Strategy. Lançada pela OMS em 2014 com o objetivo ambicioso de eliminar a doença até 2035. A maneira como o Brasil estruturou sua resposta demonstra uma transferência que supera a simples cópia. Kritski *et al.* (2016) detalham que o país, em vez de apenas reproduzir, adaptou a estratégia à sua realidade epidemiológica, formulando a Agenda Nacional de Pesquisa em TB, não só alinhando a ciência, a gestão e os serviços às metas internacionais, mas também impulsionando a criação da REDE-TB. Essa rede conecta pesquisadores, gestores e profissionais de saúde em diversas instituições, ilustrando uma TP de alto nível técnico, com participação multissetorial.

Dessa forma, a análise da resposta brasileira à End TB Strategy reitera a tese central de que a TP públicas de saúde, como o TDO para a TB, não é um processo linear, mas envolve negociação, adaptação às realidades locais, auxílio multissetorial e a necessidade de ir além da mera replicação técnica. Os exemplos apresentados ao longo do referencial, desde as percepções dos profissionais até os motivadores da descentralização e os desafios estruturais persistentes, demonstram que o sucesso da TP depende de sua releitura e da capacidade dos sistemas de saúde em traduzir diretrizes globais para práticas enraizadas no território, alinhado com as necessidades concretas da população brasileira.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, orientada pelos critérios do checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), utilizado para qualificar a descrição metodológica de estudos qualitativos baseados em entrevistas e grupos focais (Buus; Perron, 2020). A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela busca da compreensão de fenômenos sociais a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências e práticas, considerando aspectos subjetivos, valores, crenças e motivações que permeiam a realidade investigada (Taquette; Minayo, 2016).

O delineamento exploratório foi adotado por possibilitar maior aproximação com o fenômeno investigado, favorecendo a compreensão inicial do objeto de estudo. Esse tipo de investigação caracteriza-se pela flexibilidade metodológica e pela possibilidade de examinar diferentes dimensões relacionadas ao fenômeno analisado, sendo especialmente indicado em pesquisas que abordam temáticas ainda pouco exploradas ou que demandam aprofundamento teórico e empírico (Gil, 2017).

No que se refere ao referencial teórico-metodológico, o estudo foi fundamentado na Análise do Discurso (AD) de linha francesa, de matriz pecheutiana, que compreende o discurso como uma prática social atravessada por ideologia, história e pela constituição do sujeito. Nessa perspectiva, a linguagem é entendida como produção de sentidos vinculada às condições sociais e históricas de sua enunciação, sendo analisada não apenas em sua dimensão linguística, mas também em sua relação com o contexto e com os sujeitos que a produzem. Assim, a AD busca compreender os sentidos construídos nos discursos e as condições que possibilitam sua emergência, sem a intenção de classificar a linguagem como correta ou incorreta (Souza, 2024).

A presente pesquisa integra um projeto maior financiado por meio da Chamada Universal CNPq/MCTI nº 10/2023, intitulado “*Avaliação da TP e a repercussão do TDO nos desfechos de saúde do doente da TB na APS em municípios de diferentes regiões do Brasil*”. O projeto é coordenado pelo Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, vinculado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, localizado na região Nordeste do Brasil. A escolha desse cenário justificou-se pela relevância estratégica do município no contexto das ações de controle da TB, especialmente no âmbito da APS, responsável pela coordenação do cuidado e pela implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da doença. Nesse contexto, gestores atuantes no nível municipal foram considerados participantes estratégicos da pesquisa, uma vez que desempenham papel central na tradução, adaptação e operacionalização das políticas globais e nacionais de controle da TB para a realidade local.

João Pessoa possui uma população estimada em aproximadamente 833 mil habitantes, distribuídos em uma área territorial de cerca de 210 km², sendo considerada um município prioritário para o enfrentamento da TB no país (IBGE, 2022). No âmbito da organização da rede de saúde, o território municipal encontra-se estruturado em cinco Distritos Sanitários, responsáveis pela gestão e organização das ações e serviços de saúde em suas respectivas áreas de abrangência.

A APS do município é composta por 203 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 93 Unidades de Saúde da Família (USF), que constituem a principal porta de entrada para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento da TB. Nos casos que demandam maior complexidade assistencial, os usuários podem ser encaminhados para serviços de referência no município, como o Hospital Geral Clementino Fraga, unidade especializada no manejo e acompanhamento de casos de TB (João Pessoa, 2023).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 15 gestores vinculados à APS do município de João Pessoa, incluindo gerentes de USF, coordenadores do Programa de Controle da TB (PCT) e coordenadores de Distritos Sanitários.

Para a seleção dos participantes, empregou-se a amostragem não probabilística intencional, por meio da técnica de bola de neve (snowball sampling). Essa estratégia consiste na identificação inicial de um participante-chave que, a partir de sua rede de contatos, indica novos participantes que atendam aos critérios estabelecidos para o estudo, possibilitando a ampliação progressiva da amostra (Etikan; Alkassim; Abubakar, 2016). Destaca-se que a coleta de dados

ocorreu em período coincidente com férias de alguns gestores das USF, o que limitou a participação de um número maior de potenciais participantes, considerando-se ainda os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Foram incluídos na pesquisa gestores que exerciam função de gestão na APS do município de João Pessoa há pelo menos seis meses e que possuíam experiência no acompanhamento de usuários com TB. Foram excluídos gestores que se encontravam afastados de suas atividades laborais no período da coleta de dados, por motivo de licença ou férias.

A definição do número final de participantes ocorreu por meio do critério de saturação teórica, entendido como o momento em que novas entrevistas deixam de acrescentar elementos relevantes para a compreensão do fenômeno investigado (Minayo, 2017).

Além disso, todos os participantes concordaram em participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) (Prodanov; Freitas, 2013).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2025 a fevereiro de 2026, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um roteiro semiestruturado para nortear a entrevista (Apêndice B), composto por questões abertas que orientaram a abordagem da temática investigada. A entrevista semiestruturada caracteriza-se pela utilização de um conjunto de perguntas previamente elaboradas, permitindo ao pesquisador explorar o tema com flexibilidade e aprofundamento conforme o desenvolvimento da interação com o participante (Flick, 2013).

As entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e realizadas de forma individual, em local reservado definido pelos próprios gestores. Mediante autorização e assinatura do TCLE, as entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico (smartphone) e posteriormente transcritas na íntegra para constituição do corpus da pesquisa.

Para preservar o anonimato dos participantes, os discursos foram identificados pela letra “G”, correspondente à palavra gestor, seguida de numeração sequencial (G1, G2, G3...), garantindo o sigilo das informações.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi conduzida à luz da AD de linha francesa, que busca compreender os sentidos produzidos nos discursos considerando a relação entre sujeito, ideologia e contexto histórico-social (Fernandes; Vinhas, 2019). Para auxiliar na organização e sistematização do corpus da pesquisa, foi utilizado o software ATLAS.ti, versão 25, ferramenta amplamente empregada em pesquisas qualitativas para gerenciamento, codificação e análise de dados textuais (Silva Júnior; Leão, 2018).

O processo analítico ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa, realizou-se a delimitação do conceito-análise, bem como a organização do corpus por meio de leituras sucessivas do material empírico. Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante, permitindo uma aproximação geral com os discursos. Em seguida, procedeu-se à leitura analítica, orientada pelas seguintes questões heurísticas propostas por Souza (2024):

- Qual é o conceito-análise presente no texto?
- Como o texto constrói esse conceito-análise?
- A qual formação discursiva pertence o conceito-análise construído da forma como o texto o apresenta?

O conceito-análise central adotado no estudo foi “TP do TDO da TB na APS e as dificuldades relacionadas a esse processo”, buscando identificar, nos discursos dos gestores, os sentidos atribuídos ao processo de implementação dessa estratégia.

Após leituras exaustivas do material, foram identificadas marcas textuais e efeitos de sentido presentes nos discursos, até alcançar a saturação de sentidos, momento em que novos discursos não acrescentavam elementos relevantes para a análise. Em seguida, desenvolveu-se a escrita da análise, etapa caracterizada pela contextualização dos discursos e pela explicitação do dispositivo teórico-analítico utilizado para interpretação dos dados (Souza, 2024).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos e possíveis implicações da pesquisa, sendo assegurados os princípios de voluntariedade, confidencialidade e anonimato. A participação ocorreu mediante assinatura do TCLE. Além disso, foi elaborado e assinado pela pesquisadora o Termo de Confidencialidade (Apêndice C), garantindo o sigilo e a proteção das informações obtidas durante a pesquisa.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), sob o parecer consubstanciado nº 7.804.561, com CAAE nº 91336425.6.0000.5188, atendendo às diretrizes éticas estabelecidas pela Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (Anexo A).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 15 gerentes da APS. A caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes encontra-se apresentada no Quadro 1. Observou-se predominância do sexo feminino, com apenas dois participantes do sexo masculino. A idade variou entre 26 e 64 anos, com média aproximada de 44 anos. Quanto à função/cargo, 14 participantes atuam como gerentes de USF, enquanto 1 participante ocupa o cargo de coordenação da Seção de TB da Secretaria Municipal de Saúde. Em relação à religião, a maioria se declarou católica (n=11), seguida por evangélica (n=3) e 1 participante que relatou não possuir religião.

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo.

Participante	Idade	Sexo	Religião	Função/cargo	Formação
1	48	F	Católica	Coordenador secção de TB	Enfermeira
2	26	F	Católica	Gerente de USF	Farmacêutica
3	41	F	Católica	Gerente de USF	Fisioterapeuta
4	45	F	Católica	Gerente de USF	Nutricionista
5	59	M	Católica	Gerente de USF	Educador Físico
6	36	F	Evangélica	Gerente de USF	Fisioterapeuta
7	37	F	Evangélica	Gerente de USF	Nutricionista
8	55	F	Católica	Gerente de USF	Assistente Social
9	41	M	Evangélica	Gerente de USF	Biólogo
10	64	F	Católica	Gerente de USF	Dentista
11	42	F	Católica	Gerente de USF	Fisioterapeuta
12	43	F	Sem religião	Gerente de USF	Fisioterapeuta
13	40	F	Católica	Gerente de USF	Fisioterapeuta
14	39	F	Católica	Gerente de USF	Nutricionista
15	49	F	Católica	Gerente de USF	Fisioterapeuta

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

A análise das entrevistas foi realizada em duas etapas: inicialmente, uma leitura exploratória para familiarização com o conteúdo, seguida pela criação de citações consideradas pertinentes. Embora tenham participado 15 gestores, o número total de citações (n=41) superou o de participantes, uma vez que determinadas falas apresentaram conteúdos passíveis de inserção em mais de um eixo temático. Dessa forma, os discursos foram fragmentados e codificados em diferentes categorias analíticas, conforme o procedimento metodológico adotado na análise qualitativa.

A partir da trigésima quinta citação, observou-se a saturação teórica do corpus, evidenciada pela recorrência de sentidos e pela ausência de novos elementos discursivos relevantes para a compreensão do fenômeno investigado. A partir desse ponto, os enunciados passaram a reiterar interpretações já presentes nas falas anteriores, sem introduzir novas formas de significar as dificuldades relacionadas à TP do TDO no contexto da APS.

Posteriormente, as citações foram agrupadas no bloco discursivo: Discursos de gestores referente às dificuldades relacionadas a TP do TDO da TB, o qual contemplou 6 formações discursivas centrais de fragmentos discursivos: Responsabilização do usuário; Vulnerabilidade social como condicionante da adesão; Incentivo alimentar como estratégia de retenção; Transferência entendida como fluxo técnico-administrativo; A diluição da TP no desconhecimento ou na negação, Fragilidades organizacionais pontuais.

Os quadros 2 e 3 a seguir apresentam os principais fragmentos discursivos dos participantes, os quais evidenciam as percepções dos gestores acerca das dificuldades relacionadas ao cuidado da pessoa com TB e as dificuldades implicadas na TP do TDO, em resposta à questão norteadora da pesquisa.

Quadro 2 – Recorte discursivo de gestores sobre as dificuldades relacionadas à TP do TDO da TB no contexto dos usuários. João Pessoa, Paraíba – 2026.

ENUNCIADOS	FRAGMENTOS DISCURSIVOS
Responsabilização do usuário	<p>G2 - “[...] geralmente ele tem mais dificuldade de aderir ao tratamento, né? Às vezes eles até iniciam mas abandonam.”</p> <p>G4 - “[...] a dificuldade mesmo é essa questão do compromisso do usuário.”</p> <p>G5 - “[...] alguns pacientes que às vezes é tabagista, que é envolvido com álcool ou algum tipo de droga, às vezes eles abandonam, isso é uma</p>

<p>Responsabilização do usuário</p>	<p>dificuldade.”</p> <p>G7 - “[...] a dificuldade maior é o usuário.”</p> <p>G8 - “[...] muitos deles iniciam o tratamento e abandonam.”</p> <p>G11 - “[...] dificuldade é quando a gente pega aquele paciente que não compreende a gravidade da doença.”</p> <p>G14 - “[...] quando tem algum paciente com alguma dificuldade, realmente é característica dele mesmo.”</p>
<p>Vulnerabilidade social como condicionante da adesão</p>	<p>G1 – “[...] vai depender muito do território que ele mora e da condição pra juntar-se aos equipamentos sociais que possa interferir naquilo ali, e nós estamos num processo de articulação junto com a Secretaria de Desenvolvimento Social para incluir esses pacientes em alguns programas alimentícios mais urgentes durante o tratamento e eles em programas sociais também que eles que a família se inclua”</p> <p>G3 – “[...]“Às vezes é a dificuldade mas assim inicial né, porque eles precisam se afastar do emprego quando trabalham né pra poder fazer o tratamento e as muitas das vezes o local de trabalho não, como é que diz, não leva tão a sério aquela situação”</p> <p>G4 – “[...]A gente sabe que essa doença com qualquer é outra, não tem isso de só atingir, não é essa parte, só o pobre , não é rico mas a gente percebe-se mais nessa área na parte mais pobre.”</p> <p>G6 – “[...] a gente vê essa questão aqui em Mangabeira, bastante o que que favorece né ao ao surgimento da tuberculose principalmente por conta da vulnerabilidade das pessoas, muitas vezes são usuários, então eles têm essa questão de estarem aglomerados, é a questão da moradia também”</p> <p>G8 – “[...] eles começam o tratamento né e abandonam o tratamento mesmo porque nós temos muitas áreas de de comunidade inclusive e realmente essas pessoas que moram em comunidades elas se mudam muito. Então é bem é bem complicado e também moradores de ruas como você sabe as pessoas que realmente muitos deles que tem tuberculose que a gente tem chegado aqui na unidade são muito moradores de rua e moradores de rua estão aqui amanhã tô</p>

<p>Vulnerabilidade social como condicionante da adesão</p>	<p>em outro canto então a gente a gente essa dificuldade é muito grande, por causa do deslocamento.”</p> <p>G9 – “[...] Muitos são tabagistas, envolvidos com álcool, o que também interfere. não é mais viável pra ele retornar pra unidade pra poder pegar. As consequências porque também financeira não tem, que é a dificuldade é essa”</p>
<p>Incentivo alimentar como estratégia de retenção</p>	<p>G1 – “[...] Nós aqui no município de João Pessoa nós distribuimos uma cesta que, que não é básica, não é uma cesta básica, são itens de café da manhã pra que esse paciente ele possa ter uma adesão melhor né?”</p> <p>G3 – “[...] A prefeitura, ela oferece mensalmente uma cesta básica, sabe. Que eles chamam de café da manhã que são mais assim a alimentação mais nutritiva, pelo menos pra refeição do café da manhã que é o horário que eles tomam a medicação”</p> <p>G5 – “[...] E além disso o paciente quando ele tem um tratamento que é que dura seis meses ou mais ele recebe uma cesta básica pela Secretaria Municipal de Saúde que vem inclusive tem um aí.”</p> <p>G7 – “[...] recebe também uma cesta não é uma cesta básica, mas é uma cesta”</p> <p>G12 – “[...] Justamente pra tentar manter aquela pessoa e aquela pessoa não abandonar porque eu tô recebendo aqui uma bolsa enquanto eu estiver fazendo justamente o vou receber essa cesta básica”</p> <p>G13 – “[...] ele passa a receber tanto a medicação, quanto a feira mensal [...]”</p> <p>G14 – “[...] também é disponibilizado uma cesta básica, um kitzinho de suplementação [...]” o município disponibiliza para esses pacientes [...] que tenha um cuidado melhor com a alimentação [...]”</p> <p>G15 – “[...] hoje se vem uma cestinha mini básica [...] e entrega ao usuário com tuberculose [...]”</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Quadro 3 –Recorte discursivo de gestores sobre as dificuldades relacionadas a TP do TDO da TB no contexto dos serviços de saúde. João Pessoa, Paraíba – 2026

ENUNCIADOS	FRAGMENTOS DISCURSIVOS
<p>Transferência entendida como fluxo técnico-administrativo</p>	<p>G2 – “[...] Em comunicação com a secretaria municipal.”</p> <p>G3 – “[...] A política é a mesma né só que a gente repassa todas as nossas informações municipais pro Estado e o Estado e pro município”</p> <p>G4 – “[...] a gente tem tido muito progresso nessa questão de articulações, às vezes você tem tá com dificuldade em conseguir uma regulação pra isso aí você já articulando lá uma colega do Estado às vezes é só o Estado que libera o município não tem aquele serviço.”</p> <p>G5 – “[...]É como eu falei isso é uma política pública do Ministério da Saúde mas ela é repassada tanto para os estados e municípios né. Porque o SUS ele é nacional, mas a verba é regionalizada.”</p> <p>G7 – “[...] pelo menos aqui na unidade das outras unidades que eu venho não tem problema, o fluxo é bem estabelecido então desde o do acolhimento ao usuário, é tanto que essa essa vinda da medicação ela é federal então é um fluxo bem estabelecido tudo bem organizado e funciona”</p> <p>G12 – “[...] geralmente gestão municipal ou estadual a gente sabe o que foi decidido depois disso né o que foi decidido mas a gente não participa.”</p> <p>G13 – “[...] a gente vai de acordo com o que o Ministério, na verdade, ele preconiza. Não tem plano de ação diferente [...]”</p>
<p>A diluição da TP no desconhecimento ou na negação</p>	<p>G2 – “[...] “Tem, é...eu não tenho conhecimento para falar sobre.”</p> <p>G4 – “[...] “Olha amiga, eu acredito que não, porque assim a gente trata os pacientes independente de que o lado esteja por aí não tem isso né a gente não diferencia isso não. Pelo contrário, a gente teve uma união política esses últimos anos que foi maravilhosa.”</p>

<p>A diluição da TP no desconhecimento ou na negação</p>	<p>G7 – “[...]“Não sei responder.”</p> <p>G12 – “[...] “Não, eu acho que cada uma faz a sua parte né cada uma tem a sua função geralmente quem faz o dos últimos que a gente recebeu quem fez o diagnóstico foi o Clementino então veio da esfera estadual transferido pra gente ”</p> <p>G13 – “[...] assim, nesse sentido, eu não sei o que responder diretamente [...]”</p> <p>G14 – “[...] se existe, eu desconheço [...]” não tenho como comentar, porque não tenho conhecimento [...]”</p> <p>G15 – “[...] no TDO não tem negociação [...] não vi nada específico do TDO [...]”</p>
<p>Fragilidades organizacionais pontuais</p>	<p>G1 - “[...] Mas as dificuldades são essas dependendo do paciente, estrutura física da unidade, algumas não têm recursos humanos nem sempre aquele profissional tem um tempo específico para realizar isso.”</p> <p>G4 – “[...] Temos também a dificuldade do rastreio. Porque às vezes você fica ligando pra família a família não vem. raramente você consegue fazer o rastreio da família toda. Eles não vem”</p> <p>G6 – “[...] quando a gente faz a ficha de notificação que vai pro distrito tudo anda bem rápido, nossa maior dificuldade é o diagnóstico, diagnóstico precoce. ”</p> <p>G9 – “[...] Dificuldade quando vem de outro USF, com o tratamento quebrado..”</p> <p>G12 – “[...]mas eu devo admitir que tá tendo uma dificuldade aqui na equipe de fazer discussão de caso, no geral não só a TB sabe, mas durante as reuniões, a ausência de profissional ou falta ou porque tá fazendo o exame ou porque enfim não vai pra reunião..”</p> <p>G13 – “[...] a gente não tem agente de saúde o suficiente para o território. Então, fica complicado, às vezes, até da gente fazer uma busca ativa [...] só tem 10% da área de cobertura. Então, a gente não tem acesso diretamente às casas [...]”</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

A análise dos discursos dos gestores permitiu compreender diferentes sentidos atribuídos às dificuldades relacionadas ao processo de TP do TDO da TB. Nos discursos, evidenciam-se dificuldades associadas tanto às pessoas com TB quanto aos serviços de saúde. Observa-se, ainda, a recorrente atribuição da dificuldade de adesão ao TDO ao comportamento do próprio usuário. Nos fragmentos analisados, identifica-se a construção discursiva de um sujeito que abandona, resiste ou não compreende a importância do tratamento, sendo frequentemente apresentado como principal obstáculo à continuidade terapêutica.

Esse movimento pode ser observado em enunciados como “às vezes eles até iniciam mas abandonam” (G2) e “a dificuldade do meu maior é o usuário” (G7), nos quais a responsabilidade pela interrupção do tratamento é atribuída predominantemente ao usuário. Em outros momentos, o abandono do tratamento é associado a comportamentos considerados desviantes ou de risco, como o uso de álcool e outras drogas, conforme expresso no fragmento em que um gestor afirma que “alguns pacientes que às vezes é tabagista, que é envolvido com álcool ou algum tipo de droga [...] abandonam” (G5).

Na perspectiva da AD, tais enunciados não se configuram apenas como opiniões individuais, mas como produções discursivas atravessadas por formações ideológicas que estruturam a maneira como o fenômeno da adesão ao tratamento é compreendido. Assim, o sujeito com TB emerge discursivamente como um sujeito responsabilizado pela não adesão, deslocando a tensão existente no processo de implementação da política pública para o plano individual. Esse achado converge com estudos que apontam que, no contexto da atenção à TB, profissionais e gestores frequentemente interpretam o abandono do tratamento a partir de uma lógica centrada no comportamento do paciente, o que pode invisibilizar fatores estruturais e sociais que interferem na continuidade terapêutica (Oliveira *et al.*, 2019).

Ao mesmo tempo, alguns fragmentos revelam as estratégias adotadas pelas equipes para lidar com a interrupção do tratamento, como o acompanhamento telefônico ou a busca ativa dos usuários. Em um dos discursos, o gestor relata que “a médica e o agente de saúde tiveram que ir à casa” do paciente após a ausência na unidade (G3), evidenciando o papel da Atenção Primária na tentativa de manter o vínculo com o usuário. Essas práticas dialogam com recomendações das políticas de controle da TB no Brasil, que destacam a busca ativa e o acompanhamento domiciliar como estratégias fundamentais para fortalecer a adesão ao tratamento no âmbito da APS (BRASIL, 2019).

Embora parte das falas transcritas enfatize a responsabilização do indivíduo, também surgem enunciados que reconhecem a influência das condições sociais no processo de adesão ao tratamento. Nos fragmentos analisados, gestores mencionam fatores como precariedade socioeconômica, dificuldades de alimentação, condições de moradia e vínculos de trabalho instáveis como elementos que interferem na continuidade terapêutica.

Um dos gestores destaca que a adesão “vai depender muito do território que ele mora e da condição para juntar-se aos equipamentos sociais” (G1), apontando para a importância da articulação intersetorial no acompanhamento desses usuários. Outro fragmento menciona que muitos pacientes precisam se afastar do trabalho para realizar o tratamento e que, em diversos casos, os empregadores não reconhecem a gravidade da situação (G3), evidenciando o impacto dos vínculos empregatícios no processo de cuidado. Esses achados dialogam com a literatura que evidencia a forte associação entre TB e vulnerabilidade social. A doença está historicamente relacionada a contextos de pobreza, condições precárias de moradia, insegurança alimentar e exclusão social, fatores que podem dificultar tanto o acesso aos serviços de saúde quanto a continuidade do tratamento (Peruhype *et al.*, 2018).

Nos discursos analisados, também aparecem referências a populações em situação de maior vulnerabilidade, como moradores de comunidades com alta mobilidade territorial e pessoas em situação de rua, o que pode comprometer o acompanhamento contínuo do tratamento. Um gestor menciona que muitos usuários “se mudam muito” ou vivem em situação de rua, dificultando o monitoramento da terapêutica (G8).

Assim, observa-se que, embora a responsabilização do usuário apareça de forma recorrente nas falas, há também o reconhecimento de que a adesão ao tratamento é atravessada por determinantes sociais que extrapolam a esfera individual. Esse tensionamento discursivo revela a coexistência de diferentes modos de significar o fenômeno da adesão no contexto da gestão do cuidado em TB.

Torna-se relevante refletir também sobre a posição ocupada pelos gestores nos discursos analisados. Embora a responsabilização do usuário apareça de forma recorrente como explicação para as dificuldades de adesão ao tratamento, essa maneira de enunciado pode deslocar a atenção das responsabilidades institucionais e das possibilidades de intervenção no âmbito da gestão do cuidado. Ao atribuir centralidade ao comportamento individual do usuário, os discursos tendem a reduzir a complexidade do fenômeno da adesão, deixando em segundo plano o papel da gestão na

organização das ações de cuidado e na construção de estratégias capazes de enfrentar as barreiras sociais e programáticas que cercam o tratamento da TB.

Achados semelhantes são descritos na literatura sobre o controle da TB, na qual se observa que as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento frequentemente são interpretadas a partir de uma lógica centrada no comportamento do paciente. Essa forma de explicação tende a enfatizar dimensões individuais do cuidado, enquanto fatores sociais e institucionais que cruzam o processo de tratamento podem permanecer menos visíveis nas análises realizadas por profissionais. Estudos apontam que a adesão ao tratamento da TB deve ser compreendida como um fenômeno multifatorial, influenciado tanto pelas condições de vida dos usuários quanto pela organização dos serviços de saúde e pelas estratégias de acompanhamento desenvolvidas pelas equipes (Oliveira *et al.*, 2019; Peruhype *et al.*, 2018).

Outro elemento recorrente nos discursos dos gestores refere-se à oferta de incentivos alimentares como estratégia para favorecer a continuidade do tratamento. Nos fragmentos analisados, gestores mencionam a distribuição de cestas alimentares como um recurso utilizado para estimular a adesão ao TDO. Um dos gestores afirma que o município distribui “itens de café da manhã para que esse paciente possa ter uma adesão melhor” (G1), enquanto outro destaca que a prefeitura oferece mensalmente uma cesta com alimentos destinados ao momento da medicação (G3). Em outro fragmento, o gestor afirma que o incentivo alimentar funciona como uma forma de evitar o abandono do tratamento, pois o usuário “vai receber essa cesta básica enquanto estiver fazendo o tratamento” (G12).

Numa perspectiva discursiva, o alimento emerge como um instrumento estratégico de manutenção do vínculo entre usuário e serviço de saúde, funcionando quase como uma compensação simbólica associada à obrigatoriedade do acompanhamento terapêutico. Essa prática se insere no conjunto de estratégias recomendadas pelas políticas de controle da TB para fortalecer a adesão ao tratamento, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidade social. No contexto das políticas de controle da TB, incentivos sociais, como apoio alimentar e benefícios assistenciais, são frequentemente utilizados como estratégias para favorecer a adesão ao tratamento, especialmente entre populações em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica.

Entretanto, a análise também permite observar uma dimensão crítica desse processo. Sob esse viés, o alimento passa a ocupar discursivamente um lugar estratégico na gestão da adesão,

deslocando a atenção das condições estruturais que produzem a vulnerabilidade social desses sujeitos. Assim, embora o incentivo alimentar possa contribuir para a permanência no tratamento, sua centralidade nos discursos também evidencia as limitações das políticas sociais mais amplas no enfrentamento das desigualdades que atravessam o processo de adoecimento por TB.

Nesse sentido, observa-se que a vulnerabilidade social emerge como elemento estruturante das dificuldades de adesão, evidenciando que a continuidade do tratamento não depende exclusivamente do compromisso individual do usuário, mas também das condições materiais de vida, das possibilidades de acesso aos serviços e da articulação entre as políticas de saúde e de proteção social.

Um dos achados mais relevantes desta pesquisa refere-se à forma como os gestores significam, ou deixam de significar o processo de TP relacionado ao TDO. Em diversos fragmentos discursivos, observa-se desconhecimento ou dificuldade de reconhecer esse processo como parte da dinâmica das políticas públicas de saúde.

Alguns gestores afirmam explicitamente não possuir conhecimento sobre o tema, como no fragmento “não tenho conhecimento para falar sobre” (G2) ou “não sei responder” (G7). Em outros casos, a política passa a ser percebida como parte natural do funcionamento do sistema de saúde, deixando de ser reconhecida como resultado de processos políticos e institucionais de transferência.

Esse movimento discursivo revela a invisibilização do processo de TP, que deixa de ser reconhecido como um fenômeno político e institucional e passa a ser percebido como algo naturalizado no funcionamento do sistema de saúde. Na perspectiva da AD, essa ausência de reconhecimento também produz sentidos, revelando como determinadas dimensões da política pública podem se tornar opacas no cotidiano dos serviços.

Resultados semelhantes foram observados em estudo realizado com profissionais da Atenção Primária em João Pessoa, no qual os discursos se concentraram principalmente nos benefícios assistenciais do TDO, como o fortalecimento do vínculo com os usuários, a ampliação do acesso e a redução do abandono do tratamento. Observa-se que a discussão sobre o processo político-institucional de transferência dessa estratégia para a Atenção Primária aparece de forma menos explícita nos relatos, sugerindo que a política tende a ser percebida predominantemente no âmbito das práticas assistenciais cotidianas (Oliveira *et al.*, 2019). Esses achados demonstram como o processo de transferência pode tornar-se naturalizado nos serviços após sua

institucionalização, ainda que a literatura aponte que a TP públicas em saúde envolve múltiplas etapas e dinâmicas complexas, incluindo planejamento, adaptação e articulação entre diferentes níveis de gestão (Peruhype *et al.*, 2018).

Quando a TP é mencionada nos fragmentos de fala, ela aparece predominantemente associada a fluxos técnicos e administrativos entre os diferentes níveis do sistema de saúde. Nos fragmentos analisados, gestores descrevem a política como um processo de repasse de informações, protocolos e recursos entre as esferas federal, estadual e municipal. Um gestor afirma que as informações são repassadas “para o Estado e para o município” (G3), enquanto outro menciona que a política é definida pelo MS e posteriormente distribuída para estados e municípios (G5). Em outro fragmento, o gestor afirma que as decisões são tomadas na gestão municipal ou estadual e apenas comunicadas às equipes (G12).

Esses discursos indicam que a TP é frequentemente compreendida como um fluxo vertical de normatizações e recursos, e não como um processo de negociação e adaptação entre diferentes níveis do sistema de saúde. A pesquisa mencionada anteriormente, que retrata o contexto da APS também sugerem que os profissionais tendem enfatizar, em seus discursos, sobretudo os aspectos práticos do TDO, relacionados ao acompanhamento dos usuários e à execução das ações no cotidiano dos serviços (Oliveira *et al.*, 2019).

No entanto, pesquisas sobre TP públicas destacam que esse processo envolve dimensões mais amplas, incluindo planejamento, articulação interinstitucional e adaptação das estratégias às realidades locais (Peruhype *et al.*, 2018). Assim, ao ser significada predominantemente como repasse técnico-administrativo, a dimensão política da transferência tende a ser ofuscada, reforçando a percepção de que as diretrizes são simplesmente executadas no nível local.

Além das questões relacionadas à adesão dos usuários, os discursos dos gestores também evidenciam fragilidades organizacionais que podem interferir na implementação do TDO. Entre os aspectos mencionados, destacam-se limitações estruturais das unidades, escassez de recursos humanos e dificuldades na organização do trabalho das equipes.

Um dos gestores afirma que algumas unidades não possuem estrutura física adequada ou profissionais suficientes para realizar o acompanhamento necessário (G1). Em outro fragmento, destaca-se a dificuldade de realizar o rastreamento de contatos familiares, uma vez que muitas vezes os familiares não comparecem à unidade (G4). Também são mencionadas dificuldades relacionadas

à organização das equipes, como a ausência de profissionais em reuniões de discussão de casos (G12), o que pode comprometer o planejamento das ações de cuidado.

Esses achados convergem com resultados de estudos que apontam que aspectos relacionados à organização do processo de trabalho e à dinâmica dos serviços de saúde podem influenciar a operacionalização das ações de controle da TB e o acompanhamento dos usuários em tratamento (Wysocki *et al.*, 2017). Nesse sentido, embora o TDO seja reconhecido como uma estratégia central no controle da doença, sua implementação no cotidiano dos serviços depende de condições organizacionais que nem sempre estão plenamente consolidadas.

A forma como a TP é significada nos discursos também evidencia uma possível distância entre os níveis de formulação e de execução das políticas públicas de saúde. Ao compreender a transferência predominantemente como repasse de informações, protocolos ou recursos, os gestores tendem a situar sua atuação mais no campo da operacionalização das ações do que na participação em processos mais amplos de planejamento e adaptação das políticas. Essa percepção pode contribuir para a naturalização das diretrizes institucionais e para a redução da dimensão política da implementação das ações de controle da TB.

Logo, quando a implementação das políticas é percebida apenas como cumprimento de protocolos, há menor reconhecimento do papel estratégico dos gestores locais na adaptação das diretrizes às especificidades do território e das populações atendidas. Além disso, pesquisas e documentos institucionais sobre o controle da TB no Brasil destacam que a efetividade das estratégias de acompanhamento terapêutico depende não apenas da normatização das políticas, mas também da capacidade de articulação entre os diferentes níveis de gestão e da adaptação das ações às realidades locais (BRASIL, 2019; OMS, 2025).

Assim, os discursos analisados revelam que as dificuldades relacionadas à implementação do TDO não podem ser compreendidas apenas no plano individual ou organizacional, mas devem ser analisadas no contexto mais amplo das condições sociais, institucionais e políticas que atravessam o controle da TB.

Nesse sentido, este estudo contribui para evidenciar, a partir dos discursos dos gestores, os sentidos produzidos acerca das dificuldades relacionadas à TP do TDO da TB nos serviços de APS. A análise permitiu compreender como as dificuldades são discursivamente construídas e significadas pelos gestores, revelando a presença de diferentes formações discursivas que atravessam a maneira pela qual essa política é compreendida e enunciada no cotidiano dos

serviços. Ao mobilizar o referencial da AD, foi possível identificar não apenas desafios associados ao acompanhamento das pessoas com TB, mas também os modos pelos quais a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso do tratamento é produzida e atribuída nos discursos.

Desse modo, os resultados evidenciam, nos discursos dos gestores, a necessidade de fortalecer processos de gestão, planejamento e articulação intersetorial que considerem as condições sociais dos usuários e as especificidades dos territórios, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de controle da TB no contexto da APS.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar os sentidos produzidos pelos gestores da APS acerca das dificuldades relacionadas à TP do TDO da TB no município de João Pessoa, Paraíba. A partir da análise discursiva das entrevistas, foi possível identificar que a implementação do TDO é atravessada por múltiplos fatores que envolvem dimensões individuais, sociais, organizacionais e institucionais.

Os resultados evidenciaram que, nos discursos dos gestores, a não adesão ao tratamento frequentemente é atribuída ao comportamento do usuário, o que contribui para a construção discursiva de um sujeito responsabilizado pelo abandono terapêutico. Entretanto, também emergem enunciados que reconhecem a influência de determinantes sociais, como condições precárias de moradia, insegurança alimentar, vínculos de trabalho instáveis e situações de vulnerabilidade social, elementos que interferem diretamente na continuidade do tratamento e no acompanhamento dos usuários pelos serviços de saúde.

Outro aspecto relevante refere-se à forma como o processo de TP é compreendido pelos gestores. Observou-se que, em muitos casos, essa dinâmica é percebida predominantemente como um fluxo técnico-administrativo de repasse de normas, protocolos e recursos entre os diferentes níveis do sistema de saúde. Essa compreensão tende a reduzir a visibilidade da dimensão político-institucional da transferência, bem como do papel estratégico dos gestores locais na adaptação das diretrizes às especificidades dos territórios.

Os discursos evidenciaram fragilidades organizacionais nos serviços de saúde, como limitações estruturais, escassez de recursos humanos e dificuldades na organização do processo de trabalho das equipes, fatores que podem interferir na operacionalização das ações de controle da TB. Nesse cenário, estratégias como a oferta de incentivos alimentares aparecem como mecanismos utilizados para favorecer a permanência dos usuários no tratamento, sobretudo em contextos marcados por vulnerabilidade socioeconômica.

Conclui-se que as dificuldades relacionadas à implementação do TDO não podem ser compreendidas exclusivamente a partir da perspectiva individual do usuário, sendo necessário considerar o conjunto de condições sociais, organizacionais e institucionais que atravessam o processo de cuidado em TB. Destaca-se, assim, a importância de fortalecer ações de gestão, planejamento e articulação intersetorial que permitam integrar políticas de saúde e proteção social, contribuindo para a ampliação da adesão ao tratamento e para o aprimoramento das

estratégias de controle da TB no âmbito da APS.

Por fim, ressalta-se que o estudo contribui para ampliar a compreensão sobre a TP do TDO no contexto da gestão local, evidenciando a necessidade de aprofundar discussões acerca das dimensões políticas e organizacionais envolvidas na implementação das políticas públicas de controle da TB. Espera-se que os resultados possam subsidiar reflexões e ações voltadas ao fortalecimento das práticas de cuidado e da gestão das políticas de saúde, especialmente em municípios prioritários para o enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS

ARNADOTTIR, T. Feasibility and sustainability of DOTS in prisons. **The Lancet**, v. 373, n. 9657, p. 1208–1209, 2009. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60574-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60574-4)
Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/2024/boletim-tuberculose-2024>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico especial: tuberculose 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2026/boletim-epidemiologico-volume-57-no-1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2023**. Brasília: MS, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2023>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_fim_tuberculose.pdf. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/daent/svs-tuberculose>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001**. Brasília: MS, 2002. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/noas_sus_2001.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Implementação do Teste Rápido Molecular para Tuberculose no Brasil – Xpert MTB/RIF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_teste_rapido_molecular_tuberculose.pdf.

Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Implementa normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 8

Ago. 2025.

BISSELL, Paul; LEE, Kelley; FREEMAN, Richard. Analysing policy transfer: perspectives for operational research in health policy. **Policy Studies**, v. 32, n. 1, p. 13–31, 2011. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/01442872.2010.521870>. Acesso em: 10 ago. 2025.

BUUS, N; PERRON, A. The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). **International journal of nursing studies**, v. 102, p. 103452, 2020. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748919302597>. Acesso em: 10 Ago 2025

CANTO, S. V. C.; NEDEL, F. B. Incidência da tuberculose no Brasil: uma análise espacial.

Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 6, p. e20190229, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/QZTSLxM8YkjDhVC3hfTGkqK>. Acesso em: 17 set. 2025.

DOLWITZ, David; MARSH, David. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. **Governance**, v. 13, n. 1, p. 5–23, 2000. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/0952-1895.00121>. Acesso em: 4 jul. 2025.

DOLWITZ, David; MARSH, David. Who learns what from whom? A review of the policy transfer literature. **Political Studies**, v. 44, n. 2, p. 343–357, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x>. Acesso em: 5 jul. 2025.

EVANS, M. The transfer of policy across generations: the case of the post-war policy consensus. **Public Policy and Administration**, v. 21, n. 2, p. 39–55, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/095207670602100204>. Acesso em: 6 jul. 2025.

FARIAS, J. P. *et al.* A utilização da tecnologia do tratamento diretamente observado na atenção primária à saúde para o controle da tuberculose. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 7, n. 7, p. 905–911, 2015. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/305>. Acesso em: 6 ago. 2025.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. **Distritos Sanitários**. João Pessoa/PB, 2023. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/distrito-sanitario/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

KARUMBI, J.; GARNER, P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2015. Disponível em : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003343.pub4>. Acesso em: 10 nov. 2025.

KRITSKI, A. L. *et al.* A importância da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (Rede-TB) para o fortalecimento das ações de controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 93–95, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/TmfJbNChFbN7vQjByFx6sQp>. Acesso em: 07 jul. 2025.

KRITSKI, A. L. *et al.* The role of the Brazilian Tuberculosis Research Network in national and international efforts to eliminate tuberculosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 2, p. 87–95, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/jKpFSB9WVvymjwLMr5bfkVy>.

Acesso em: 07 jul. 2025.

LEAL, B. N. *et al.* Spatial analysis on tuberculosis and the network of primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1197–1202, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0897>. Acesso em: 10 nov. 2025.

MITANO, Fernando. **Transferência de políticas públicas no controle da tuberculose: análise do Tratamento Diretamente Observado em contextos municipais**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26042017-144512/>. Acesso em: 6 nov. 2025.

MITANO, Fernando. Desafios da implementação do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial, p. 123–136, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>. Acesso em: 7 dez. 2025.

OLIVEIRA, R. C. C. *et al.* Transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose: discursos de profissionais da atenção primária. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, e-1158, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190005>. Acesso em: 7 fev. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The End TB Strategy**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>. Acesso em: 07 jul. 2025.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose – Paraíba 2023**. João Pessoa: SES-PB, 2023. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/boletins/boletim-epidemiologico-tuberculose-2023.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2025.

PERUHYPE, Renata Cristina. **Transferência de políticas públicas no controle da tuberculose: análise do Tratamento Diretamente Observado em municípios brasileiros**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-26072018-101234/>. Acesso em: 6 ago. 2025.

QUEIROZ, E. M. *et al.* Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 269–277, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9BGZJBcXnttZDWQZQ9h95Zq>. Acesso em: 17 set. 2025.

SILVA, D. R.; SILVA, L. M. Fundamentos da tuberculose pulmonar: uma revisão. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 3, n. 1, p. 5–11, 2016. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/2234>. Acesso em: 6 jul. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). O Brasil e o desafio de eliminar a tuberculose até 2035: é preciso investir mais nas ações de prevenção. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 41, n. 6, p. 485–486, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/GYXrsrf9hcdbTYjShWL9mKN>. Acesso em: 07 jul. 2025.

SOUZA, Denise V. de. Transferência de políticas públicas: análise do processo de circulação de ideias e modelos na saúde e na assistência social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 60, p. 153–168, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000100009>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SOUZA, Denise V. de. Transferência de políticas públicas no Brasil: possibilidades analíticas e desafios metodológicos. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. 2. ed. Belo Horizonte: PUC Minas, 2016. p. 269–292.

SOUZA, Denise V. de *et al.* A atuação da enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 811–818, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4crJMqX9MdhHn7TqZTzYvwz>. Acesso em: 07 jul. 2025.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. 3. ed. Manaus: EDUA, 2024.

TAQUETTE, Stella R.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa qualitativa na área da**

saúde: conceitos, abordagens e desafios. Petrópolis: Vozes, 2016.

VIEIRA, Renata; RIBEIRO, Helena. Tratamento diretamente observado da tuberculose: desafios para a transferência de políticas no contexto municipal. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 996–1004, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000500018>. Acesso em: 6 nov. 2025.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Report 2023**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074666>. Acesso em: 17 set. 2025.

WHO. World Health Organization. **The Stop TB Strategy: Building on and Enhancing DOTS to Meet the TB-Related Millennium Development Goals**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/2006/stop_tb_strategy.pdf. Acesso em: 17 set. 2025.

WHO. World Health Organization. **The End TB Strategy: Global Strategy and Targets for Tuberculosis Prevention, Care and Control after 2015**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/en/>. Acesso em: 17 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2022**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>. Acesso em: 17 set. 2025.

WYSOCKI, A. D.; *et al.* Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 161-175, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>. Acesso em: 7 fev. 2026.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **ANÁLISE DA TRANSFERÊNCIA DA POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto, também participa desta pesquisa as graduanda em Biomedicina **Joyce Sthefany Marques de Almeida**. Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável. O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: esta pesquisa buscará compreender como a Transferência de Política (TP) do Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose tem ocorrido nos cenários da Atenção Primária à Saúde entre os processos de gestão; ações da equipe de saúde; disponibilidade de recursos humanos, materiais e infraestrutura adequada; conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO pelos profissionais de saúde; forma como os profissionais de saúde percebem e praticam o TDO e as estratégias realizadas para melhorar o TDO. A avaliação prévia da TP do TDO irá subsidiar a construção de espaços problematizadores para o planejamento da Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto importante ferramenta para transformações necessárias no cotidiano da gestão e trabalho com vistas à superação de barreiras de implementação do TDO e conseqüente quebra da cadeia de transmissibilidade da doença e combate a morbimortalidade por tuberculose. Para tal, o senhor (a) está sendo convidado a participar de uma entrevista individual, audiogravada, com duração média de 40 a 60 minutos. Esta exige sua autorização mediante preenchimento de duas vias deste termo e poderá ocorrer conforme sua disponibilidade com agendamento, dia e horário, de sua escolha, em sala reservada em seu local de trabalho.

- **Riscos:** os riscos estão relacionados aos desconfortos e constrangimentos que podem acontecer durante a entrevista ao lembrar e referir situações vivenciadas no seu trabalho, no entanto, o (a) senhor (a) terá a liberdade de não responder e parar a entrevista se assim desejar e estaremos a disposição para conversarmos sobre o assunto. Além disso, informamos que tem direito a indenização, na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, por parte do pesquisador.

- **Benefícios** diretos/indiretos para os voluntários: os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para a Tuberculose. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de transferência, bem como, compreender quais os

fatores que auxiliam ou dificultam o mesmo, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, questionário e entrevistas individuais audiogravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o

(a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus I - Cidade Universitária, João Pessoa - PB, CEP: 58033-455. Fone: (83) 3216 7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu,
CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Análise da Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde no Estado da Paraíba, como voluntário (a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

- Aceito Participar da pesquisa
 Não aceito participar da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS E QUALIFICAÇÃO EM TUBERCULOSE DA
PARAÍBA

Projeto: Análise da Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde Referente aos Efeitos da Pandemia Covid-19

Pesquisadora responsável: Haline Costa Dos Santos Guedes – Doutoranda em Enfermagem

Coordenador do Projeto Universal na Paraíba e Orientadora da Tese: Prof^a Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Coordenador do Projeto Universal Nacional: Prof^o Dr. Pedro Fredemir Palha

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA

Condições de produção

Data: ____/____/____ Hora: _____

Local da entrevista: _____ Nome fictício: _____

Dados sociodemográficos

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ Estado civil: _____

Religião: _____ Formação acadêmica: _____

Titulação: _____ Função: _____

Tipo de vínculo empregatício: _____

Tempo de atuação profissional: _____ Carga horária semanal: _____

Possui outros vínculos? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Parte I - Estruturação do TDO na APS

1. Como o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose (TB) está estruturado em sua unidade?
2. Comente sobre as estratégias utilizadas para fortalecer o TDO.
3. Comente sobre as dificuldades enfrentadas pela pessoa com TB e pelo serviço de saúde em relação ao TDO.
4. Na sua experiência, você considera que existe uma Transferência de Política (TP) voltada para o TDO? Fale-me sobre isso.

Parte II – Organização e implementação do TDO na APS

5. Comente sobre a disponibilidade de recursos humanos, materiais e organizacionais e instrumentos utilizados para aplicabilidade e acompanhamento do TDO.
6. Fale sobre a disponibilidade, frequência e participação dos profissionais em capacitações sobre o TDO.
7. Como as informações do TDO vêm sendo discutidas com a equipe de saúde?
8. Conte-me a sua experiência a respeito dos determinantes sociais da saúde e como eles influenciam na adesão de pessoas com TB ao TDO em contextos de vulnerabilidade social?
9. De acordo com sua vivência, comente sobre como a política do TDO é negociada entre os diferentes entes federativos.

Parte III – Impacto da Pandemia Covid-19 na TP do TDO

10. Como a pandemia Covid-19 impactou o TDO e quais consequências ainda persistem?
11. Quais adequações ou inovações foram adotadas, durante a pandemia, para efetivar a TP do TDO?
12. Se não fez, o que o(a) Sr(a) tem planejado?

APÊNDICE C
TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **Análise da Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde Referente aos Efeitos da Pandemia Covid-19. Coordenador do Projeto Universal na Paraíba e Orientadora da Tese: Prof^ª Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto**, departamento de origem da pesquisadora: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Endereço completo do responsável: Campus I – Cidade Universitária, João Pessoa - PB, CEP: 58.051-900. Assim como, a doutoranda **Haline Costa dos Santos Guedes**. As pesquisadoras do projeto acima identificado assumem o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus I – Cidade Universitária, João Pessoa - PB, CEP: 58.051-900. Fone: (83) 3216 7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa. Os dados coletados nesta pesquisa, como: gravações, entrevistas, fotos, filmagens, etc., ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) em seu endereço: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus I – Cidade Universitária, João Pessoa - PB, CEP: 58.051-900. Fone: (83) 3216 7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br, pelo período de 5 anos após o término da pesquisa.

João Pessoa, em _____ de _____ de 2025.

Assinatura Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFPB)

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA TRANSFERÊNCIA DA POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Pesquisador: Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91336425.6.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.804.561

Apresentação do Projeto:

Trata-se de analisar a pesquisa intitulada "ANÁLISE DA TRANSFERÊNCIA DA POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, que será desenvolvido pela Profa. Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto do Departamento de Enfermagem de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, para submissão ao Edital PIBIC/UFPB

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar a Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde no município de João Pessoa.

Objetivos específicos:

¿ Analisar discursivamente os efeitos de sentido da TP do TDO a partir da perspectiva dos coordenadores/gestores de saúde da APS;

¿ Analisar discursivamente os efeitos de sentidos dos coordenadores/gestores de saúde da APS referente aos efeitos da pandemia Covid-19 sobre a TP do TDO

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 7.804.561

ζ Analisar discursivamente os efeitos de sentidos dos coordenadores/gestores de saúde da APS referente ao papel da enfermagem no acompanhamento do TDO para TB.

ζ Analisar a discursivamente os aspectos relacionados as dificuldades enfrentadas pela pessoa com TB e pelo serviço de saúde sobre a TP do TDO

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos estão relacionados aos desconfortos e constrangimentos que podem acontecer durante a entrevista ao lembrar e referir situações vivenciadas no seu trabalho, no entanto, o (a) senhor (a) terá a liberdade de não responder e parar a entrevista se assim desejar e estaremos a disposição para conversarmos sobre o assunto. Além disso, informamos que tem direito a indenização, na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, por parte do pesquisador.

Benefícios:

Benefícios diretos/indiretos para os voluntários: os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para a Tuberculose. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de transferência, bem como, compreender quais os fatores que auxiliam ou dificultam o mesmo, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e delineamento exploratório, com aporte teórico metodológico da Análise do Discurso (AD), de matriz francesa. A pesquisa será realizada no município de João Pessoa, envolvendo os secretários de saúde, gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Coordenadores do Programa de Controle da TB (PCT) e Coordenadores dos Distritos Sanitários. Os participantes serão selecionados a partir da técnica de amostragem não probabilística snowball, tais participantes serão selecionados por serem essenciais para a compreensão da temática abordada. Serão incluídos no estudo os participantes que desenvolveram a função de gestor na APS dos respectivos municípios mencionados por um período de tempo de pelo menos seis meses, no período da Pandemia

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 7.804.561

Covid-19 e ter acompanhado usuários com TB. O instrumento de coleta dos dados será um roteiro de entrevista semiestruturado com questões norteadoras acerca do tema em estudo. As entrevistas serão presenciais, realizadas nos turnos da manhã e tarde, em ambiente escolhido pelo entrevistado, apenas com a presença do entrevistador/pesquisador e o gestor. As entrevistas serão gravadas através de um Smartphone/iphone e, posteriormente, transcritas para analisar o discurso dos entrevistados. A abordagem para analisar os dados será feita através do dispositivo de análise do discurso de linha francesa, dividida em duas etapas: a análise em si e a transcrição da análise, utilizando-se o software Atlas ti. (versão 23) para organização dos dados, sendo guiada pela seguinte pergunta norteadora: O que sinalizam os discursos dos coordenadores/gestores de saúde da APS acerca da Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela se encontra bem instruído de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

Recomendações:

Recomenda-se manter a metodologia proposta e enviar o relatório final ao CEP/CCS/UFPB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2617459.pdf	28/08/2025 09:10:21		Aceito
Outros	Certidao_Departamento.pdf	28/08/2025 09:10:03	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 7.804.561

Outros	Termo_Anuencia_SMS_JPA.pdf	28/08/2025 09:09:19	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/08/2025 09:14:50	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/08/2025 09:12:59	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PIBIC_VF.pdf	11/08/2025 20:34:55	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 29 de Agosto de 2025

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B – Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – PB



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria da Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 27 de junho de 2025

Processo Nº: 91.734 /2025

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa “**ANÁLISE DA TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE REFERENTE AOS EFEITOS DA PANDEMIA COVID-19**”, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **HALINE COSTA DOS SANTOS GUEDES**, sob orientação de **ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **DISTRITO SANITÁRIO I, II, III, IV E V** em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso à Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Regiane Fixina de Lucena

Técnica – Gerência de Educação na Saúde GES/DGTES





VERIFICAÇÃO DAS
ASSINATURAS



Código para verificação: 7DBB-1BE4-769B-DB80

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ REGIANE FIXINA DE LUCENA (CPF 059.XXX.XXX-17) em 27/06/2025 09:59:58 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://joapessoa.1doc.com.br/verificacao/7DBB-1BE4-769B-DB80>