

Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose

Laís Mara Caetano da Silva,¹ Catiucia de Andrade Surniche,¹
Amélia Nunes Sicsú,¹ Fernando Mitano,¹
Jordana de Almeida Nogueira,² Claudia Benedita dos Santos,¹
Fátima Teresinha Scarparo Cunha³ e Pedro Fredemir Palha¹

Como citar

Silva LMC, Surniche CA, Sicsú AN, Mitano F, Nogueira JA, Santos CB, et al. Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(2):129–35.

RESUMO

Objetivo. Elaborar e validar semanticamente um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado (TDO) como política de controle da tuberculose segundo a experiência de profissionais de saúde de nível médio e superior.

Método. Trata-se de uma investigação metodológica desenvolvida em duas etapas: revisão da literatura para elaboração do instrumento primário e validação semântica do instrumento primário mediante aplicação de questionários adaptados do método DISABKIDS®. As informações obtidas, a depender de suas características, foram analisadas quantitativa (estatística descritiva) ou qualitativamente (análise de conteúdo – modalidade temática).

Resultados. Participaram do estudo 24 profissionais de nível médio e superior que executam ações de controle da tuberculose. O instrumento foi considerado importante para a prática profissional dos sujeitos do estudo. As respostas geraram modificações na estrutura e no conteúdo do instrumento. O processo resultou em um instrumento elaborado e validado semanticamente.

Conclusões. A validação semântica é importante para garantir a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação, como mostrou a contribuição dos participantes. O instrumento cuja validação semântica foi descrita no presente estudo será posteriormente avaliado quanto a características psicométricas por meio de técnicas estatísticas e quanto a sua utilidade para mensurar a transferência do TDO como política de controle da tuberculose aos profissionais de saúde.

Palavras-chave

Tuberculose; política de saúde; pessoal de saúde; estudos de validação; Brasil.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto (SP), Brasil. Correspondência: Laís Mara Caetano da Silva, laismara@eerp.usp.br

² Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem Clínica, João Pessoa (PB), Brasil.

³ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Dentre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pelas Nações Unidas, o controle da tuberculose é tido como prioridade: atualmente, por ano, cerca de 8,6 milhões de pessoas desenvolvem a doença e 1,3 milhão de pessoas falecem como

consequência dela (1). Como resposta global para o controle da tuberculose, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o uso da estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course*, que ficou popularmente conhecida como DOTS. Os objetivos da estratégia DOTS,

que tem como um de seus pilares o tratamento diretamente observado (TDO), que busca garantir que o paciente complete o tratamento e prevenir a resistência à medicação (2).

Entre os anos de 1995 e 2012, 56 milhões de pessoas foram tratadas com sucesso nos países que adotaram a estratégia DOTS, resultando em 22 milhões de vidas salvas (1). O Brasil, que está entre os 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose, tem registrado uma evolução contínua nas taxas de cura e na diminuição da incidência da tuberculose, especialmente após a expansão do TDO (3). O TDO promove a adesão ao tratamento preconizado, evita o aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos e reduz, assim, os casos de abandono e a mortalidade, aumentando a probabilidade de cura. Além disso, prevê a participação do profissional de saúde como provedor de cuidado e suporte de acordo com o contexto e a necessidade apresentada pelo doente em tratamento (4, 5).

Entretanto, a aplicabilidade do TDO em diferentes contextos envolve a adaptação (ou transferência), de uma realidade para a outra, das recomendações de implementação e das políticas nas quais essa ação é baseada. Especificamente, define-se essa transferência como o processo pelo qual o conhecimento sobre instituições, políticas ou sistemas de distribuição em um setor ou nível de governança é aplicado para o desenvolvimento de instituições, políticas ou sistemas em outro setor ou nível de governança (6-8). Nesse caso, o TDO é transferido enquanto política de controle da tuberculose, recomendada pela OMS para o Brasil, que promove a incorporação dessa prática pelos serviços de saúde, sendo os profissionais que neles atuam responsáveis diretos pela execução das ações de controle da doença.

O sucesso da transferência do TDO enquanto política voltada para o controle da tuberculose está diretamente associado a três dimensões: a informação sobre o TDO recebida pelos profissionais que executarão essa política/ação; o conhecimento desses profissionais acerca da política de implementação e a assimilação das informações recebidas; e a inovação, ou modo de implementação e execução propriamente dito, dessa nova política/ação (9). Os mecanismos por meio dos quais a necessidade de implementação do TDO é informada aos profissionais

pode, assim, afetar a taxa de sucesso de sua implementação e, conseqüentemente, a efetividade do controle da tuberculose. Portanto, é importante avaliar os mecanismos de transferência das diretrizes de implementação do TDO em diferentes contextos. Embora estudos anteriores tenham analisado o sucesso de políticas de TDO já implementadas, até o momento não há estudos ou instrumentos validados para avaliar a qualidade da transferência do TDO aos profissionais de saúde (9-14).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é descrever o processo de elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do TDO segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior provenientes de quatro regiões do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de investigação metodológica, que leva à busca por novos significados, interpretações de fenômenos e desenvolvimento de instrumentos para coleta de dados (15). A fase aqui apresentada, de validação semântica, busca identificar problemas de entendimento e aceitação dos termos inseridos no instrumento proposto por parte dos sujeitos da pesquisa (16). Pretende-se que o instrumento aqui apresentado avalie e facilite a identificação dos preditores de sucesso ou fracasso da transferência do TDO. Além disso, esse instrumento poderá ser utilizado em âmbito internacional para o planejamento das ações de controle da tuberculose, com o intuito de identificar e avaliar os fatores que potencializam ou dificultam a transferência do TDO enquanto política de controle da tuberculose sob a perspectiva de seus agentes oficiais, dentre os quais se incluem os profissionais de saúde (17).

A primeira fase – de elaboração do instrumento – teve início com o levantamento de literatura pertinente ao tema junto às bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, via PubMed, utilizando-se os seguintes cruzamentos de palavras-chave: *Information and Knowledge and Innovation; Knowledge and Policy Transfer; Knowledge and Innovation and Public Health; Management of Knowledge and Policy Transfer*, elencadas segundo o referencial adotado (9), por

meio do qual foram estabelecidas para o instrumento as dimensões “informação”, “conhecimento” e “inovação”. Cabe ressaltar que essa etapa teve como finalidade tanto subsidiar a elaboração do instrumento quanto, posteriormente, auxiliar na análise das modificações sugeridas pelos sujeitos entrevistados. Foram incluídos artigos publicados entre 2000 e 2012 em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Realizou-se a leitura do título e do resumo de todos os trabalhos identificados, a fim de selecionar os mais adequados à compreensão da transferência de políticas enquanto fenômeno permeado pelas dimensões estabelecidas anteriormente (informação, conhecimento e inovação). Essa etapa de filtragem inicial resultou na captura de 105 trabalhos que foram avaliados na íntegra, divididos entre os pesquisadores dos sítios envolvidos no estudo (Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul; Ribeirão Preto, estado de São Paulo; João Pessoa, estado da Paraíba; e Manaus, estado do Amazonas) e discutidos por videoconferência. Nesse processo foram selecionados 20 artigos que foram utilizados como base para a elaboração do instrumento de avaliação da transferência do TDO segundo a perspectiva dos profissionais de saúde. A versão preliminar do instrumento foi construída a partir da análise dos artigos selecionados na revisão de literatura, que foram confrontados com publicações do Ministério da Saúde brasileiro voltadas ao controle da tuberculose (18). Para as respostas utilizou-se uma escala do tipo Likert (19) com cinco opções de resposta: 1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo; 5 – concordo totalmente.

A segunda fase – de validação semântica – foi realizada no período de abril a maio de 2013. Nessa fase, 24 profissionais de saúde de nível médio e superior preencheram a versão inicial do instrumento, um formulário de impressões gerais, que visa a avaliar as características gerais do instrumento (importância, número de itens, dificuldades em responder), e um formulário de impressões específicas, que visa a verificar a relevância e a compreensão dos itens propostos. Tanto o formulário de impressão geral quanto o formulário de impressões específicas foram adaptados do método proposto pelo projeto DISABKIDS®.

O grupo de 24 participantes incluiu profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos em enfermagem) e superior

(médicos e enfermeiros), sendo seis provenientes de cada região do estudo. Esse número de sujeitos está de acordo com o referencial metodológico adotado, que recomenda um número mínimo de sujeitos para a validação semântica, sem necessidade de cálculo amostral relacionado às inferências estatísticas (20). A amostragem, então, ocorreu por conveniência. Buscou-se uma contribuição paritária dos profissionais segundo nível de formação. Foram incluídos aqueles que estivessem em cumprimento ou exercício de suas funções junto ao Programa de Controle da Tuberculose há pelo menos 1 ano e que aceitassem participar do estudo mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no qual foram abordados todos os aspectos éticos relacionados à coleta de dados, incluindo a garantia de anonimato, a guarda dos materiais pelos pesquisadores responsáveis e o não prejuízo das funções profissionais como resultado da participação no estudo.

Foi obtida autorização por parte da coordenadora de projetos DISABKIDS® do Brasil e México para a adaptação e uso tanto do formulário de impressões gerais quanto do formulário de impressões específicas. Os dados coletados foram organizados e analisados no período entre junho e julho de 2013 por meio de técnicas de estatística descritiva (frequência simples) e análise de conteúdo –

modalidade temática (21), a depender de sua natureza (quantitativa ou qualitativa) para, a seguir, serem confrontados com a literatura relacionada à temática e efetuar os ajustes, conforme descrito na figura 1.

Seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) (CAAE 01197312.3.0000.5393) e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre (RS) (CAAE 01649012.9.0000.5530), tendo sido esses registros suficientes para todas as instituições.

RESULTADOS

Após a revisão da literatura, o instrumento foi elaborado e estruturado com 49 itens, divididos em três dimensões, consideradas como aquelas pelas quais perpassa a transferência do TDO para tuberculose: informação (12 itens), conhecimento (12 itens) e inovação (25 itens).

Participaram da fase de validação semântica 24 profissionais de saúde dos quatro sítios pesquisados. Dos entrevistados, 70% eram mulheres. A média de tempo de atuação na área da saúde foi de 11,1 anos. A média da idade foi de 46,4 anos (tabela 1).

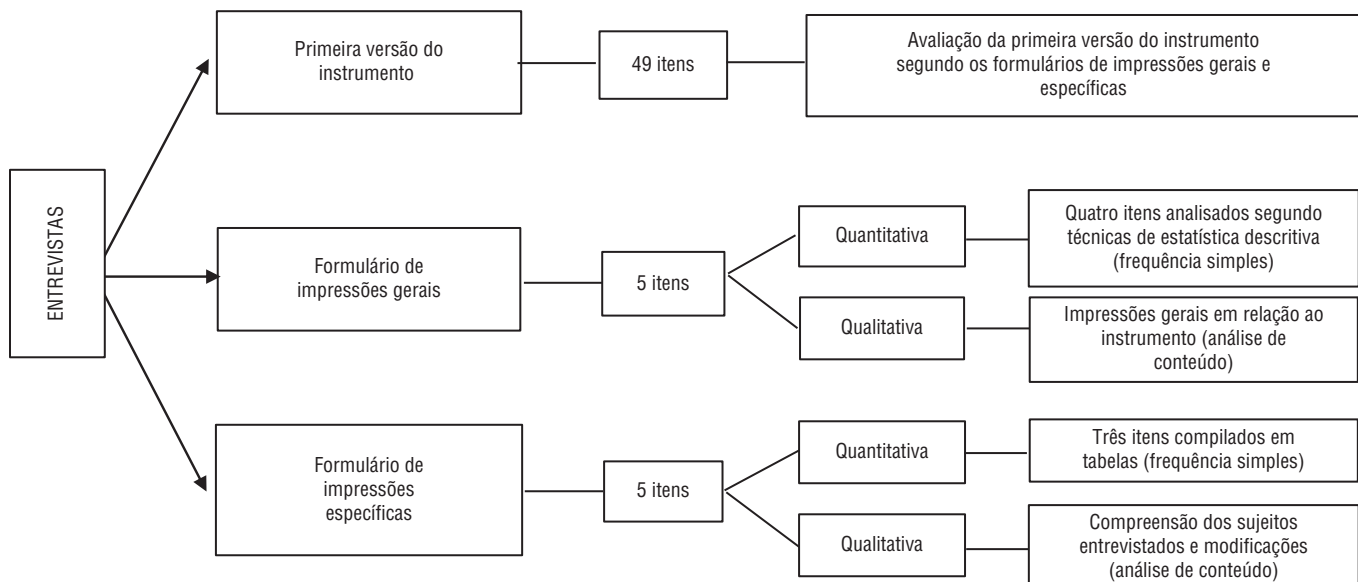
Contribuições dos entrevistados para readequação do instrumento primário

Na análise geral, o instrumento foi considerado como “bom” ou “muito bom” por 58% e 33% dos profissionais, respectivamente. Entretanto, 13% consideraram o instrumento extenso e cansativo. Por outro lado, 100% dos profissionais consideraram os itens propostos

TABELA 1. Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que avaliaram um instrumento de transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose, Brasil, 2013

Variável	No. (%)
Sexo	
Feminino	17 (70)
Masculino	7 (30)
Idade (anos)	
30 a 40	7 (29)
41 a 50	9 (38)
51 a 60	8 (33)
Profissão	
Enfermeiro	11 (46)
Auxiliar/técnico de enfermagem	10 (42)
Médico	3 (13)
Tempo de serviço (anos)	
4 a 10	15 (63)
11 a 20	5 (21)
21 a 30	4 (17)

FIGURA 1. Esquematização das etapas do estudo e de análise das entrevistas



como importantes para sua prática profissional.

Em relação à compreensão do instrumento, houve inconsistência nas respostas. Apesar de 50% dos entrevistados terem considerado os itens como fáceis de entender, 79% relataram alguma dificuldade quanto às opções de resposta. As alternativas de resposta oferecidas foram consideradas por 21% dos entrevistados como fator de confundimento, por dificultar emissão de juízo. Essas sugestões serviram como base para a realização de adequações no instrumento inicialmente proposto.

Para captar as impressões específicas dos entrevistados quanto ao instrumento, elaboraram-se quatro questionários baseados no método DISABKIDS®. Esses quatro questionários foram distribuídos ao acaso nos sítios de pesquisa, de forma que cada um fosse utilizado por seis profissionais para avaliar o instrumento. Apesar de, ao avaliar o instrumento como um todo, 100% dos entrevistados terem considerado os itens importantes para sua prática profissional, ao responder o questionário de impressões

específicas, 50% dos profissionais classificaram os itens 3, 5, 9, 12 e 27 como não relevantes.

Quanto ao entendimento, cerca de 50% dos entrevistados relataram dificuldade em relação aos itens 12, 15 e 48. Além disso, os itens 9, 15, 28 e 48 não possuíam alternativas de resposta adequadas segundo os entrevistados.

Alterações realizadas no instrumento primário com base nas entrevistas

As sugestões dos entrevistados geraram mudanças em três categorias principais: alteração nos itens da escala de resposta, redação dos itens da forma negativa para a afirmativa e substituição de alguns termos utilizados por outros de melhor compreensão. A determinação da pertinência das sugestões fornecidas pelos profissionais e a escolha da melhor estratégia de ajuste foram realizadas tendo como foco o objetivo do instrumento, que é o de avaliar a transferência do TDO como política de controle de tuberculose segundo a perspectiva dos profissionais de saúde de nível médio e superior.

Em relação à escala de respostas utilizada, o número de opções foi mantido em cinco, porém foram alteradas as categorias: 1. “Discordo totalmente” alterada para “Discordo”; 2. “Discordo” para “Discordo parcialmente”; 3. “Não concordo nem discordo” para “Indiferente”; 4. “Concordo” para “Concordo parcialmente” e 5. “Concordo totalmente” para “Concordo”.

Em 22 (45%) dos itens originais, mais de 50% dos entrevistados sugeriram modificações, que foram, então, implementadas. Além desses, outros 18 itens (37%) foram modificados para garantir a consistência na adequação do instrumento primário. Ressalta-se que, apesar de terem sido alvo de sugestões para modificação, os itens 15 e 46 foram mantidos na forma negativa para não condicionar o entrevistado a responder somente na forma afirmativa, garantindo assim maior rigor metodológico ao instrumento. Os itens 24 e 29 foram excluídos por terem sido considerados como redundantes. Dados relacionados à manutenção, exclusão e alteração dos itens são apresentados na tabela 2.

TABELA 2. Alterações realizadas no instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose, Brasil, 2013^a

Item	Ação
1 A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) discutiu com a equipe a implantação do TDO na unidade de saúde.	Alterado
2 A implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi discutida entre os profissionais/equipe que atuam com a tuberculose na unidade de saúde.	Alterado
3 A população participou da discussão da implantação do TDO.	Alterado
4 No momento da implantação do TDO não houve integração/interação entre a coordenação municipal e a equipe de saúde da minha unidade.	Alterado
5 Na implantação do TDO não se levaram em consideração as características do território e dos recursos disponíveis na minha unidade.	Forma negativa alterada para afirmativa
6 A coordenação do PCT utilizou estratégias para motivar e envolver a equipe da minha unidade durante a implantação do TDO.	Alterado
7 A linguagem utilizada pela Coordenação do PCT foi clara, concisa, envolvente e de fácil entendimento, durante a implantação do TDO.	Alterado
8 Para a implantação do TDO foram utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).	Alterado
9 As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa
10 Antes da implantação do TDO eu não tinha informações prévias/experiências relacionadas a esse tema.	Forma negativa alterada para afirmativa
11 Na minha unidade de saúde eu tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).	Alterado
12 Não busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).	Forma negativa alterada para afirmativa
13 Compreendo as diretrizes do TDO.	Sem alteração
14 Não compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa
15 Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.	Sem alteração
16 Sigo as diretrizes do TDO porque é uma exigência da minha unidade de saúde.	Sem alteração
17 Na minha unidade de saúde, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.	Alterado
18 A Secretaria Municipal de Saúde não oferece com frequência capacitações sobre o TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa

(Continua)

TABELA 2. Continuação

	Item	Ação
19	Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre o TDO.	Alterado
20	A unidade de saúde não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.	Alterado
21	Nas reuniões de equipe da minha unidade de saúde, os profissionais não discutem casos clínicos de doentes em TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa
22	A equipe da minha unidade de saúde reconhece a importância do TDO.	Alterado
23	O sucesso do TDO envolve diferentes ações e/ou fatores além dos existentes na minha prática profissional.	Alterado
24	A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO (panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros).	Eliminado
25	Os materiais educativos da minha unidade norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.	Alterado
26	A minha unidade de saúde dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO.	Alterado
27	A minha unidade de saúde dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.	Alterado
28	O TDO não requer a elaboração de um plano de cuidado individual.	Forma negativa alterada para afirmativa
29	O doente de tuberculose não tem autonomia para discutir e decidir sobre a sua terapêutica.	Eliminado
30	Na minha unidade de saúde existe esse plano de cuidado individual para cada doente em TDO.	Alterado
31	Na minha unidade de saúde, o doente em TDO não participa da elaboração do plano de cuidado individual.	Forma negativa alterada para afirmativa
32	O doente de tuberculose tem autonomia para decidir se quer participar ou não do TDO.	Sem alteração
33	O doente de tuberculose não tem autonomia para escolher a modalidade de supervisão do TDO (compartilhada, auto-administrada e supervisionada).	Forma negativa alterada para afirmativa
34	Considero que o TDO é inovador para o controle da tuberculose.	Sem alteração
35	Na minha unidade de saúde a equipe considera o TDO como uma prática inovadora.	Alterado
36	Na minha unidade de saúde a expansão do TDO não é discutida pela equipe.	Alterado
37	Com a introdução do TDO não houve mudanças na minha prática profissional.	Forma negativa alterada para afirmativa
38	A minha unidade de saúde introduziu/criou novos instrumentos para o monitoramento e controle do TDO.	Alterado
39	Na minha unidade de saúde existem incentivos para a adesão do doente ao TDO (cesta básica, vale-transporte, vale-leite, entre outros).	Alterado
40	Na minha unidade de saúde não são criadas outras estratégias para a adesão ao TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa
41	Na minha unidade de saúde os recursos comunitários são utilizados para apoiar a adesão do doente ao TDO (grupos de apoio, grupos de autoajuda, líderes de bairro, igreja, associação de moradores).	Alterado
42	Na minha unidade de saúde o TDO não tem contribuído para a promoção à saúde do doente.	Forma negativa alterada para afirmativa
43	Na minha unidade de saúde o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.	Alterado
44	Na minha unidade de saúde não desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, lazer, esportes, empresas, entre outras).	Forma negativa alterada para afirmativa
45	Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.	Sem alteração
46	Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de tuberculose em TDO.	Sem alteração
47	Na minha unidade de saúde, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.	Alterado
48	Na minha unidade, as necessidades de saúde da população são percebidas pela equipe em relação ao TDO.	Alterado
49	Na minha unidade, a equipe de saúde não adaptou o TDO à realidade do território.	Forma negativa alterada para afirmativa

^a A versão final do instrumento pode ser obtida por demanda (laismara@eerp.usp.br).

DISCUSSÃO

A proposta deste trabalho é descrever o processo de elaboração e validação semântica de um instrumento que busca identificar variáveis favoráveis à transferência do TDO para o controle da tuberculose nos serviços de saúde brasileiros segundo a perspectiva dos profissionais que neles atuam. Esse processo mostrou a importância dos elementos contidos no instrumento e permitiu identificar os ajustes necessários para aumentar a confiabilidade do mesmo (20–22).

Um fator fortemente presente no processo de validação semântica foi a

dificuldade dos entrevistados de compreender e, conseqüentemente, responder os itens redigidos na forma negativa. O mesmo ocorreu em outros estudos, quando os respectivos instrumentos desenvolvidos foram aplicados às populações-alvo (23, 24). Tal dificuldade pode ser proveniente da falta de familiaridade com esse tipo de item, que exige um mecanismo de interpretação diferente daquele empregado para compreender as frases na forma afirmativa (23). Entretanto, apesar das dificuldades de interpretação, tais sugestões não foram incorporadas em sua totalidade ao instrumento, dado que a inclusão de itens na forma

negativa é uma estratégia utilizada no desenvolvimento de escalas, com o intuito de garantir que os respondentes mantenham-se atentos aos itens (25).

A validação semântica aqui descrita também permitiu, além da readequação do instrumento de coleta de dados, a identificação da fragilidade na percepção dos profissionais em relação às diretrizes disponibilizadas pela OMS e incorporadas à realidade local pelo Ministério da Saúde brasileiro (26, 27). Esse desconhecimento foi evidenciado pelo fato de os profissionais não terem considerado como importantes itens sobre participação popular, características

do território e sobre sua própria motivação em buscar informações relacionadas ao TDO em outras fontes além daquelas disponíveis no local de trabalho. Adicionalmente, o instrumento mostrou-se apto a capturar potencialidades e fragilidades relacionadas às ações de educação permanente, bem como à falta de recursos humanos que incidem diretamente nas ações de controle da tuberculose (18, 28–32). Dessa forma, os resultados aqui apresentados indicam que, além de analisar a transferência do TDO propriamente dita, o instrumento aqui proposto pode identificar aspectos passíveis de intervenção por gestores para o aperfeiçoamento das ações de controle da tuberculose.

A amostra do presente estudo foi composta por profissionais de saúde que

atuavam em municípios prioritários para o controle da tuberculose em quatro regiões do Brasil, ou seja, por sujeitos-chave na transferência e incorporação do TDO para a tuberculose no país. Entretanto, esse fator pode ser uma limitação, visto que a amostra foi selecionada por conveniência, de modo a atender às demandas metodológicas do estudo. Cabe destacar que o instrumento foi elaborado e validado semanticamente no Brasil e, portanto, para utilizá-lo em outros países, deverá ser traduzido e adaptado culturalmente.

Em conclusão, foi possível descrever a elaboração e a validação semântica de um instrumento que será futuramente aplicado a profissionais que atuam no controle da tuberculose com o objetivo de avaliar a transferência do TDO. Assim, a próxima etapa enfocará a validação de construto, por meio da aplicação

do instrumento a uma amostra maior de profissionais, com o intuito de verificar por meio de testes estatísticos a acurácia e a pertinência de seu uso para avaliar a transferência do TDO como política de controle da tuberculose.

Agradecimentos. O estudo teve apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, processo 479180/2011-3).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração de responsabilidade. A responsabilidade pelas opiniões expressas neste manuscrito é estritamente dos autores e não reflete necessariamente as opiniões ou políticas da RPSP/PAJPH nem da OPAS.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control report 2013. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf Acessado em julho de 2015.
- World Health Organization (WHO). Treatment of tuberculosis: guidelines. 4th ed. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf?ua=1 Acessado em julho de 2015.
- Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, intervention, and research needs. *Lancet*. 2011; 377(9780):1877–89.
- Frieden TR, Sbarbaro JA. Promoting adherence to treatment for tuberculosis: the importance of direct observation. *Bull World Health Organ*. 2007;85(5):407–9.
- World Health Organization (WHO). The five elements of DOTS. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/> Acessado em julho de 2015.
- Evans M. At the interface between theory and practice – policy transfer and lesson-drawing. *Public Admin*. 2006;84(2): 479–515.
- Dolowitz D, Marsh D. Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. *Polit Stud-London*. 1996;44(2): 343–57.
- Dolowitz DP. Policy-maker's guide to policy transfer. *Polit Q*. 2003;74(1):101–8.
- Bissell K, Lee K, Freeman R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011; 15(9):1140–8.
- Gonzalez RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):628–34.
- Wei X, Walley JD, Liang X, Liu F, Zhang X, Li R. Adapting a generic tuberculosis control operational guideline and scaling it up in China: a qualitative case study. *BMC Public Health*. 2008;8:260.
- Sá LD, de Andrade MN, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo TMRM, Queiroga RPF, et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(9):3917–24.
- Vieira AA, Ribeiro SA. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. *J Bras Pneumol*. 2011;37(2):223–31.
- Mkopi A, Range N, Lwilla F, Egwaga S, Schulze A, Geubbels E, et al. Adherence to tuberculosis therapy among patients receiving home-based directly observed treatment: evidence from the United Republic of Tanzania. *PLoS One*. 2012;7(12): e51828.
- Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 4th ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
- Deon KC, Santos DMSS, Reis RA, Fegadolli C, Bullinger M, Santos CB. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS[®] Atopic Dermatitis Module (ADM). *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2): 450–7.
- Turgeon J, Gagnon F, Michaud M, Tremblay S. Policy health transfer and health impact assessment. Series Transfer of Knowledge. Quebec: Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé; 2008. Disponível em: http://gepps.teluq.ca/GEPPS/docs/EnglishPublications/PT_vf20fev09ang2.pdf Acessado em julho de 2015.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf Acessado em julho de 2015.
- Babbie E. Métodos de pesquisas de Survey. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005
- Fegadolli C, Reis RA, Martins STA, Bullinger M, Santos CB. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS[®] para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2010;10(1):95–105.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- DISABKIDS[®] project. Project information, 2012. Disponível em: <http://www.disabkids.org/disabkids-project/information-about-the-project/> Acessado em 10 de abril de 2015.
- Lobão WM, Menezes IG. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(4): 796–803.
- Koritar P, Philippi ST, Alvarenga MS, Santos S. Adaptação transcultural e validação para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS). *Cienc Saude Coletiva* 2014; 19(8):3573–82.

25. Albuquerque FJB, Sousa FM, Martins CR. Validação de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Psico*. 2010;41(1):85–92.
26. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 3ª ed. Oxford: Oxford Press; 2003.
27. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control – epidemiology, strategy, financing. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/. Acessado em julho de 2015.
28. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2013;15(1):103–11.
29. Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? *Cad Saude Coletiva*. 2012;20(2):188–94.
30. Nogueira JA, Silva CA, Trigueiro DRSG, Trigueiro JVS, Almeida SA, Sá LD, et al. Training of health professionals in the tuberculosis care: challenges and contradictions of the practice. *J Nurs UFPE Online*. 2011;5(4):778–87.
31. Santos MSLG, Villa TCS, Vendramini SHF, Gonzáles RIC, Palha PF, Santos NSLM, et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(1):64–9.
32. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento das equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262–7.

Manuscrito recebido em 3 de outubro de 2014.
Aceito em versão revisada em 5 de maio de 2015.

ABSTRACT

Design and semantic validation of a new instrument to assess policy transfer of directly observed treatment for tuberculosis

Objective. To design and semantically validate an instrument to evaluate the transfer of directly observed therapy (DOT) as a policy for tuberculosis control taking into consideration the experience of mid- and higher level health care workers.

Methods. This methodological investigation was developed in two stages: literature review to design the first draft of the instrument; and semantic validation of the first draft using questionnaires adapted from the DISABKIDS® project. The information obtained was analyzed using quantitative (descriptive statistics) or qualitative (content theme analysis) methods.

Results. Twenty-four mid- and higher level health care workers engaged in tuberculosis control participated in the study. The instrument was considered important for the work of study participants. The answers provided by participants led to changes in both the structure and content of the instrument. The process resulted in a final, semantically validated questionnaire.

Conclusions. Semantic validation is important to ensure the applicability of assessment instruments, as shown by the contributions provided by participants. The instrument whose semantic validation was described in this study will now be assessed in terms of psychometric characteristics and usefulness to measure the transfer of DOT to health professionals as a tuberculosis control policy.

Key words

Tuberculosis; health policy; health personnel; validation studies; Brazil.