

Análise dos Fatores que Influenciam o Desempenho dos Profissionais do P2TB de Centros de Saúde na Detecção de Casos de Tuberculose Pulmonar no Centro de Saúde Setabelan, Indonésia, e no Centro de Saúde Lospalos, Timor-Leste

Frieda Ani Noor¹  Erinda Nur Pratiwi¹  Anggi Putri Aria Gita¹  Ajeng Maharani Pratiwi¹ 
Aris Prastyoningsih¹  Oliva Virvizat Prasastin¹  Nella Tri Surya¹  Maria Goreti Owa² 

¹Faculty of Health Sciences, Kusuma Husada University. Surakarta, Indonesia.

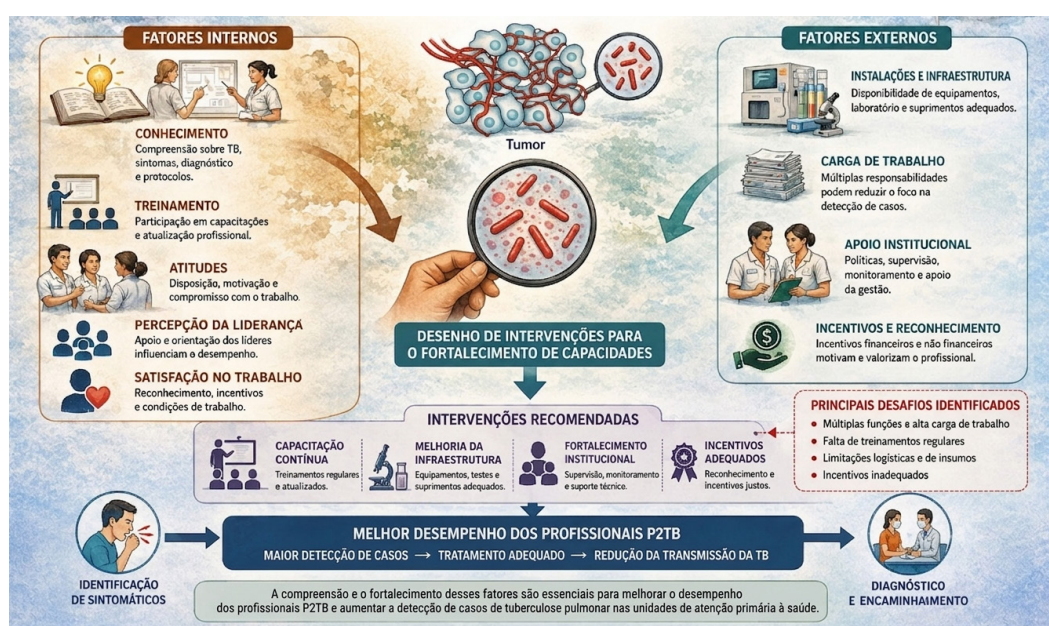
²Instituto Ciências da Saúde. Dili, Timor Leste.

E-mail: frieda.noor@ukh.ac.id

Highlights

- Fatores individuais e organizacionais fundamentais influenciam o desempenho dos profissionais do P2TB.
- Os principais desafios na implementação do programa de TB são a elevada carga de trabalho, percepções negativas entre alguns profissionais, remuneração inadequada e níveis variados de competência.
- As instalações e a infraestrutura foram avaliadas como adequadas pelos respondentes, mas a satisfação no trabalho permaneceu comparativamente baixa.
- O desempenho dos profissionais está fortemente associado a uma combinação de fatores internos e externos ($R^2 = 0,710$).

Resumo Gráfico



Preparado pelos autores com a assistência do ChatGPT. Imagem ilustrativa. 4 de agosto de 2026.

Resumo

O controle da tuberculose pulmonar (TB) continua sendo um desafio em diversas regiões, incluindo o Centro de Saúde Setabelan (Puskemas), na Indonésia, e o Centro de Saúde Lospalos, em Timor-Leste. Os profissionais do Programa de Controle da TB (P2TB) dos centros de saúde desempenham um papel central na detecção precoce de casos, contudo, os fatores individuais, organizacionais e estruturais que moldam seu desempenho permanecem insuficientemente documentados nesses cenários. Este estudo teve como objetivo analisar os fatores que influenciam o desempenho dos profissionais do P2TB na detecção de casos de TB pulmonar em ambos os locais. Utilizou-se um delineamento quantitativo, transversal e descritivo-analítico, envolvendo todos os profissionais do P2TB em cada local (9 profissionais por local; N total = 18), selecionados por meio de amostragem total/saturada. Os dados foram coletados utilizando questionários estruturados que abrangeram conhecimento, treinamento, carga de trabalho, percepção, recompensas/remuneração, instalações e infraestrutura, atitude e satisfação no trabalho, sendo analisados por métodos univariados, bivariados (qui-quadrado) e multivariados (regressão linear múltipla). A regressão linear múltipla demonstrou que, em conjunto, os oito fatores examinados apresentaram associação significativa com o desempenho dos profissionais ($R^2 = 0,710$; $p = 0,001$), e que conhecimento, treinamento, percepção, instalações e infraestrutura, atitude e satisfação no trabalho foram cada um preditores parciais significativos, enquanto a carga de trabalho e as recompensas não foram. Esses achados sugerem que fatores internos ao nível do profissional e o suporte da unidade de saúde estão intimamente ligados ao desempenho na detecção de casos. O desenvolvimento contínuo de capacidades, o treinamento regular e a provisão adequada de instalações podem ajudar a fortalecer a detecção de casos de TB em locais de alta prevalência, embora o delineamento transversal e as medidas autorreferidas exijam cautela na interpretação e limitem as conclusões causais.

Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar. Desempenho Profissional. Busca de Casos de TB. Centro de Saúde. Estudo Transversal.

Editor de área: Edison Barbieri
Mundo Saúde. 2026,50:e19242025
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 02 dezembro 2025.

Aceito: 04 agosto 2026.

Publicado: 09 setembro 2026.

INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar é uma doença infecciosa transmitida pelo ar por meio de gotículas infecciosas expelidas quando uma pessoa infectada tosse; uma única tosse pode liberar cerca de 3.000 núcleos de gotículas. A transmissão é mais provável em espaços escuros e mal ventilados, uma vez que a luz solar mata rapidamente a bactéria, e é mais provável a partir de pacientes com baciloscopia de escarro positiva (BAAR positivo) do que daqueles com baciloscopia negativa¹.

A tuberculose permanece concentrada em um pequeno número de países com alta carga na África, Ásia e Américas; Índia, China e Indonésia juntas respondem por cerca de metade de todos os casos no mundo, e a Indonésia tem se classificado, por muitos anos, entre os cinco países com o maior número de casos incidentes². No Sudeste Asiático, a maioria dos casos ocorre entre adultos de 15 a 54 anos, com os homens sendo afetados aproximadamente duas vezes mais frequentemente que as mulheres, e a mortalidade é consistentemente mais alta entre homens mais velhos do que em outros grupos².

Na Indonésia, as taxas nacionais de detecção de casos e de sucesso do tratamento melhoraram ao longo do tempo, mas disparidades substanciais persistem entre as províncias: a partir do ciclo de relatórios nacionais mais recente disponível para os autores, mais da metade das províncias da Indonésia ainda não havia alcançado a meta de 70% da Taxa de Detecção de Casos (TDC), e apenas um pequeno número de províncias alcançou tanto 70% de TDC quanto 85% de sucesso do tratamento³. Em nível local, a Taxa de Detecção de Casos de TB pulmonar BAAR-positiva na região de Surakarta aumentou de 33% em 2009 para 61% em 2011, mas permaneceu abaixo da meta nacional ao longo deste período⁴; Surakarta classificou-se em 18º lugar entre 35 regências/cidades em Java Central neste indicador⁵.

O Programa de Controle da Tuberculose (P2TB) nacional baseia-se na busca passiva de casos através da triagem de pacientes sintomáticos que se apresentam nas unidades de saúde, apoiada pela educação em saúde da comunidade e rastreamento de contatos, e é implementado usando a estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado, de Curta Duração - Directly Observed Treatment, Short-course), recomendada pela OMS⁶. A qualidade da detecção de casos de TB no nível de atenção primária depende fortemente do desempenho dos profissionais de saúde da linha de frente que executam este programa nos Centros de Saúde (Puskesmas), as unidades técnicas de implementação encarregadas de fornecer serviços de saúde de qualidade dentro de suas áreas de abrangência⁷.

Os profissionais do P2TB são o elo fundamental entre o sistema de saúde e a comunidade na busca de casos de TB: eles identificam e triam casos presuntivos, coordenam o exame de escarro, e registram e relatam os resultados, de modo que o seu desempenho diário

determina diretamente se a meta de TDC de um programa é atingida. Pesquisas anteriores sobre agentes comunitários e profissionais de saúde leigos em programas de TB e afins indicam que este desempenho é moldado por uma combinação de fatores individuais internos – como conhecimento, treinamento, atitude e motivação – e fatores organizacionais ou estruturais externos – como carga de trabalho, supervisão e liderança, remuneração, e a disponibilidade de instalações e infraestrutura^{8,9,10}. No entanto, grande parte dessas evidências provém de estudos de um único país e de um único local, e evidências comparativas sobre como esses fatores operam através de diferentes contextos nacionais e organizacionais permanecem escassas.

Essa lacuna é relevante para o Centro de Saúde Setabelan em Surakarta, Indonésia, e o Centro de Saúde Lospalos, em Timor-Leste, duas unidades de atenção primária que enfrentam desafios de detecção de casos de TB amplamente semelhantes, mas operam sob diferentes sistemas de saúde. Observações preliminares e entrevistas informais com a equipe do programa e os supervisores adjuntos de TB em ambos os locais indicaram que o desempenho dos profissionais era subótimo, e apontaram para acúmulo de funções, transferências de funcionários, elevada carga de trabalho e remuneração percebida como não condizente com o trabalho – por exemplo, os profissionais às vezes precisam visitar as casas de pacientes ausentes utilizando transporte próprio – como preocupações recorrentes em ambos os locais.

Examinar esses fatores conjuntamente através de dois sistemas de saúde possibilita identificar quais determinantes do desempenho dos profissionais são compartilhados e quais são específicos do contexto, fornecendo uma base de evidências mais transferível para o fortalecimento do programa de TB do que um estudo de um único país por si só. Visto que a TB pulmonar não pode ser controlada sem a detecção efetiva de casos, e como o desempenho dos profissionais responsáveis por essa detecção ainda não está bem caracterizado em nenhum dos cenários, é necessário examinar os fatores associados ao desempenho dos profissionais do P2TB responsáveis pela detecção de casos de TB pulmonar em ambos os centros de saúde.

O objetivo geral deste estudo foi analisar os fatores associados ao desempenho dos profissionais do P2TB na detecção de casos de TB pulmonar no Centro de Saúde Setabelan, Indonésia, e no Centro de Saúde Lospalos, Timor-Leste. Os objetivos específicos foram analisar a relação entre o desempenho dos profissionais e cada um dos seguintes fatores: (a) conhecimento; (b) treinamento realizado; (c) carga de trabalho; (d) percepção sobre a liderança; (e) recompensas/remuneração; (f) disponibilidade de instalações e infraestrutura; (g) atitude; e (h) satisfação no trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo utilizou um delineamento de pesquisa quantitativa com abordagem descritivo-analítica transversal¹¹, com o intuito de descrever e analisar estatisticamente os fatores associados ao desempenho dos profissionais do P2TB em um único ponto no tempo.

Esta pesquisa foi conduzida no Centro de Saúde Setabelan (Puskesmas), Indonésia, e no Centro de Saúde Lospalos, Timor-Leste, de março a junho de 2025. A população-alvo foi composta por todos os profissionais do programa P2TB em ambos os locais.

A amostra total compreendeu todos os 9 profissionais do programa P2TB do Centro de Saúde Setabelan e todos os 9 profissionais do programa P2TB do Centro

de Saúde Lospalos, perfazendo um total combinado de 18 respondentes (N = 18), selecionados por meio de uma técnica de amostragem não probabilística, do tipo total/saturada, de acordo com o tamanho reduzido da população de profissionais em cada local¹².

Critérios de inclusão: todos os profissionais do programa P2TB no Centro de Saúde Setabelan, Indonésia, e no Centro de Saúde Lospalos, Timor-Leste. Critérios de exclusão: profissionais do programa P2TB em qualquer um dos locais que estivessem em licença médica ou de outra forma inacessíveis para coleta de dados durante o período do estudo.

As definições operacionais das variáveis investigadas neste estudo são apresentadas na Tabela 1.

Definição operacional

Tabela 1 - Definições operacionais das variáveis do estudo, Centro de Saúde Setabelan (Indonésia) e Centro de Saúde Lospalos (Timor-Leste), março-junho de 2025.

Nº	Variável	Definição operacional	Instrumento de medida	Categoria	Escala
1.	Conhecimento	Capacidade do profissional em responder a 10 perguntas sobre detecção, registro e relato de TB; cada resposta correta recebeu 1 ponto.	Teste	1. Insuficiente: < 7 acertos 2. Bom: ≥ 7 acertos	Nominal
2.	Treinamento	Número de treinamentos sobre o programa de TB realizados desde que se tornou profissional do P2TB.	Questionário	1. Insuficiente: < 2 vezes (não treinado) 2. Bom: ≥ 2 vezes (básico ao avançado)	Nominal
3.	Carga de trabalho	Se o profissional exerce funções simultâneas além do cargo no P2TB.	Questionário	1. Com funções simultâneas 2. Sem funções simultâneas	Nominal
4.	Percepção	Visão subjetiva do profissional sobre a política do programa de TB, infraestrutura, apoio da gestão e efetividade do serviço.	Questionário	1. Negativa (não boa): escore médio 1,00–2,50 2. Positiva (boa): escore médio 2,51–4,00	Nominal
5.	Recompensas/ Remuneração	Percepção do profissional sobre os incentivos (financeiros ou não financeiros) recebidos além do salário.	Questionário	1. Inadequada (não boa): < 3 2. Adequada (boa): ≥ 3	Nominal
6.	Instalações e infraestrutura	Percepção do profissional sobre a adequação das instalações no local de trabalho, transporte e financiamento para atividades do programa de TB.	Questionário	1. Inadequadas (não boa): < 3 2. Adequadas (boa): ≥ 3	Nominal
7.	Atitude	Resposta do profissional a afirmações sobre a busca de casos de TB (10 itens favoráveis, 9 itens desfavoráveis, escala de 5 pontos).	Questionário	1. Desfavorável (não boa): escore total < 34 2. Favorável (boa): escore total ≥ 34	Nominal
8.	Satisfação no trabalho	Percepção do profissional sobre a lacuna entre a realidade e a expectativa do seu trabalho.	Questionário	1. < 0,00: Muito satisfeito 2. 0,00–0,75: Satisfeito 3. 0,76–1,50: Razoavelmente satisfeito 4. 1,51–2,25: Insatisfeito 5. > 2,25: Totalmente insatisfeito	Nominal
9.	Desempenho (desfecho)	O grau em que o profissional executa as funções de busca, registro e relato de casos de TB de acordo com as normas nacionais do programa P2TB.	Questionário estruturado	1. Insuficiente 2. Bom (com base no escore médio/mediano do instrumento de desempenho)	Nominal

Análise de dados

Os dados coletados foram verificados/validados, codificados, recapitulados e tabulados, sendo posteriormente analisados no software SPSS da seguinte forma:

1. A análise univariada foi realizada para cada variável por meio de distribuições de frequência das características dos respondentes e das variáveis do estudo.

2. A análise bivariada examinou a relação entre

cada variável independente e o desempenho dos profissionais, utilizando tabulação cruzada e o teste qui-quadrado¹¹. H0: não há relação entre as duas variáveis; Ha: há relação entre as duas variáveis. H0 é aceita se $p > 0,05$ e rejeitada se $p \leq 0,05$.

3. A análise multivariada utilizou regressão linear múltipla para determinar a contribuição combinada e parcial das oito variáveis independentes sobre o desempenho dos profissionais, seguindo o modelo Y

= $\alpha + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \dots + \beta_kX_k$, onde Y é o escore de desempenho predito, α é a constante, β os coeficientes de regressão e $X_1...X_k$ as variáveis independentes. A significância geral do modelo foi avaliada com o

teste F (ANOVA) e as contribuições parciais com o teste t; o coeficiente de determinação (R^2) indica a proporção da variância no desempenho explicada pelo modelo.

RESULTADOS

Descrição dos Respondentes

A maioria dos respondentes em ambos os locais estava na faixa etária de 18 a 39 anos (77,78% em Setabelan; 66,67% em Lospalos). Em Setabelan, 66,67% dos respondentes eram do sexo feminino e 33,33% do sexo masculino; em Lospalos, 55,56% eram do sexo masculino e 44,44% do sexo feminino. Em Setabelan, 55,56% dos respondentes possuíam bacharelado e 44,44% diploma técnico (D3); em Lospalos, 55,56% possuíam diploma técnico (D3) e 44,44% bacharelado.

Análise dos Fatores de Desempenho dos Profissionais de Controle da TB no Centro de Saúde Setabelan (Indonésia) e no Centro de Saúde Lospalos (Timor-Leste)

A. Conhecimento. Dos 18 respondentes, 15 (83,33%) possuíam bom conhecimento sobre TB pulmonar e 3 (16,67%) possuíam conhecimento insuficiente.

B. Treinamento. Todos os respondentes (100%, n=18) haviam recebido treinamento relacionado à TB classificado como bom.

C. Carga de trabalho. Dezesesseis respondentes

(88,89%) relataram funções simultâneas além do cargo no P2TB; 2 (11,11%) não possuíam funções simultâneas.

D. Percepção. Treze respondentes (72,22%) possuíam uma percepção positiva do programa de TB; 5 (27,78%) possuíam uma percepção negativa.

E. Recompensas/Remuneração. Doze respondentes (66,67%) avaliaram a remuneração como inadequada; 6 (33,33%) a avaliaram como adequada.

F. Instalações e infraestrutura. Todos os respondentes (100%, n=18) avaliaram a disponibilidade de instalações e infraestrutura como adequada.

G. Atitude. Onze respondentes (61,11%) demonstraram uma atitude positiva em relação ao programa de TB; 7 (38,89%) demonstraram uma atitude desfavorável.

H. Satisfação no trabalho. A satisfação no trabalho foi avaliada como a lacuna entre as avaliações de realidade e expectativa dos profissionais para dez aspectos do local de trabalho.

A diferença entre as avaliações de realidade e expectativa por aspecto é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Diferença entre as avaliações de realidade e expectativa por aspecto, Centros de Saúde de Setabelan e Lospalos, março-junho de 2025.

Nº	Variável da pesquisa	Realidade	Expectativa	Lacuna	Posição
1	Recompensa e remuneração (C&B)	2,72	3,13	0,41	1
2	Carreira e desenvolvimento do funcionário	2,88	3,27	0,39	2
3	Liderança e cultura	2,90	3,15	0,25	3
4	Desempenho	2,93	3,16	0,23	4
5	Visão, missão e objetivos estratégicos	3,01	3,17	0,17	5
6	Relações interpessoais	3,01	3,16	0,15	6
7	Meio ambiente, saúde e segurança (EHS)	3,16	3,27	0,12	7
8	Serviços de escritório	3,07	3,18	0,11	8
9	Descrição de cargos	3,01	3,08	0,06	9
10	Política de RH e código de conduta	3,02	3,09	0,06	10

A maior lacuna entre realidade e expectativa (0,41) ocorreu para recompensa e remuneração; a menor (0,06) ocorreu para política de RH e código de conduta e para descrição de cargos.

Fatores Associados ao Desempenho dos Profissionais do P2TB

A regressão linear múltipla de conhecimento, treinamento, carga de trabalho, percepção, re-

compensas, infraestrutura, atitude e satisfação no trabalho sobre o desempenho dos profissionais resultou em $R^2 = 0,710$, indicando que essas oito variáveis explicaram conjuntamente 71% da variância no desempenho; os 29% restantes foram atribuídos a fatores externos ao modelo. O teste F (ANOVA) foi significativo ($p = 0,001$), indicando que o modelo de regressão geral foi estatisticamente significativo.

O teste parcial indicou que conhecimento ($p = 0,043$), treinamento ($p = 0,026$), percepção ($p = 0,027$), instalações e infraestrutura ($p = 0,045$), atitude ($p = 0,049$) e satisfação no trabalho ($p = 0,024$) apresentaram associação significativa com o desempenho, enquanto a carga de trabalho ($p = 0,190$) e as recompensas ($p = 0,162$) não apresentaram (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados parciais (teste t) para fatores associados ao desempenho dos profissionais do P2TB, Centros de Saúde Setabelan e Lospalos, março–junho de 2025.

Nº	Variável	t	Significância
1	Conhecimento	2,178	0,043*
2	Treinamento	2,455	0,026*
3	Carga de trabalho	-1,367	0,190
4	Percepção	2,442	0,027*
5	Recompensas	1,447	0,162
6	Infraestrutura	2,149	0,045*
7	Atitude	2,093	0,049*
8	Satisfação no trabalho	2,484	0,024*

* $p < 0.05$.

DISCUSSÃO

O conhecimento apresentou associação significativa com o desempenho dos profissionais ($p = 0,043$): profissionais com maior conhecimento relacionado à TB tenderam a ter um melhor desempenho na detecção, registro e relato de casos. Isso é consistente com a visão de Notoatmodjo *et al.*¹³ de que o conhecimento é uma base fundamental para a tomada de decisão e ação relacionadas ao trabalho.

O treinamento apresentou associação significativa com o desempenho ($p = 0,026$), sugerindo que os profissionais que recebem mais treinamento tendem a ser mais habilidosos e consistentes em suas funções, o que é consistente com Simamora *et al.*¹⁴, que argumentou que o treinamento efetivo melhora a capacidade, a habilidade e a atitude do funcionário em relação ao trabalho.

A carga de trabalho não apresentou associação significativa com o desempenho ($p = 0,190$) nesta amostra. Embora a maioria dos profissionais acumulasse funções simultâneas, isso não se refletiu em escores de desempenho mais baixos; contudo, Robbins *et al.*¹⁵ advertem que uma carga de trabalho persistentemente elevada ainda pode contribuir para o estresse ocupacional e redução da produtividade ao longo do tempo, particularmente sem uma gestão adequada da carga de trabalho.

A percepção dos profissionais sobre o programa apresentou associação significativa com o desempenho ($p = 0,027$): percepções mais positivas estiveram ligadas a um desempenho mais elevado, o que é consistente com Gibson *et al.*¹⁶, que observou que as percepções individuais do ambiente de trabalho e das políticas organizacionais moldam o comportamento e os resultados no trabalho.

As recompensas/remuneração não apresentaram associação significativa com o desempenho ($p = 0,162$), apesar de a maioria dos profissionais avaliar a remuneração como inadequada. Esse padrão é consistente com o quadro de fatores higiênicos de Herzberg, conforme resumido por Handoko *et al.*¹⁷: uma remuneração inadequada pode gerar insatisfação sem que a sua melhoria se traduza necessariamente em um desempenho superior.

Instalações e infraestrutura apresentaram associação significativa com o desempenho ($p = 0,045$), o que é consistente com Moekijat *et al.*¹⁸, que enfatizou a importância de instalações de trabalho adequadas para a eficácia das funções em ambientes de saúde. Notavelmente, todos os respondentes avaliaram as instalações e a infraestrutura como adequadas, e, ainda assim, essa variável emergiu como um preditor significativo; essa tensão aparente provavelmente reflete uma variação genuína na percepção da adequação de componentes específicos da unidade de saúde, mesmo dentro da categoria “adequada”, mas deve ser interpretada com cautela devido ao tamanho reduzido da amostra ($N = 18$).

A atitude apresentou associação significativa com o desempenho ($p = 0,049$); uma atitude mais positiva reflete maior disposição, motivação e senso de responsabilidade, o que é consistente com Notoatmodjo *et al.*¹⁹, que descreveu a atitude como um reflexo da prontidão de um indivíduo para agir e dos valores que orientam o seu trabalho.

A satisfação no trabalho apresentou associação significativa com o desempenho ($p = 0,024$). Profissionais mais satisfeitos tenderam a apresentar melhor desempenho, o que é consistente com a definição de Locke²⁰ de que a satisfação no trabalho é um

estado emocional positivo resultante da avaliação da própria experiência de trabalho.

Para além da significância estatística, o R^2 de 0,710 indica que os oito fatores examinados respondem conjuntamente por uma parcela substancial da variância no desempenho dos profissionais, sugerindo que intervenções que abordem vários desses fatores em conjunto – em vez de qualquer fator isoladamente – têm maior probabilidade de gerar impacto prático na detecção de casos de TB no nível de atenção primária.

Este estudo possui várias limitações. Primeiro, o delineamento transversal significa que são relatadas associações, e não relações causais; o desempenho também pode influenciar a percepção, a satisfação ou a carga de trabalho relatada, em vez de ser ape-

nas influenciado por elas. Segundo, todas as variáveis, incluindo o desempenho, foram medidas por meio de questionários autoaplicáveis, que podem estar sujeitos a viés de desejabilidade social ou de memória. Terceiro, a amostra foi pequena ($N = 18$) e extraída de dois centros de saúde selecionados intencionalmente, o que limita o poder estatístico e a generalização dos achados para além desses cenários. Por fim, embora este estudo tenha sido inicialmente concebido com um componente qualitativo de entrevistas em profundidade, nenhum dado qualitativo foi analisado ou relatado; pesquisas futuras que combinem análises quantitativas com entrevistas qualitativas ou observações ajudariam a esclarecer os mecanismos subjacentes às associações aqui relatadas.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados, conclui-se que o conhecimento, o treinamento, a carga de trabalho, a percepção, as recompensas, a infraestrutura, a atitude e a satisfação no trabalho estiveram conjuntamente e significativamente associados ao desempenho dos profissionais do P2TB ($R^2 = 0,710$; $p = 0,001$). Seis fatores foram preditores parciais significativos do desempenho dos profissionais: co-

nhecimento, treinamento, percepção, instalações e infraestrutura, atitude e satisfação no trabalho. A carga de trabalho e as recompensas não foram preditores significativos do desempenho dos profissionais neste estudo. Além disso, a satisfação no trabalho e o treinamento mostraram as associações parciais mais fortes com o desempenho entre os fatores examinados.

Declaração do autor CRediT

Validação: Noor, FA; Gita, APA; Pratiwi, AM. Análise estatística: Prastyoningsih, A; Pratiwi, AM. Análise formal: Prasastin, OV; Surya, NT; Owa, MG. Investigação: Prasastin, OV; Gita, APA. Fontes: Surya, NT; Prasastin, OV; Gita, APA. Preparação da versão original do manuscrito: Prastyoningsih, A; Pratiwi, AM; Gita, APA. Redação, revisão e edição: Noor, FA; Pratiwi, EN. Visualização: Surya, NT. Supervisão: Noor, FA. Administração do projeto: Pratiwi, EN.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer a todos os participantes do estudo pelo seu tempo valioso e a todos os coletores de dados pelos seus esforços incansáveis.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Enarson DA, Chen YC, Murray JF. Global epidemiology of tuberculosis. In: Rom WN, Garay SM, Bloom BR, editors. Tuberculosis. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p.13-27. Available at: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Control WHO Report. Geneva: WHO; 2011. p.1-111. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564380>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta: Kemkes RI; 2010. Available at: <https://pt.scribd.com/doc/212562163/Profil-Kesehatan-Indonesia-2010>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit. Jakarta; 2004. Available at: <https://www.academia.edu/33430223/>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
5. Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Profil Dinas Kesehatan Surakarta dan Timor-Leste. Surakarta: Dinkes; 2011. Available at: <https://dinkes.surakarta.go.id/>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
6. Kementerian Kesehatan RI. Fungsi Puskesmas. Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004; 2004. Available at: https://perpus-utama.poltekkes-malang.ac.id/assets/file/kti/P17410213088/16_BAB_II_.pdf. Accessed on: 04 Aug. 2026.
7. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Laporan Pelaksanaan Program Tuberculosis Provinsi Jawa Tengah. Semarang: Dinkes Provinsi Jawa Tengah; 2010. Available at: <https://dinkes.jatengprov.go.id/>. Accessed on: 04 Aug. 2026.

8. Zachariah R, et al. Passive versus active tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy among household contacts in a rural district of Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003;7(11):1033-9. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14598961/>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
9. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol*. 2000;25:54-67. DOI: 10.1006/ceps.1999.1020. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0361476X99910202>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
10. Zachariah R, et al. Building leadership capacity and future leaders in operational research in low-income countries: why and how? *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(10):1426-35. DOI: 10.5588/ijtld.11.0316. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22008755/>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
11. Ghazali MV, Sastromihardjo S, Soedjarvo SR, Soelaryo T, Pramulyo HS. Studi cross-sectional. In: Sastroasmoro S, Ismael S, editors. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto; 2010. p.112-26. Available at: <https://repo.dinus.ac.id/items/e8ca9e70-9da0-49c7-a335-16d72e9694fd>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
12. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. Chichester: Wiley; 1997. Available at: <https://www.wiley.com>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
13. Notoatmodjo S. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2009. Available at: https://repositori.uin-alauddin.ac.id/19791/1/2021_Book%20Chapter_Promosi%20Kesehatan%20dan%20Perilaku%20Kesehatan.pdf. Accessed on: 04 Aug. 2026.
14. Simamora H. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: STIE YKPN; 2004. Available at: <https://www.scribd.com/document/585687295/Simamora-H-2004-Manajemen-Sumber-Daya-Manusia-Yogyakarta-STIE-YKPN>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
15. Robbins SP. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: PT Wacana Jaya Cemerlang; 2006. Available at: <https://elibrary.bsi.ac.id/readbook/212102/perilaku-organisasi>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
16. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly JH. *Organizations: Behavior, Structure, Processes*. New York: McGraw-Hill; 2006. Available at: <https://www.slideshare.net/slideshow/book-organizations-behavior-structure-processes-14th-editionpdf/251595026>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
17. Handoko TH. *Manajemen Personalial dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: BPFE; 2001. Available at: <https://elibrary.bsi.ac.id/readbook/203928/manajemen-personalia-dan-sumber-daya-manusia>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
18. Moekijat. *Manajemen Umum*. Bandung: Mandar Maju; 2002. Available at: <https://ailisx.lib.unair.ac.id/opac/detail-opac?id=2b80e711be994a4ef1b18871c34f587549f48a8d>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
19. Notoatmodjo S. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2010/2012. Available at: <https://www.scribd.com/document/629151590/9DfU-cwlfD-perilaku-kesehatan>. Accessed on: 04 Aug. 2026.
20. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD, editor. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally; 1976. Available at: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1063346>. Accessed on: 04 Aug. 2026.

Como citar este artigo: Noor, F.A., Pratiwi, E.N., Gita, A.P.A., Pratiwi, A.M., Prastyoningsih, A., O.V. Prasastin, Surya, N.T., Owa, M.G. (2026). Análise dos Fatores que Influenciam o Desempenho dos Profissionais do P2TB de Centros de Saúde na Detecção de Casos de Tuberculose Pulmonar no Centro de Saúde Setabelan, Indonésia, e no Centro de Saúde Lospalos, Timor-Leste. *O Mundo Da Saúde*, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e19242025P>. *Mundo Saúde*. 2026,50:e19242025.