

ELIANE RAMOS TEIXEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS DO ENTORNO – DF
2006 – 2008**

Brasília, 2011

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ELIANE RAMOS TEIXEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS DO ENTORNO – DF
2006 – 2008**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo programa de pós-graduação em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann

**BRASÍLIA
2011**

ELIANE RAMOS TEIXEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS DO ENTORNO – DF
2006-2008**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo programa de pós- graduação em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília.

Aprovado em 17 de março de 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edgar Merchán – Hamann (presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Jose Ricardo Pio Marins
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

Profª Dra. Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília

Profª Dra. Maria Fátima de Sousa (suplente)
Universidade de Brasília

Dedico esse trabalho a meu pai Francisco Teixeira Santos Ferreira (in memorian), presença cara em minha formação. Ensinou-nos a cultivar valores preciosos como a honestidade, a solidariedade, a gratidão, o respeito a todas as pessoas, sobretudo aos menos favorecidos e a união da família, que é o bem mais precioso.

Homem sábio e corajoso, um exemplo para todos que tiveram o prazer de seu convívio, um guerreiro incansável e apaixonado pela vida, defendia suas causas com o ardor da juventude, otimista, transformava as pedras encontradas pelo caminho em castelos, as dificuldades em vitórias, os sonhos em realidade, alegre como a primavera sempre renascia lá adiante, decididamente não veio ao mundo a passeio, fez a vida ter sentido. Agora, com certeza, deve estar dizendo poesias lá no céu e daqui do plano terrestre, agradeço todos os dias o privilégio de ter sido sua filha e através dos seus ensinamentos meu querido, meu amigo, meu herói eu pauto a minha vida.

Sua benção meu pai!!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me deu forças para seguir em frente, mesmo em momentos de grandes dificuldades e provações, momentos em que achava que não conseguiria ir até o fim. Agradeço profundamente por ter sido amparada e acariciada, por ter a certeza que estivestes comigo nessa longa e difícil caminhada.

A minha família, a minha mãe Maria pela minha existência, por sua simplicidade e por todas as renúncias que fez para que todos conseguissem alcançar suas metas, aos meus irmãos Francisco e Kleber, por sempre terem acompanhado o meu processo de crescimento nessa minha vida inquieta e cheia de buscas. Sinto saudades da nossa infância travessa, alegre e querida, aos meus sobrinhos Marianna, Matheus e Lucas, (a este um especial agradecimento, pois, em muitos momentos colaborou com esse estudo), por suas existências e continuidade da família. Agradeço a todos, pela segurança de poder contar com vocês em qualquer momento e a certeza de que compartilham com alegria as minhas conquistas.

Ao meu orientador Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann, pela oportunidade de desenvolver este trabalho, sou muito grata por sua compreensão e paciência de ter esperado o “meu tempo”, por sua simplicidade nos ensinamentos, pela bondade na cooperação e dedicação das várias etapas do trilhar dessa estrada. Aprendi muito, obrigada Mestre.

À Prof. Dra. Helena Shimizu, minha “co-orientadora oficiosa”, obrigada querida pela sua generosidade e acolhimento nesta etapa final, nos momentos derradeiros, momentos de desespero, em que eu não via a luz no fim do túnel e eis que surge a luz... A “luz do oriente”.

À Prof^a. Dra. Anadergh Branco, por sempre ter me acolhido de braços abertos, pela amizade generosa, por ter me norteado quando precisei. Valeu para sempre.

Ao Prof. Dr. Ouviaomar Flores, o “tio”, por sua carinhosa amizade de todos esses anos.

Aos amigos Ademir Albuquerque Gomes pelas dicas, e todas as contribuições em várias etapas do estudo, Edson Bello pelo End Note e outras contribuições,

Maria Rita Barros Justino por sua solidariedade, estando sempre disposta a colaborar quando solicitada e Maria Josenilda Gonçalves da Silva pelo o apoio na revisão do trabalho e outras contribuições.

Aos funcionários do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP) que sempre me trataram com atenção, respeito e carinho, todos sem exceção, desde a recepção até a copa. Um abraço especial à Expedita Machado de Sousa que com sua competência e dedicação muito contribuiu para a viabilização desse estudo. Ah! E a fofa da D. Ritinha que inúmeras vezes ajudou-me a subir aquela imensa escadaria sempre de bom humor e cantando “é devagar, é devagar, devagarinho...” uma comédia, um revival de o Gordo e o Magro. Um cheiro!!!!

Ao Sr. Demilson Lima, pela entrada dos dados e por ter aguentado meus “chiliques” (mesmo eu tendo razão), em vários momentos, paciência só adquirida com a construção da amizade.

A Sra. Roselita Lindaura da Silva, minha segunda mãe, pelo estímulo e pelo eterno ombro amigo em todas as horas difíceis de minha vida em tantos e longos anos.

Ao primo Ildemar Santos e sua família, as amigas, Arilda Sabbas Cuppu, Maria da Penha Miranda, Rosane Mansan, e Maria Inês Hernandez Lopes, pelo apoio, solidariedade e amizade sempre presentes, o lado divertido da vida.

À direção do CSB -1 de Brasília, pela compreensão e dispensa em vários momentos.

Às colegas de trabalho do CSB -1, por segurarem as “pontas” nas “minhas ausências”, em especial a “Jô Mendes”.

Às equipes de saúde das Unidades que fizeram parte do estudo, em especial a do CSB -1 de Brasília, a enfermeira Ildinei Reis, amiga e companheira de tantas lutas, a técnica de enfermagem Kátia Regina Pereira Palhano e o médico Mario Alberto Pelazoni pelo acolhimento e disponibilidade para qualquer dúvida.

À Coordenação Nacional de Controle da Tuberculose pelos dados fornecidos.

Aos pacientes, que nos permitiram adentrar seus segredos e obter informações tão pessoais.

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos
caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o
tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado,
para sempre, à margem de nós mesmos”.*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A tuberculose continua no cenário epidemiológico mundial e a sua permanência relaciona-se a vários processos e um dos principais obstáculos encontrado entre os portadores da doença é a não-adesão ao tratamento, vários são os fatores que contribuem para esta ocorrência. **OBJETIVO:** Identificar os fatores associados à não-adesão ao tratamento da tuberculose entre os pacientes atendidos nas unidades de saúde do Distrito Federal (DF) e municípios do seu entorno. **MÉTODOS:** estudo transversal, de abordagem quali-quantitativa, com amostra de 863 pacientes em tratamento nos Centros de Saúde e Hospitais com o Programa de Controle da Tuberculose, de Regiões Administrativas do DF e de seis municípios do Entorno, entre 2006 e 2008. Foi analisada a associação da não-adesão em relação a variáveis socioeconômicas e demográficas, hábitos, suporte social, qualidade de vida, questões relacionadas à doença, tratamento e serviço. Foram utilizados testes convencionais na análise univariada (X² - Mantel-Haenszel ou teste exato de Fisher) e utilizada regressão logística com o teste Wald. Para avaliação dos dados qualitativos, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais como princípio teórico – metodológico e para o tratamento dos dados a técnica de análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Na análise não ajustada houve associação da não-adesão com: estado civil, escolaridade, local de residência, fase do tratamento, efeitos adversos dos medicamentos, consultas com menos de 15 minutos de duração, falta de acesso do paciente à equipe de saúde para resolução de dúvidas, situação emocional impedindo o exercício das tarefas cotidianas, não sentir-se otimista em relação ao futuro e indisposição para o lazer. A presença do Programa de Saúde da Família agiu como fator protetor. Após a regressão logística, permaneceram associadas a não-adesão: idade menor de 40 anos, local de residência (maior no DF que no Entorno), baixa escolaridade, presença de efeitos adversos, não ter sido informado sobre interação de medicamentos, e situação emocional impedindo atividades corriqueiras. Outras variáveis apareceram incluídas no modelo final de regressão, como o preconceito de amigos e parentes, não ter alguém para falar sobre a saúde/doença, e insatisfação com a vida sexual. **CONCLUSÕES:** a não-adesão é multifatorial. Além dos fatores já conhecidos e dos ligados ao serviço de saúde, questões relacionadas ao apoio micro-social, incluindo situações vivenciadas de preconceito e à qualidade de vida mostraram-se associadas à não-adesão ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Tratamento; Não-adesão.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The tuberculosis remains the epidemiological scenario and its permanence is related to various processes and the main obstacles encountered among patients with the disease are non - adherences to treatment, several factors are contributing to this occurrence. **OBJECTIVE:** to identify factors associated to non-adherence to tuberculosis (TB) treatment among patients at primary care health units at the Brazilian capital Federal District (FD) and surrounding municipalities. **METHODS:** Cross sectional study of qualitative - quantitative approach, with a sample of 863 patients under TB treatment at Health centers and hospitals with the Tuberculosis Control Program, in Administrative Regions of the FD and six municipalities of the surrounding area, between 2006 and 2008. We analyzed the association between non-adherence and social-economic and demographic variables, practices, social support, life quality, factors related to disease, treatment and health care. We used conventional tests at the univariate analysis (χ^2 - Mantel Haenszel or Exact Fisher"s Test) and logistic regression with Wald"s Test. For evaluation of qualitative data, we used the theory of social representations as a principle theoretical - methodological and data processing technique of content analysis. **RESULTS:** At the unadjusted analysis there were associations between non-adherence and: marital status, educational level, residence region, treatment phase, adverse effects, medical consultations lasting less than 15 minutes, lack of access to the health professionals for solving any doubts, emotional situation making difficult daily routine tasks, lack of optimism with respect to future and lack of disposition to leisure. The presence of the Family Health Program was a protective factor for non-adherence. After logistic regression, the variables that remained associated to non-adherence were: age (less than 40 years old), residence place (greater non-adherence at the FD), low educational level, treatment adverse effects, no information on drug interaction provided by health professionals, and emotional situation turning difficult daily activities. Other variables remained at the final regression model, such as prejudice of friends and relatives, not having anyone to talk about health / disease, lack of satisfaction with sexual life. **CONCLUSIONS:** Non-adherence is multifactorial. Besides predictors already described in the literature and those related to health care quality, variables of micro-social support including the situations of preconcept experienced and quality of life were associated to non-adherence.

KEYWORDS: Tuberculosis; Treatment; Non adherence; Non compliance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico do percentual de abandono dos casos novos de TB. Brasil e UF 2008	42
Figura 2 – Distribuição geográfica dos locais de realização da pesquisa no Distrito Federal.	79
Figura 3 – Distribuição geográfica dos locais de realização da pesquisa nos municípios do entorno do DF.	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Esquema de tratamento indicado nos casos novos de todas as formas de TB pulmonar e extra-pulmonar	49
Quadro 2 – Esquema de tratamento indicado nos casos de recidiva após a cura ou retorno após abandono do esquema I	50
Quadro 3 – Esquema de tratamento indicado para a forma meningoencefálica da tuberculose	50
Quadro 4 - Esquema de tratamento indicado nos casos de falência de tratamento com esquema I e esquema I reforçado	51
Quadro 5 – Efeitos menores do uso de tuberculostáticos	53
Quadro 6 – Efeitos maiores do uso de tuberculostáticos	54
Quadro 7– Percepções dos pacientes sobre a doença e o tratamento	131
Quadro 8 – Satisfação do paciente com o serviço e o atendimento	150
Quadro 9 – Importância do PSF na percepção dos pacientes	153
Quadro 10 – Percepção dos pacientes sobre a visita do ACS	156
Quadro 11 – Providências para melhorar o PSF	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008	82
Tabela 2 – Características da unidade de saúde (US) em que foi prestada a assistência dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose. Brasília, 2006-2008.....	84
Tabela 3 – Variáveis da doença na percepção dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose. Brasília, 2006-2008	85
Tabela 4 – Variáveis do tratamento na percepção dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose. Brasília, 2006-2008	86
Tabela 5 – Adesão ao tratamento da tuberculose dos pacientes incluídos no estudo no DF e Entorno, 2006-2008	88
Tabela 6 – Informações proporcionadas nas unidades de saúde aos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008	89
Tabela 7 – Oferta de serviços e percepção da qualidade do atendimento e acolhimento nos pacientes do estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008	92
Tabela 8 – Suporte micro-social familiar dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008.....	94
Tabela 9 – Suporte micro-social de amigos dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno. Brasília, 2006-2008....	95
Tabela 10 – Qualidade de vida dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno. Brasília, 2006-2008.....	97
Tabela 11 – Hábitos dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno. Brasília, 2006-2008.....	98
Tabela 12 – Associação entre variáveis preditoras (socioeconômicas e características da doença) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, Brasília. 2006-2008	99
Tabela 13 – Associação entre variáveis preditoras (acesso básico aos serviços de saúde) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008	101
Tabela 14 – Associação entre variáveis preditoras (conhecimentos sobre a doença, co-morbidades, dificuldades para tomadas e níveis de satisfação) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008.....	102

Tabela 15 – Associação entre variáveis preditoras (informação e oferta de serviços) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008	103
Tabela 16 – Associação entre variáveis preditoras (apoio familiar) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008.....	104
Tabela 17 – Associação das variáveis preditoras (apoio de amigos) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008.....	105
Tabela 18 – Associação entre variáveis preditoras (qualidade de vida e hábitos) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008	106
Tabela 19 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a não-adesão ao tratamento da tuberculose dos pacientes incluídos no estudo no DF e Entorno, 2006-2008	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCG	Bacilo Calmet – Guérin
CEME	Central de Medicamentos
CNCT	Campanha Nacional contra a Tuberculose
CS	Centro de Saúde
CRPHF	Centro de Referência Professor Hélio Fraga
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy
DOT	Directly Observed Treatment
DF	Distrito Federal
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy Short Course
DOT	Directly Observed Treatment
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
E	Etambutol
ET	Etionamida
ESF	Estratégia Saúde da Família
H	Isoniazida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGS	Organizações não governamentais
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento
R	Rifampicina

S	Estreptomocina
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose multirresistente
TS	Tratamento supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization
Z	Pirazinamida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 A TUBERCULOSE, SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICAS DE CONTROLE NO BRASIL	22
2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA	34
2.3 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE	37
2.3.1 Situação Mundial	37
2.3.2 Situação do Brasil	40
2.3.3 Situação do Distrito Federal	43
2.3.4 Situação nos Municípios estudados do Entorno	45
2.4 TRATAMENTO	46
2.4.1 Drogas Anti-tuberculosas	47
2.4.2 Esquemas de Tratamento	48
2.4.3 Esquemas Adotados de Acordo com a Situação do Caso	49
2.4.4 Tuberculose Multirresistente (TBMR) e Tratamento	51
2.4.5 Reações Adversas ao Uso de Drogas Anti-tuberculose	52
2.5 A ESTRATÉGIA DOTS	54
2.6 CONCEITUANDO A ADESÃO	59
2.6.1 O Abandono como Indicador de Adesão	63
2.6.2 A Validação da Adesão ao Tratamento	65
2.6.3 Grau Esperado de Adesão	66
2.6.4 Os Fatores que Dificultam a Adesão	67
3 OBJETIVOS	71
3.1 GERAL	71
3.2 ESPECÍFICOS	71
4 MÉTODOS	72
4.1 TIPO DE ESTUDO E MEDIDAS	72
4.1.1 Seleção da Amostra	72
4.1.2 Cenário da Pesquisa	73
4.1.3 Procedimentos de Coleta de Dados	73
4.1.4 Variáveis	74
4.1.5 Variáveis Preditoras	75
4.1.6 Análise dos Dados	76
4.1.7 Aspectos Éticos	78
4.2 DISTRITO FEDERAL	78
4.3 REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DF E ENTORNO – RIDE	79
5 RESULTADOS	81
5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	81
5.2 CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE SAÚDE/PSF	83
5.3 VARIÁVEIS DA DOENÇA	84
5.4 VARIÁVEIS DO TRATAMENTO	86

5.5 NÍVEL DE ADESÃO AO TRATAMENTO: ADERENTE ÀS TOMADAS E ADERENTE AOS COMPRIMIDOS.....	87
5.6 PERCEPÇÃO AO ATENDIMENTO E DO SERVIÇO DE SAÚDE	89
5.7 SUPORTE SOCIAL	93
5.8 QUALIDADE DE VIDA.....	96
5.10 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO NÃO AJUSTADA.....	99
5.11 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO AJUSTADA PELO MODELO DE REGRESSÃO	107
6 DISCUSSÃO	110
6.1 DO COMPONENTE QUANTITATIVO	110
6.2 RELATOS E DISCUSSÃO DO COMPONENTE QUALITATIVO	130
6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	170
7 CONCLUSÕES	172
8 RECOMENDAÇÕES.....	176
9 REFERÊNCIAS.....	178
APÊNDICE A – FICHA CLÍNICA.....	212
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	213
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	223
APÊNDICE D – ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO NÃO AJUSTADA	225
ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	234

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença transmissível que atravessa a história e persiste configurando-se como um grave problema de saúde pública. Sua difusão mundial, bem como sua dimensão epidêmica são produtos da exclusão social, da urbanização e da favelização, tendo como pano de fundo a falta de compromisso dos governos, nas últimas décadas houve um aumento significativo com o surgimento da epidemia da Aids elevando os índices de morbi-mortalidade em nível mundial (Kritski et al., 2007). Nos países desenvolvidos, tornou-se uma doença reemergente, e com níveis elevados e crescentes nos países em desenvolvimento (Souza, 2007).

A situação mundial em relação à doença determinou que em 1993, início da última década do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarasse a TB uma emergência global (WHO, 1998), com o propósito de reverter esse quadro, a OMS estabeleceu novas diretrizes de trabalho recomendando estratégias globais para o seu controle efetivo nos países. Dentre as proposições, a estratégia do tratamento diretamente observado (*Directly Observed Treatment Strategy* – DOTS), foi implementada e amplamente difundida, buscando garantir a adesão ao tratamento e o aumento dos percentuais de cura da doença (Terra, Bertolozzi, 2008; Kritski et al., 2007).

No Brasil, em relação às metas pactuadas junto à OMS, o Ministério da Saúde, a partir de 2003 definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde. As ações para o controle da TB têm como meta diagnosticar pelo menos 70,0% dos casos novos bacilíferos e curar pelo menos 85,0% dos casos diagnosticados e reduzir o abandono em 5,0% (Who, 2006; Santos, 2007; Ruffino - Netto A, Villa TCS, 2006).

A expansão das ações de controle para 100,0% dos municípios foi definida no âmbito da atenção básica, na qual, os gestores municipais e estaduais devem agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle que incluem o cumprimento da estratégia DOTS (Rodrigues et al., 2007).

Os planos de controle da tuberculose e as estratégias traçadas para combater a endemia têm buscado aumentar os percentuais de cura e diminuir o abandono de

tratamento, interrompendo assim a transmissão da doença, com a eficácia do esquema I, torna-se possível alcançar as metas propostas. Entretanto apesar do fornecimento gratuito dos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a não-adesão e o abandono do tratamento são os maiores obstáculos para o controle e cura da tuberculose, tornando ainda mais complexa a situação da doença, com sérias repercussões no cenário epidemiológico; corroborando para que os pacientes tornem-se crônicos tanto da doença, quanto do serviço (Terra, Bertolozzi, 2008; Ruffino - Netto, 2002; Vendramini *et al.*, 2002; Natal, 1997).

Um dos desafios para os programas de controle da tuberculose e para os profissionais de saúde tem sido buscar a adesão dos pacientes aos esquemas preconizados existindo atualmente uma discussão mais ampliada desta questão, principalmente associada a doenças crônicas. O não uso dos medicamentos tal como o recomendado pode ter diversas consequências, tanto para o sujeito portador, como para a população, transformando o melhor tratamento disponível em ineficaz. A não-adesão afeta também o sistema de saúde, na medida em que são aumentados o número de hospitalizações, os gastos financeiros e o tempo de tratamento (Valle *et al.*, 2000).

É fato que a proporção de adesão em qualquer doença crônica dificilmente chega a 100%. Vários estudos demonstram que algum grau de não-adesão costuma ocorrer nos tratamentos e existe a constatação de que a não-adesão (em algum grau) é uma questão universal, os pacientes têm “momentos de não-adesão”, e ocorre tanto nos países ricos como nos países pobres (Nemes, 2000). No caso da tuberculose, contudo, a adesão ao tratamento, é um fator determinante para o controle da doença, uma vez que contribui para a diminuição dos indicadores de incidência, mortalidade e de resistência aos fármacos (Sanchez, 2007).

Vários são os fatores que contribuem para a não-adesão ao tratamento da TB, ainda que esses fatores encontrem-se distribuídos em categorias distintas, muitos deles se interpõem e são multidimensionais, além das causas conhecidas e visíveis, como a quantidade dos medicamentos, a duração do tratamento, a presença de efeitos colaterais, e as questões relacionadas ao serviço, no que se refere ao seu modelo de organização e oferta de serviços, existem questões mais complexas, de caráter subjetivo, que estão ligadas ao contexto sociocultural do paciente: os conceitos, as crenças e as concepções de vida construídas pela

sociedade a qual o indivíduo pertence. Deste modo, a adesão é um fenômeno complexo que está condicionado a múltiplas causas, é um comportamento humano, modulado por componentes subjetivos que devem ser abordados e investigados (Libertad, 2004).

A literatura aponta que vários estudos vêm sendo conduzidos para avaliar a adesão de pacientes em tratamento para TB, bem como, para verificar os fatores associados ao abandono do tratamento. Mishra (2006), no Nepal e Driver *et al.* (2005), em New York; concluíram que a falta de informação sobre a doença e o tratamento, foi determinante para a não-adesão ao tratamento. Soza Pineda, Pereira *et al.* (2005) procurando Identificar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose nos centros de saúde nos departamentos de Matagalpa e Manágua, na Nicarágua, verificaram que os fatores de risco para a não conclusão do tratamento estavam associados aos pacientes do sexo masculino, os sem teto, mudar de residência durante o período do tratamento, o consumo de bebidas alcoólicas, de drogas ilícitas e ter dificuldade no acesso aos serviços de saúde. E concluíram que é necessário o serviço de saúde buscar parceria com grupos da comunidade para apoiar as atividades do setor. Alvarez-Gordillo, Alvarez-Gordillo *et al.* (2000) em estudo realizado no México, concluíram que a assistência inadequada fornecida pelos serviços de saúde, incluindo a insatisfação na relação médico-paciente, resultou no atraso de diagnóstico e de não-adesão à terapia.

No Brasil, Ferreira *et al.*, 2005, em Cuiabá – MT encontraram uma incidência de abandono de 27,3%, o equivalente a 5,1 abandonos por 100 pessoas/mês, e concluíram que os preditores para o abandono foram os indivíduos do sexo masculino, o tratamento não supervisionado e o abandono prévio, com frequência maior entre o segundo e o terceiro mês de tratamento. Paixão e Gontijo (2007), em estudo realizado em Belo Horizonte – MG constataram que, os usuários de drogas apresentavam maior risco para o abandono. Albuquerque *et al.*, 2001, em estudo realizado em Recife – PE verificaram que os fatores prognósticos para insucesso do tratamento da tuberculose pulmonar entre os indivíduos estudados estão inter-relacionados, sendo de natureza biológica, clínica e social; a ingestão excessiva de álcool, pacientes com tratamento anterior e resistência a duas ou mais drogas tuberculostáticas foram os fatores de risco para o não cumprimento do tratamento. Oliveira e Moreira Filho (2000a) em estudo realizado em Campinas – SP, no período

de 1993 a 1994, verificaram que a falta de sensibilização no atendimento aos doentes e principalmente não levando em conta as necessidades dos indivíduos, corroboraram para o abandono ao tratamento.

Perini (1998) estudou o abandono do tratamento da tuberculose em Belo Horizonte, tendo como base as representações sociais sobre a doença. A não-adesão ao tratamento foi relacionada à desinformação. O medo e a vergonha mostraram-se como agravantes das dificuldades de retorno ao serviço, revelando problemas na relação médico/paciente e barreiras culturais para percepção dos direitos do usuário e deveres do sistema. O uso do álcool foi apontado também como fator importante para a não adesão ao tratamento.

No Distrito Federal (DF), existe uma lacuna a ser preenchida em relação a estudos sobre adesão ao tratamento em TB.

A estratégia DOTS tem demonstrado consideráveis progressos no controle global da TB, no Brasil foi implantada a partir de 1998, nos municípios prioritários, com a inclusão do tratamento supervisionado (TS), que consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação, como garantia de melhorar os indicadores de processo das ações de controle da TB, os percentuais de cura e abandono. Sua expansão vem-se consolidando em consonância com a política de descentralização e municipalização para a organização da atenção básica, contudo observa-se que os problemas inerentes ao sistema público de saúde representam uma dificuldade operacional em acompanhar os pacientes que realizam o tratamento, variando de região, de Estado, de cidades e mesmo entre uma ou outra área de abrangência (Lima, 2005). Entre as dificuldades identificadas, reconhece-se que é preciso fortalecer o processo de trabalho na atenção básica, uma vez que as ações de controle da tuberculose devem ser amplamente difundidas nesse nível de atenção; as ações de controle em saúde coletiva devem enfatizar o atendimento universal, humanizado e integrado. Desse modo, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) além da adoção da estratégia DOTS reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do SUS, visando à integração do controle da TB com a atenção básica, envolvendo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao

tratamento (Brasil, 2004 a). Indicando que tal parceria possa contribuir para a expansão das ações de controle da tuberculose, uma vez que essas estratégias têm a família e o domicílio como instrumentos de trabalho (Muniz, 2004).

Este trabalho teve como objetivo descrever os fatores associados à não adesão ao tratamento da tuberculose sua frequência e distribuição, bem como, identificar as representações sociais a cerca da TB, com a finalidade de conhecer as suas repercussões no modo de compreensão da doença e do tratamento entre os pacientes usuários do SUS, inscritos no PCT, que estão em tratamento nas unidades de saúde de Regiões Administrativas do DF e em alguns municípios pertencentes à Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE – DF).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A TUBERCULOSE, SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICAS DE CONTROLE NO BRASIL.

A tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças infecciosas com um impacto significativo na evolução da história da humanidade (Knigge *et al.*, 2000). É uma doença que tem desafiado as autoridades sanitárias em todo o mundo.

Sua propagação mundial é produto do final da Idade Média, tendo como pano de fundo o lento processo de estabilização da dinâmica populacional e do crescimento demográfico e urbano. Com o aumento das viagens dos povos europeus e tendo suas condições sociais de transmissão e desenvolvimento reforçadas pelo processo de colonização, a tuberculose atingiu seu auge na Europa Ocidental e nos Estados Unidos nos séculos XVIII e XIX, tornando-se a principal causa de morte. A partir dos séculos XIX e XX ela atinge mais intensamente a Europa Ocidental, a Ásia, a África e a América do Sul (Mckeown; Lowe, 1986; Daniel *et al.*, 1994).

Tanto a enfermidade sob a óptica médica quanto os significados que o tuberculoso atualiza em seu corpo são modificados no decorrer da história. Desta forma, a figura do doente tuberculoso adquire significados diferentes segundo o arranjo médico, político e social (Ribeiro, 2008). A partir dos últimos anos do século XVIII, associou-se à tuberculose pelo menos duas representações. A primeira, a definia como uma "doença romântica", idealizada nas obras literárias e artísticas e identificada como uma doença característica de poetas, artistas e intelectuais. A imagem da tuberculose como mal romântico, celebrava os tísicos pela sua sensibilidade, fragilidade e paixão, tratando-os como pessoas especiais, refinadas, doentes da alma que viviam uma vida à parte no luxo dos sanatórios. E nesse contexto a sensibilidade romântica ao reverenciar a tuberculose como um sintoma de atitude nobre e excelência artística ignorava o padecimento dos doentes tuberculosos pobres que se concentravam nas áreas miseráveis das cidades (Nascimento, 2005; Ribeiro, 2008).

Na segunda metade do século XIX, vê-se surgir uma segunda forma de conceber a experiência do adoecimento pela tuberculose. Esta nova figura do tuberculoso emerge em meio à sociedade fazendo com que seja possível se estabelecer um corte com a visão vigente até então, a perspectiva romântica deixou de ser hegemônica, o corpo tuberculoso passa a ser concebido de uma forma diversa a anterior. Qualificava-se como "mal social" e firmou-se, claramente, no decorrer do século XX, a doença tornou-se, de maneira indiscutível, um problema de caráter social, de ocorrência e propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho, ocasionada pela nova organização social trazida pela industrialização, dando lugar à compreensão da doença como flagelo social típico das classes trabalhadoras. (Nascimento, 2005; Ribeiro, 2008).

No Brasil, foi introduzida pelos portugueses e missionários jesuítas, desde os primórdios, existe uma representação dualista da doença, a tuberculose do colonizador e a tuberculose do colonizado (Campos, 1989; Barreira, 1992). No início do século XIX, praticamente um terço dos óbitos no Brasil era devido à tuberculose, que acometia principalmente os negros (Ruffino – Netto, 1999).

A assistência ao doente com TB nesse período era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, ficando o mesmo em enfermarias gerais, ou seja, junto com doentes que tinham outras patologias. A doença foi responsável por crescente número de óbitos, principalmente na cidade do Rio de Janeiro. Em 1835, foi calculado que a quinta parte dos enfermos hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia era portador de TB (Ribeiro, 1956).

Ao longo do tempo, a medicina tentou estabelecer teorias que pudessem explicar o conjunto de sinais e sintomas apresentados por ela, dentre os quais se destacava o definhamento do corpo, donde sua denominação de "tísica." Antes a descoberta do bacilo de Koch, considerava-se a tuberculose como uma doença de origem hereditária. Em geral, quando uma pessoa adoecia, vários membros da família também adoeciam. Não se percebia, naquela época, que o confinamento familiar era o que favorecia a propagação da doença no grupo (Nascimento, 2005).

A identificação do bacilo de Koch, *Mycobacterium tuberculosis*, em 1882, como o agente etiológico da tuberculose foi um marco fundamental para o conhecimento da doença. Significou também uma importante contribuição para o fortalecimento da teoria da transmissibilidade das doenças, que vinha se

desenvolvendo com as pesquisas de Pasteur e outros cientistas, além de reforçar a concepção biologizante das doenças. Essa descoberta impulsionou novas tentativas em direção ao controle e tratamento específico da tuberculose, não apresentando, porém, neste contexto, avanços terapêuticos significativos (Fernandes *et al.*, 1993).

A tuberculose, como doença contagiosa, perdeu sua significação mítica, e a descoberta de Robert Koch passou a orientar as ações higienistas baseadas numa relação intrínseca entre a doença, natureza e sociedade. A definição de um bacilo como agente responsável pela abrangência da moléstia pulmonar coagiu a Higiene Pública a analisar a consunção como moléstia que poderia ser controlada por intermédio do bloqueio das fontes produtoras de material contaminante. Com isto, ganharam maior consistência as regras sanitárias que cobravam a desinfecção dos objetos pessoais e do catarro dos enfermos, desdobrando-se na ostensiva vigilância dos fímatosos (Bertolli Filho, 2001 p. 39).

Durante todo o século XIX e início do XX, período que antecedeu a descoberta dos medicamentos antituberculosos, a peste branca, foi talvez um dos flagelos que mais tenha trazido sofrimento e perda de identidade, caracterizada pelo isolamento, e a percepção de que representava uma sentença de morte para quem a contraía. A falta de terapêutica para combatê-la, além das estratégias geradas pela medicina para evitar o contágio, gerou no imaginário coletivo, representações que nenhuma outra enfermidade possuiu. O pânico ao redor do paciente e o conseqüente abandono por parte dos familiares e amigos eram conseqüências do terror que gerava a enfermidade e suas metáforas (Carbonetti, 1999; Rosemberg, 1999).

No Brasil, a percepção da tuberculose como doença social firmou-se no século XX. Nas duas primeiras décadas, as instituições filantrópicas tiveram papel relevante na difusão e aplicação das idéias preconizadas para o combate à tuberculose. Destacou-se, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira contra a Tuberculose, fundada em 1900, como resultado da mobilização de segmentos sociais convencidos de que não podiam se omitir no combate à doença que causava tão alta mortalidade, principalmente na capital federal. Com esse movimento, iniciam-se as “respostas brasileiras” contra a tuberculose. Em 1902, é inaugurado o dispensário de TB, que desenvolvia atividades de diagnóstico e tratamentos ambulatoriais e

distribuição de medicamentos, escarradeiras de bolsos, roupas e alimentos (Barreira, 1992).

A Liga, até 1907, criou dois dispensários e desenvolveu um intensivo trabalho de propaganda sobre o problema da tuberculose e os meios para minimizá-lo. Nesse sentido, em 1913, passou a publicar sistematicamente uma revista, e em 1921, iniciou a publicação do Almanaque e no ano de 1927 criou o Preventório Rainha Dona Amélia, destinado aos filhos de tuberculosos. Em vários estados brasileiros criaram-se também Ligas contra a tuberculose que foram, durante esse período, as únicas instituições que programaram uma política de combate à doença, em Campos do Jordão foi criada por Raphael de Paula Souza a Associação dos Sanatórios Populares, os “Sanatorinhos”, e mais tarde, o mesmo Raphael de Paula Souza, idealiza a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (Barreira, 1992). Porém, a formulação e implementação das políticas de controle foram assumidas principalmente pelo estado, a partir de 1920 quando o governo criou a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

Até meados do século XX o combate à tuberculose estava centrado em dois estabelecimentos: o dispensário e o sanatório, enquanto o primeiro se dedicava à procura de focos de contágio, à difusão de noções de higiene e à prestação de assistência médica e social aos doentes inscritos, o segundo estava voltado ao isolamento nosocomial e tratamento continuado. Através desse binômio, pretendia-se dificultar a disseminação da enfermidade. As tentativas de controle frente à tuberculose consistiam em medidas de reforço à resistência do paciente submetendo-o, a tratamentos higieno – dietéticos especiais e repouso total em estações de cura com clima de montanha ou ares marítimos, as instituições sanatoriais, que escamoteavam esta condição sob o rótulo de estâncias climáticas e suscitava a esperança de muitos tuberculosos. Nos sanatórios, os dramas dos doentes, os internamentos por longos anos despersonalizavam essas criaturas, criando-se o denominado “*Hominis Sanatorialis*” (Bertolli Filho, 2000; Who, 1999; Rosemberg, 1999; Kritski *et al.*, 2000).

Segundo Guilbert (1992) apud Vianna e Elias (2007), os sanatórios aparelhamentos fundamentais da política antituberculose, requalificaram o espaço terapêutico, diferenciando-se dos hospitais de isolamento. Alpendres e amplas janelas opunham essas "organizações de cura" às claustrofóbicas cidades, sendo

sua segurança e efetividade legitimadas pelo discurso médico e pelo poder público. Na marcha dos sanatórios para o interior, o afastamento dos operários doentes evitava o contágio e reduzia o custo direto para a sociedade, processo sustentado pelo discurso modernizador da higiene.

A Reforma Carlos Chagas, em 1920, que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), inaugurou uma fase de maior intervenção do Estado no combate à tuberculose, criando a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, que priorizou a descoberta e o tratamento adequado aos doentes. A seguir em 1926, DNSP criou o modelo centralizado de ações profiláticas, hospitalares, dispensariais e laboratoriais coordenadas pelo setor público (Campos, 1996).

A partir de 1930, ampliou-se a intervenção estatal no Combate à tuberculose, convivendo com iniciativas, em menor escala, de instituições filantrópicas. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, naquele ano, e as reestruturações ocorridas ao longo da década ampliaram a intervenção estatal no combate à tuberculose, permanecendo, no entanto, a convivência com as iniciativas filantrópicas. No contexto da década de 30, consolidaram-se a incorporação institucional de novas tecnologias, como a vacina BCG, a baciloscopia, a abreugrafia, o pneumotórax e outras cirurgias torácicas. Nesse período, ocorreu também o início da especialização acadêmica em tisiologia, em que se destacou o curso organizado por Clementino Fraga na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Tiveram papel fundamental na difusão e produção de conhecimentos acerca da tuberculose o Instituto Brasileiro para a Investigação da Tuberculose, criado em 1927, na Bahia, e, no que diz respeito à produção da vacina BCG, a Fundação Ataulpho de Paiva, originariamente Liga Brasileira Contra a Tuberculose (Fernandes *et al.*, 1993).

Os avanços científicos que marcaram esse período vieram questionar conceitos até então aceitos, como o "fator clima" na cura da tuberculose, e a hereditariedade na etiologia da doença. Este momento caracterizou-se pela intensa discussão entre os tisiólogos, na medida em que esses avanços promoviam mudanças significativas no entendimento e nas representações sobre a doença.

Em 1934, com o surgimento dos Centros de Saúde, o controle sobre a doença teve mais rigor. Os hospitais, sanatórios e dispensários estavam superlotados, e o doente não poderia ficar sem os cuidados médicos criou-se então

a política da visita domiciliar, as enfermeiras, iam ao domicílio do doente verificar a estrutura socioeconômica e familiar. A TB passou a ser considerada novamente um problema de saúde pública, fazendo com que o tratamento e a profilaxia incluíssem a participação social e familiar. A ordem era tratar não só o doente isoladamente, mas também fazer com que a família se responsabilizasse pelo tratamento, junto ao doente (Gonçalves, 2000).

A atuação do Estado foi intensificada na década de 1940, com a criação do Serviço Nacional de Tuberculose, em 1941, e da Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNCT), em 1946. Esta última desempenhou, desde sua criação, um papel singular, dado, principalmente, pela particularidade de sua constituição administrativa e financeira, que lhe permitia uma maior flexibilidade, a ampliação da estrutura de serviços trazia a idéia da interiorização e uniformização do atendimento, a normatização das ações de saúde e a formação de recursos humanos abarcando pessoal de nível médio e superior (Ribeiro, 1956).

A Campanha tinha como objetivo, coordenar todas as atividades de controle da doença, uniformizar a orientação nacional, sugerir a descentralização dos serviços e efetuar cadastramento torácico da população (Ruffino – Netto, 2002).

Na década de 40 do século XX, com o descobrimento das primeiras drogas tuberculostáticas, inaugurou-se em nível mundial, uma nova era na história da tuberculose, a era dos quimioterápicos (Malherbi, 2001). O tratamento específico da tuberculose iniciou-se com a descoberta da estreptomicina (S), em 1944, pelo médico russo naturalizado americano Selman Waksman. Esse advento trouxe a esperança de cura para a maioria dos doentes e o primeiro dos muitos confrontos entre a ciência e os mitos criados em torno da tuberculose comprovava-se que, o tratamento da doença, deveria ser feito com o antibiótico e não apenas com alimentação e repouso exagerados. Em seguida foi implementada a associação com o ácido para-amino-salicílico (PAS) a partir de 1949; (Picon *et al.*, 1993; Brasil, 1994; Perini, 1998).

Somente na década de 50, com a introdução da isoniazida (H) no arsenal terapêutico, a luta contra a tuberculose, passou a contar com armas poderosas, para modificar radicalmente, o perfil epidemiológico da doença, o que na prática não sucedeu na maioria dos países do terceiro mundo (Picon *et al.*, 1993).

A quimioterapia produziu, inicialmente, grandes modificações: uma diminuição da “escala” da doença, e a conseqüente alteração de sua posição como causa de óbitos; a transformação da tuberculose, de doença incurável e trágica, à doença curável (Amorim, 1997). Com a comprovação da eficácia desses quimioterápicos na cura da tuberculose, alcançada ao longo das décadas de 1950 e 1960, o tratamento passou a ser primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária, em sua maioria, a internação do paciente. Como conseqüência, nas décadas seguintes foram, paulatinamente, sendo desativados os sanatórios e a grande maioria dos hospitais destinados à tuberculose, que passaram a atender a outras áreas da medicina ou mesmo alteraram seu setor de atuação (Fernandes *et al.*, 1993). A partir da quimioterapia, operam-se mudanças na forma de lidar com a doença e o doente: as posições se inverteram. A medicina descobriu a cura e o indivíduo que assumisse seu grau de participação.

A partir da década de 60, começa efetivamente a utilização de esquemas terapêuticos padronizados. Em 1964, utilizava-se o esquema padrão de 18 meses de duração (S+ H+PAS). Em 1965, o esquema terapêutico é reduzido para 12 meses (Ruffino – Netto, 2002).

Na década de 70, o Estado intensificou ações no controle da doença até alcançar sua completa monopolização na década seguinte. Foi criada, a Divisão Nacional de Tuberculose, em substituição ao Serviço Nacional de Tuberculose. Em 1971, cria-se a Central de Medicamentos (CEME) com o objetivo de fornecer tuberculostáticos para todos os doentes com TB do país. Em 1973, implanta-se a vacinação com BCG intradérmica, sendo indispensável para menores de um ano de idade a partir de 1976 (Ruffino – Netto, 2002).

Essa década teve como marco fundamental para a tuberculose, o início da implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, contido no I Plano Nacional de Desenvolvimento lançado no governo Médici (Brasil, 1993).

Em 1975 inaugura-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que inclui o Programa de Controle da Tuberculose financiado pelo MS/INAMPS/SES, tendo como objetivo integrar os diferentes níveis de governo para reduzir a morbidade, mortalidade e problemas socioeconômicos decorrentes da TB (Ruffino – Netto, 2002).

A consolidação do uso dos antibióticos como terapêutica eficaz para o tratamento da tuberculose, ao lado das medidas profiláticas e da simplificação do diagnóstico, mudou o perfil epidemiológico da doença com uma queda acentuada no índice de mortalidade. Essa alteração contribuiu para o estabelecimento de uma nova relação entre as pneumopatias, dando corpo à pneumologia. Nesse sentido, em 1976, a Divisão Nacional de Tuberculose transformou-se em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS), passando a se ocupar não só da tuberculose como de outras pneumopatias consideradas de interesse da Saúde Pública (Fernandes *et al.*, 1993).

No Brasil, o esquema terapêutico de curta duração foi introduzido em 1979, a redução do tempo de tratamento viabilizou mudanças substantivas na organização e uniformização dos programas nacionais de controle em praticamente todo o mundo. Essa evolução, junto à tendência de redução da mortalidade, alimentou a expectativa de erradicação da doença (Perini, 1998). Com o novo esquema, os doentes passaram a realizar o tratamento auto-administrado recebendo os medicamentos nas unidades de saúde para o seu consumo mensal, tornando-se responsáveis por sua ingestão medicamentosa. Apesar de oferecer vantagens aos serviços de saúde, o tratamento auto-administrado trouxe alguns prejuízos ao paciente, essa intervenção transferiu para o paciente a responsabilidade do seu tratamento, afastando-o dos serviços, reduzindo seu contato com a equipe de saúde. Ao longo da década de 80, medidas como a “visitação domiciliar”, apesar de preconizadas, deixaram ser prioridades para os serviços (Muniz, 1999).

O esquema de tratamento de curta duração reduz o tratamento para seis meses e utiliza a Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida (R+H+Z), promovendo uma redução da incidência da TB pulmonar no período de 1981 a 1989 de 4,1% ao ano, taxa esta que poderia ser reduzida caso mantivesse a mesma tendência, no período de 15 anos. Entretanto, no final da década de 80 e início da década de 90, observa-se “uma tendência à diminuição na velocidade da queda, ou mesmo um aumento nos casos de TB em vários países” (Watanabe; Rufinno – Netto, 1995).

Em 1986, foi criado o Centro de Referência Professor Hélio Fraga, (CRPHF), em Curicica RJ, órgão de assessoramento, pesquisa e treinamento na área da Pneumologia Sanitária, com a finalidade de dar suporte técnico-científico à DNPS e à CNCT. Com a extinção da Campanha e a transformação da DNPS em

Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, subordinada à Fundação Nacional de Saúde, em 1990, o Centro de Referência passou a assumir parte das atribuições da CNCT. Entre elas, a responsabilidade pelos cursos de especialização e a incorporação dos funcionários que anteriormente estavam lotados na Campanha (Fernandes *et al.*, 1993).

Em 1990 iniciou-se o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse mesmo ano, em função de ações de controle dos gastos públicos e da descentralização da administração para os estados e municípios, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) foi alvo de intensa desestruturação, tendo sido extinta a CNCT. Tal fato levou ao enfraquecimento do processo de supervisão do Programa, o qual era realizado de forma contínua, o que determinou repercussões importantes, quase conduzindo a falência do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) (Ruffino – Netto; Souza, 1999).

Nesta mesma década, por solicitação do Ministério da Saúde, o PNCT foi submetido à avaliação por peritos nacionais e internacionais e a situação epidemiológica encontrada apontava elevadas proporções de abandono e baixos percentuais de cura, exigindo prioridade na adoção das práticas existentes, bem como aprimorar a capacidade de atuação do programa. Em 1994 a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), responsável em nível nacional pelo controle da tuberculose definiu as diretrizes para a elaboração do Plano de Ação Emergencial para os Municípios Prioritários implementado em 1996. O Plano tinha como meta o “controle da TB nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional, e no qual o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados proporcionando considerável impacto na redução da doença” (Brasil, 1997a).

Mediante a análise de determinados indicadores foram selecionados 230 municípios prioritários. Entre os critérios de inclusão, estabeleceu-se que o município deveria ter população acima de 50.000 habitantes, coeficiente de incidência acima da média brasileira (58,4 / 100.000 habitantes em 1995), óbitos por TB acima de 5,0% dos casos novos no ano, taxa de cura abaixo de 85,0%, abandono acima de 10,0%, índice de sem informação (do resultado de tratamento) acima de 5,0% e elevada incidência de casos de AIDS (Brasil, 1997a).

Nesses 230 municípios prioritários, concentravam-se 75,0% dos casos de TB estimados para o Brasil (Ruffino – Netto, 2002). A partir de 1997, estes municípios receberam repasses financeiros através de um convenio com a Fundação Nacional de Saúde que estipulava as obrigações/ restrições na aplicação dos recursos (Brasil, 1997a).

Nesse mesmo período, quando sua incidência volta a ser preocupante, seja pelo recrudescimento da miséria em um enorme contingente da população, seja pelo aumento da resistência bacilar, deparamo-nos com a sua emergência decorrente da epidemia de AIDS, que se constitui em mais um fator de influência na incidência da tuberculose. (Nascimento, 2005).

Em março de 1998, a imprensa internacional chama a atenção para a calamidade da situação epidemiológica da TB no mundo e o Brasil ocupa o 10º lugar entre os 22 países que albergam 80% dos casos de TB. O Conselho Nacional de Saúde, em seis de agosto de 1998, estabelece a resolução número 284, considera a situação da doença no país, e conclui que o Plano Emergencial ainda em implementação requeria ajustes e ampliação, e que a situação poderia e deveria ser corrigida com recursos disponíveis; resolve, por fim, que a tuberculose era problema prioritário de saúde pública no Brasil (tanto por sua magnitude como pela possibilidade e vantagens do seu controle) e sugere estabelecer estratégias para um novo plano. Neste mesmo ano, a CNPS volta ao controle do Ministério da Saúde (MS), vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) (Ruffino – Netto, 2002).

Em 1999 foi lançado o novo Plano Nacional de Controle da TB, com o objetivo de ordenar as ações de combate à doença. O PNCT tinha as seguintes metas: implementar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para 100% dos municípios; diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratar, com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados, em três anos (até 2001); e, reduzir a incidência a, no mínimo, 50% e a mortalidade em dois terços, em nove anos (até 2007) (Brasil, 1999).

De acordo com Ruffino – Netto (2002), o Plano reconhece que a condição essencial é a articulação e a complementaridade de ações dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e Municípios); bem como envolver obrigatoriamente a participação social e organizações não governamentais. De acordo com o novo plano, todos os municípios passam a receber um bônus de R\$ 150,00 e de R\$

100,00 para cada caso diagnosticado com tuberculose, tratado e curado, respectivamente, se foi utilizado ou não o tratamento supervisionado (TS). Diferente do plano emergencial que beneficiava apenas os municípios prioritários.

Além disso, a detecção e o diagnóstico deverão ser feitos fundamentalmente através da baciloscopia em todos os sintomáticos respiratórios (SR) e contatos. Os tuberculostáticos deverão estar disponíveis incluindo um estoque estratégico, o TS deverá ser priorizado, bem como, a vigilância da resistência às drogas. Além do estabelecimento de um sistema de informações de acordo com recomendações da OMS.

Em 2000, o PNCT e outras áreas programáticas (Hanseníase, Diabetes, Hipertensão, entre outras) foram incorporados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), criado pelo Ministério da Saúde com a função de normatizar a organização e gestão da prática da atenção básica. Com o objetivo fortalecer a relação entre a estratégia do PSF e as áreas programáticas, adicionando instrumentos para a organização da atenção. Este processo impôs reorganização das ações de controle da TB nos níveis locais, até então, gerenciados e organizados pelas esferas nacional e estadual (Souza, 2000).

Assim, redefine-se a estrutura do PCT, atribuindo-se competências a cada nível de governo. No nível federal, através do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, coube a formulação da Política Nacional, elaboração de normas, avaliação de ações e apoio aos estados e municípios com recursos estratégicos. No nível estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, coube o papel de apoiar os municípios nas suas atividades de planejamento, avaliar suas ações, garantir a execução das normas federais e oferecer recursos mais complexos que complementassem as ações municipais. Aos municípios, atribuiu-se o planejamento e a execução de maior parte das ações, a avaliação dessas ações pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), capacitação de recursos humanos, entre outras atividades, executadas por meio das Secretarias Municipais de Saúde, com seus respectivos setores técnico-administrativos (Brasil, 2006a).

Dessa forma é elaborado um novo PCT para o período de 2001 – 2005 que balizam as seguintes estratégias:

1. Implantar/ Implementar o bônus para todos os municípios que tenham Unidade Básica de Saúde desenvolvendo ações de controle da tuberculose;
2. Identificar áreas prioritárias em municípios com mais de um milhão de habitantes;
3. Capacitar equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, ampliando a cobertura para 70,0% da população brasileira;
4. Treinar para gerenciamento e supervisão, principalmente em serviço, através de visitas de supervisão, durante o período de implantação;
5. Priorizar o tratamento supervisionado;
6. Manter a educação permanente das equipes de Saúde da Família;
7. Expandir a implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde para a universalização das ações de controle da tuberculose;
8. Estimular a adesão municipal ao PCT;
9. Utilizar o tratamento supervisionado ou tratamento diretamente observado (DOTS-TOD).

Dessa maneira o Ministério da Saúde, além da adoção do tratamento supervisionado, reconhece a importância de horizontalizar o combate estendendo para todos os serviços de saúde do SUS, visando à integração da TB com a atenção básica, incluindo o PSF e PACS para garantir assim a efetiva ampliação para o diagnóstico e tratamento (Brasil, 2004a). A expectativa era a expansão das ações, com base no estabelecimento do vínculo desses trabalhadores com o doente e sua família, fortalecendo a participação na comunidade, o que poderia colaborar na adesão ao tratamento, e na busca dos sintomáticos respiratórios (Brasil, 2000a).

A humanização das práticas de saúde junto à família e seu espaço social passa a ser o referencial desta nova estratégia de enfrentamento que utiliza as equipes dos programas PSF e PACS que certamente trarão o alcance dos objetivos

propostos (Vendramini, 2001). E dessa maneira, o controle da TB deve se desenvolver predominantemente no âmbito da atenção básica, incentivando-se a descentralização.

No ano de 2004, o PNCT foi reorganizado, estabelecendo as novas metas para o período de 2004 a 2007 e incluindo a expansão da DOTS aos trezentos e quinze municípios prioritários, responsáveis por 70% dos casos de tuberculose (Who, 2005).

Na atualidade, os principais elementos das políticas públicas para o controle da tuberculose no Brasil e no mundo são: diagnóstico e tratamento precoce, vacinação com BCG em menores de um ano de vida, focalizar o problema nas populações mais vulneráveis, nos municípios com alta endemicidade. Para tal, as principais diretrizes são: tratamento ambulatorial disponível, em unidades de saúde de baixa complexidade, incluindo-se a participação de equipes de saúde da família; atendimento hospitalar, além do acesso aos recursos mais específicos para os casos de multirresistência (Brasil, 2002 a).

Além disto, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais e internacionais de combate à TB. Por intermédio destas colaborações e parcerias, o PNCT visa o sinergismo e multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB (Brasil, 2004 a).

2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA

A elaboração da representação social é claramente assinalada pela linguagem, pois ao categorizar e nomear o mundo se organiza, os objetos se materializam. Os grupos sociais constroem noções de saúde e doença, formam categorias de sintomas e nomeiam-na, baseados em princípios próprios de suas compreensões que orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Formam um corpo de conhecimento composto por significados provenientes da realidade social dos sujeitos e que se expressam em códigos ou conceitos que aglutinam o entendimento social sobre aquela situação, contendo atribuição de

causas, noções de práticas terapêuticas e sinais de identificação próprios da sua cultura (Oliveira e Roazzi, 2007).

A história das representações sociais da doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos, as coisas e os demais indivíduos que os cercam (Sevalho, 1993). Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde os mais remotos tempos, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os valores e as crenças dos povos.

Sontag (2007, p.53) descreve que, qualquer doença importante cuja origem seja tenebrosa, e cujo tratamento seja ineficaz, tende a ser saturada de significação; primeiro os objetos de pavor profundo (decomposição, decadência, contaminação, fraqueza), identificam-se com a doença. A doença em si torna-se uma metáfora. Em seguida, em nome da doença (ou seja, usando-a como metáfora), esse horror é imposto às outras coisas. A doença torna-se adjetiva. Diz-se algo que parece a doença, indicando que é feio ou repugnante.

De acordo com Herlich e Pierret (1984), as representações que rodeiam as doenças não são fixas, são configurações que se constituem e modificam segundo os momentos históricos e sociais e, junto com elas, modificam também o tipo de doente. Assim, as representações sobre a doença são produzidas e reelaboradas constantemente. Os significados a respeito da doença são construídos na convivência rotineira, nos ambientes das instituições de saúde e as representações são determinadas pelas condições sociais de inserção dos sujeitos (Borges, 1995).

Conforme assinalam Alves e Rabelo (1999, p.171), a experiência da enfermidade é entendida como a: “Forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação.”

E acrescentam que: “As respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores.”

Em seu percurso histórico, a tuberculose influenciou pensamentos emblemáticos sobre aqueles a quem vitimou. Produziu um sem-números de metáforas, sacras e profanas, e dessa maneira, essas concepções, estabeleceram o eixo da representação idealizada da tuberculose.

De acordo com Sontag (2007, p.19) metáforizações ou silêncio em torno da tuberculose justificam-se não só pelo pavor da morte por ela projetada, mas, muito especialmente, por se tratar de algo tido como obsceno, isto é, "*de mau presságio, abominável, repugnante aos sentidos*". A tuberculose é desintegração, enfecimento, desmaterialização; é uma enfermidade de líquidos - o corpo se transforma em fleuma, muco e escarro e por fim em sangue, a pessoa é "consumida", exaurida.

Segundo contribuição de Porto (2007), desde os tempos mais antigos que os indivíduos com tuberculose encaravam a rejeição e a discriminação social. A morte física prometida pela doença tinha como etapa anterior o afastamento do seu meio social, que nas confidências pessoais era declarado como muito mais sombrios e doloridos que os padecimentos físicos produzidos pela infecção. O estigma e o preconceito associado à tuberculose levavam os portadores, a ocultarem da sociedade a sua doença, com medo de serem marginalizados e segregados socialmente. Ainda segundo a autora, os tuberculosos experimentavam não apenas a sensação de apartamento da vida social, mas, talvez muito mais tragicamente, a de cisão entre seus corpos e seus espíritos.

Ser tuberculoso era uma pecha. Quando aparecia um caso de tuberculose na família era escondido, então, 'Fulano tem uma mancha no pulmão, uma coisa qualquer... Ninguém falava em tuberculose, não se mencionava. Quando um indivíduo era noivo e descobria que a noiva ficara tuberculosa, ele desmanchava o casamento (Porto e Nascimento, 2005, p.131).

E assim, ancorada em pressupostos culturais, a tuberculose é uma doença repleta de significados, que ao longo da história constituiu no imaginário social representações variadas, tais como: a hereditariedade, o romantismo, a paixão, o mal social e a responsabilidade exclusiva do indivíduo. Sontag (2007, p.39) reforça que, a especulação, fazia da doença desde um instrumento da ira divina a julgamentos morais e psicológicos, a respeito do doente. O julgamento a respeito das doenças no mundo antigo era imposto ou a uma comunidade ou a um indivíduo específico.

De acordo Takahashi e Shima (2004, p. 132):

O imaginário coletivo sobre a tuberculose e o tuberculoso é recheado de imagens que foram sucessivamente construídas, em cada momento histórico da humanidade e modificadas por influência das transformações sociais ocorridas.

Conforme a contribuição de Antunes e colaboradores (2000), a tuberculose, se analisada quanto ao seu comportamento na comunidade, é hoje, uma doença diferente daquela conhecida há mais de cinquenta anos. Seu diagnóstico ganhou recursos tecnológicos; seu tratamento passou a implicar prescrições diferentes; modificou o perfil da população afetada. O risco de contágio também se alterou, a possibilidade de cura tornou-se efetiva, mas, por outro lado às metáforas associadas à doença também se renovaram, bem como as formas sociais de representação da doença.

Entendendo que existe uma relação direta entre as representações sociais e as práticas nos serviços, consideramos que o conhecimento das representações sociais a cerca da doença, contribui para uma assistência diferente, uma maneira de atuar em que sejam respeitadas as crenças e os valores do sujeito portador. E que este seja visto com um sujeito social que tem sua visão de mundo.

2.3 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE

2.3.1 Situação Mundial

A Tuberculose mantém-se como importante problema de saúde pública, é a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos (Brasil, 2004 a). De acordo com Enarson *et al.* (1995), pode-se afirmar que:

É uma estranha doença: é infecciosa, mas é crônica, é causada por um bacilo, mas também pela pobreza, reflete o que está ocorrendo no presente e o que ocorreu décadas atrás, é exógena, mas ainda endógena. Seria prudente dizer que a tuberculose é tão complexa que encerra inúmeros

condicionantes e não um só. Seu quadro muda diante de diferentes situações.

A partir de 1980 diversos fatores como a epidemia do HIV/AIDS, problemas sócio-econômicos mundiais, o aparecimento de cepas multi-resistentes, os grandes movimentos migratórios e as deficiências nos programas de controle e sistemas de saúde contribuíram para um aumento expressivo do número de casos de tuberculose nos países em desenvolvimento e o reaparecimento da doença nos países industrializados da Europa e América do Norte (Raviglione *et al.*, 2003).

Apesar de ser curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos, a morbidade e mortalidade que tem acontecido desde os anos 80 e o seu ressurgimento em escala mundial têm preocupado as autoridades da saúde em todo o mundo (Antunes, Waldman 2001; Arocha-Rodriguez *et al.*, 2003; Lima *et al.*, 1997; Ruffino – Netto, 2002).

Nos países desenvolvidos, a tuberculose é mais frequente entre as pessoas idosas, nas minorias étnicas e imigrantes estrangeiros. Nos países em desenvolvimento, estima-se que ocorram 95% dos casos e 98% das mortes causadas pela doença, ou seja, mais de 2,8 milhões de mortes por tuberculose e 7,5 milhões de casos novos, atingindo a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15-54 anos), os homens adoecem duas vezes mais que as mulheres (Brasil, 2005a). Um adulto com TB perde, em média, três a quatro meses de trabalho, o que se traduz na perda de 20 a 30% do rendimento anual familiar e, se o doente morrer de TB, em 15 anos de rendimento perdido. Além do devastador custo econômico, a TB tem enormes consequências negativas indiretas, crianças abandonam a escola devido à tuberculose dos seus pais, e mulheres são abandonadas pelas suas famílias como resultado da doença (Ahlburg, 2000). A co-infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) aumenta significativamente o risco de vir a desenvolver TB. Os países com alta prevalência de HIV, particularmente os da África sub-sariana, testemunharam um profundo aumento no número de casos de TB, particularmente nos anos 90, levando a um aumento dos percentuais de incidência na ordem das três a quatro vezes (OMS, 2004).

Segundo o último relatório mundial da OMS lançado em 2009, que traz os dados de 2008, e que tem o objetivo de monitorar os indicadores epidemiológicos e acompanhar o nível e a tendência global da endemia, Um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, em torno de dois bilhões de pessoas, em 2008 aproximadamente 9,4 milhões de casos de TB ocorreram no mundo, dos quais 3,6 milhões ocorreram entre as mulheres. Do total de casos, 1,4 milhões são co-infectados pelo HIV, houve 1,8 milhões de óbitos, incluindo 500.000 pessoas com HIV, o equivalente a 4.500 mortes por dia e 500 mil casos de TB - MDR (segundo informações de 114 países de todos os continentes) (Who, 2009).

A OMS visando priorizar as ações de controle definiu vinte e dois países em diferentes continentes como responsáveis por 80% da carga de TB no mundo e prioritários no controle da doença estes são: Índia, China, Indonésia, Nigéria, Bangladesh, Paquistão, Etiópia, Filipinas, África do Sul, República Democrática do Congo, Rússia, Quênia, Vietnã, Tanzânia, Brasil, Uganda Zimbábue, Moçambique, Tailândia, Afeganistão, Camboja e Mianmar (Who, 2005). Desses, Índia, China, Indonésia, Nigéria e África do Sul ocupam as cinco primeiras posições, o Brasil é o 19º país em número de casos novos de TB e o 108º quando se avalia a incidência ao invés da carga da doença (Who, 2009).

Ainda conforme o relatório, a OMS avalia a implementação e o impacto da Estratégia Stop TB, bem como os progressos para o alcance das metas dos objetivos do milênio, que em 2005 visava detectar pelo menos 70,0% dos casos novos infecciosos e curar, pelo menos, 85,0% dos casos detectados, em 2010 deseja-se reduzir pela metade as taxas de morbidade e mortalidade, com base em 2000. Nas metas do milênio, espera-se reduzir, até 2015, a incidência e a mortalidade por tuberculose, em 50,0% quando comparadas a esses indicadores em 1990, em 2020, pretende-se evitar 25 milhões de mortes por tuberculose e prevenir 50 milhões de casos. E em 2050 diminuir a incidência para um caso por cada 1.000.000 de habitantes, eliminando a doença como problema de saúde pública (Who, 2009).

Controlar a TB contribui para reduzir o sofrimento humano e as consequências sociais e econômicas para o doente, sua família e a sociedade, Os objetivos do controle da TB são: reduzir a morbimortalidade, a transmissão da doença e prevenir a resistência às drogas utilizadas. Para alcançá-los é necessário

garantir o acesso ao diagnóstico, ao tratamento, à possibilidade de cura para cada paciente e, bem como, proteger da TB e de suas formas resistentes às drogas, as populações vulneráveis (Brito *et al.*, 2003).

2.3.2 Situação do Brasil

A tuberculose ainda é um problema de saúde prioritário no Brasil que, juntamente com outros 21 países, alberga 80,0% dos casos mundiais da doença (Brasil, 2005 a; Who, 2009). A proporção da TB em um País reflete o estágio de desenvolvimento social no qual este se encontra, onde os determinantes do estado de pobreza, as condições sanitárias precárias, as deficiências de organização do sistema de saúde e de gestão dificultam a redução de doenças marcadas pelo contexto social (Brasil, 2002 d). Ruffino-Netto e Pereira (1982) afirmam que, “a Tuberculose é uma doença que ultrapassa as barreiras biológicas, e antes dela ser mesmo desvio ou disfuncionalidade biológica, é um problema social”.

A TB no Brasil predomina no sexo masculino, na relação de dois para um, em relação ao feminino. Apesar de ocorrer com maior força na faixa etária do adulto jovem, entre 20 e 49 anos, ela vem se mantendo em elevados coeficientes nas faixas etárias dos idosos. É a 7ª causa em gastos com internação no SUS por dia de internação e a 1ª de morte dos pacientes com AIDS, as populações mais vulneráveis são: as indígenas em que a incidência é quatro vezes maior do que a média nacional, os portadores de HIV (30 vezes maior), os presidiários (40 vezes maior) e moradores de rua (60 vezes maior). No entanto, há ocorrências em todos os segmentos da sociedade, independente da renda ou da escolaridade (Hijjar *et al.*, 2005).

Embora ainda represente um importante problema de saúde pública, houve uma evolução gradual nos indicadores da doença no Brasil. Dados da OMS divulgados pelo Ministério da Saúde por ocasião do Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose, em 24 de março 2010, mostram que o País melhorou sua posição no ranking das 22 nações que concentram 80,0% dos casos da doença no mundo, passando da 18ª para 19ª. Em 2008, ocorreram 70.989 casos novos, versus 72.140,

em 2007. Conseqüentemente houve diminuição de incidência, que passou de 38,1 para 37,4 por 100 mil habitantes. Houve um declínio também nos números da mortalidade. Em 2008, foram 4.735 óbitos por tuberculose, enquanto que em 2007 ocorrem 4.823 (Brasil, 2010c).

O Brasil é um país de ampla extensão territorial, apresenta, portanto uma significativa variedade geográfica, socioeconômica e cultural, destacando-se a diversidade dos espaços urbanos em um único país. A maioria dos doentes encontra-se nas capitais e regiões metropolitanas dos grandes municípios, dos 5.565 municípios brasileiros 315 são considerados prioritários, nestes, estão concentrados 70,0% dos casos de TB do país. De acordo com os dados de 2008, os maiores registros de incidência estão nos estados do Rio de Janeiro (68,64 por 100 mil habitantes), Amazonas (67,88), Pernambuco (47,61), Pará (43,72), Ceará (43,2) e Rio Grande do Sul (42,53). Os menores do país foram registrados no Distrito Federal (13,73), Tocantins (13,67) e Goiás (13,91). A região Sudeste, principalmente os estados do Rio de Janeiro e São Paulo, possui a maior carga da doença no país, enquanto que a região Norte possui a maior incidência quando comparado às demais regiões do país (Brasil, 2009a).

O Brasil tem normas técnicas padronizadas e garante, através do SUS, acesso gratuito ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção, entretanto, apesar da terapêutica eficaz, o controle da TB em termos epidemiológicos ainda está longe do preconizado. A avaliação em nível nacional dos indicadores de cura e abandono de tratamento respectivamente de 73,0% e 9,0% revela resultados insatisfatórios em relação às metas, de curar de 85,0% dos casos de TB e reduzir o abandono para menos de 5,0% (Moreira *et al.*, 2007, Brasil, 2009a). O percentual de abandono de tratamento nas diversas regiões do Brasil é bastante variável, realidade que dificulta o controle da doença (Paixão, Gontijo, 2007).

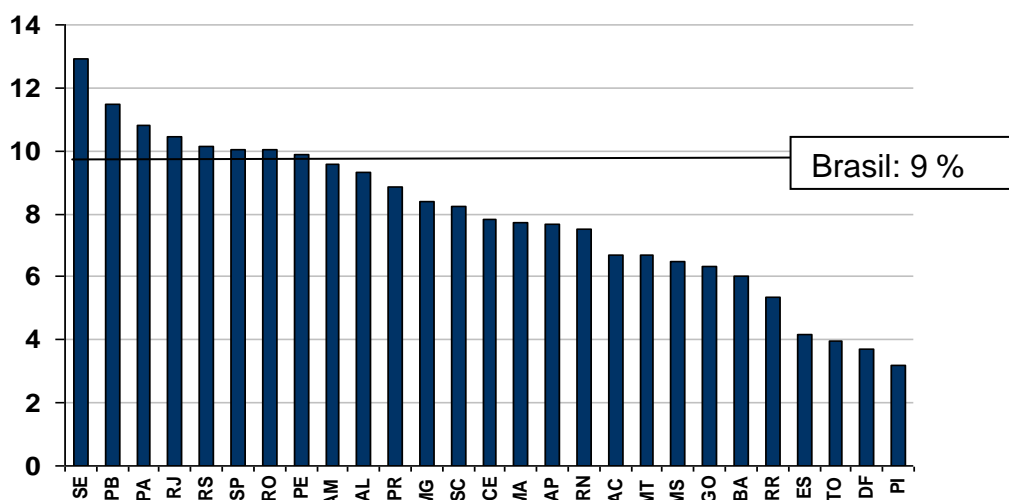


Figura 1 – Gráfico do percentual de abandono dos casos novos de TB. Brasil e UF, 2008

Fonte: MS / SVS / SINAN. * Dados preliminares, sujeitos a revisão

A descentralização das ações de controle da tuberculose para a Atenção Básica tem sido ampliada nas últimas décadas do século XX e constitui uma das principais recomendações do PNCT aos estados e municípios. Houve um aumento do percentual de pacientes com TB que fizeram testes de detecção do HIV, no início da década, apenas 26,7% fizeram o teste, e em 2008, o percentual elevou-se para 48,0%. A expansão da cobertura do TS tem sido importante para a redução da incidência, atualmente 43,0% dos casos novos são acompanhados, e 86,0% dos municípios prioritários, que concentram 70,0% dos casos de tuberculose, adotam o TS como estratégia para aumentar o percentual de cura da doença. Várias ações realizadas no país contam desde 2007 com o apoio e aporte de recursos da ordem de US\$ 27 milhões até 2012 do Fundo Global sediado em Genebra. Atualmente, são beneficiados 57 municípios das regiões metropolitanas de Belém, São Luís, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Baixada Santista e Porto Alegre e o Município de Manaus, áreas que concentram 45% dos casos de tuberculose no Brasil (Brasil, 2010 d).

Segundo dados do Ministério da Saúde em 2010, o balanço positivo na luta brasileira contra a TB passa por investimentos nas ações de prevenção e controle, o orçamento total em 2009 foi de US\$ 74 milhões um aumento de 14 vezes em relação a 2002 que era de US\$ 5,2 milhões. Na última avaliação do MS quinze

estados, o Distrito Federal e 114 municípios prioritários alcançaram metas importantes no controle da doença. A avaliação de indicadores mostrou ainda que três estados (MS, SC e SP) e o DF, além de oito municípios (Campo Grande-MS, Curitiba-PR, Goiânia-GO, Palmas-TO, Guarapari-ES, Itaquaquecetuba-SP, Criciúma e Joinville-SC), foram bem avaliados em diversos indicadores selecionados. O DF e Joinville (SC) se destacaram por terem atingido todas as metas (Brasil, 2010 d).

A avaliação dos concorrentes foi feita com base em seis critérios epidemiológicos, sendo que três deles referentes ao ano de 2007 e outros três de 2008. Do ano de 2007 foram selecionados os indicadores de percentual de cura, abandono do tratamento e informações sobre o encerramento de casos, dos dados de 2008 considerou-se as informações sobre a realização de testes de HIV em pacientes com tuberculose e o percentual de pessoas que tiveram de se submeter a um novo tratamento da doença e que realizaram o exame de cultura, que permite o diagnóstico de bacilos resistentes aos medicamentos. Além desses, também foi considerado o percentual de cobertura do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (Brasil, 2010 d).

2.3.3 Situação do Distrito Federal

O Distrito Federal possui uma cobertura de 86,0% das Unidades de Saúde com o PCT implantado. Dessas, 43,0% vêm utilizando a estratégia de TS. A descentralização do tratamento na atenção básica é fundamental para o controle da tuberculose, tendo em vista a proximidade maior do paciente com o serviço de saúde (Brasil, 2009b).

A partir do final da década de 1990 tem sido observada uma redução gradual da incidência da tuberculose no DF. Porém, mesmo sendo considerada uma das mais baixas incidências do País, ainda confere a esse agravo, a característica de problema de interesse local e nacional (SES – DF, 2006).

Entre 2001 e 2008 o coeficiente de incidência mostrou-se estável, permanecendo em torno de 16 casos novos por 100 mil habitantes. Nesse período o percentual de cura de tuberculose no Distrito Federal alcançou a meta preconizada

de 85,0%, exceto em 2003 (84,5%) e 2007 (83,7%). O percentual de abandono apresentou uma redução importante no período analisado e desde 2004 tem permanecido abaixo de 5,0% (SES – DF, 2008).

Ainda de acordo com dados oficiais, no ano de 2006, foram registrados 369 (68,6%) casos novos de TB de pessoas residentes no DF. Além destes, foram notificados outros 169 (31,4%) residentes em outros estados, deve-se ressaltar que, uma parcela importante dos casos atendidos no Distrito Federal é de residentes em outros estados, tal ocorrência reflete em um percentual significativo de transferências. Entre os anos de 2005 e em 2006, os maiores coeficientes de incidência de tuberculose foram registrados em São Sebastião, (42,4%) e (48,2%) respectivamente, em parte, isso se deve ao fato da doença ter sido diagnosticada com maior frequência em internos do sistema penitenciário do Distrito Federal que fica naquela localidade (SES - DF, 2006).

Em 2006, observou-se elevação do coeficiente de incidência nas faixas de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. Além disso, houve um aumento do percentual da forma clínica extrapulmonar, sendo esta forma a responsável pela elevação da incidência da doença neste ano (SES - DF, 2006). O percentual de cura no nono mês em relação ao total de casos da coorte anual foi de 85,0%, o abandono foi 6,3%, o coeficiente de mortalidade foi de 0,4/100 mil habitantes, em torno de 10 óbitos.

No ano de 2007, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 409 casos novos de TB no DF. Entre as pessoas que adoeceram 73,6% desenvolveram a forma pulmonar, 23,7%, a forma extra-pulmonar e 2,7% a forma pulmonar associada à extra-pulmonar (Brasil, 2009b).

Considerando-se a distribuição dos casos novos de tuberculose por faixa etária, em 2007 constatou-se que, 63,5% dos casos concentraram-se nas faixas etárias de 20 a 49 anos. Entretanto, o risco de adoecimento foi maior nos indivíduos acima de 50 anos. O risco de morte entre os doentes foi maior no grupo de maiores de 80 anos. A *coorte* de tratamento, de acordo com os casos diagnosticados no referido ano, mostrou um percentual de cura de 83,7%, aquém da meta estabelecida pela OMS, entre os pacientes tratados houve 2,4% de abandono, o coeficiente de mortalidade foi de 0,7/100 mil habitantes, 17 pessoas foram a óbito por TB, houve 8% de transferências e 2,0% de encerramentos no Sinan (Brasil, 2009b).

Em 2008 foram registrados 346 casos novos, havendo uma redução em relação ao ano anterior, porém, destaca-se o aumento da incidência da doença no Lago Sul, Estrutural e SIA, fato este que pode estar associado a criação de novas regiões administrativas no Distrito Federal em 2007. O percentual de cura no nono mês em relação ao total de casos da coorte anual referente a 2008 foi de 84,5% o abandono foi de 1,3% e o coeficiente de mortalidade 0,3/100 mil habitantes, sete pessoas foram a óbito por TB (SES – DF, 2008).

Apesar de apresentar o segundo menor coeficiente de incidência do país, o risco de adoecer por tuberculose no Distrito Federal não é homogêneo, existindo Regiões Administrativas (RAS) com coeficientes de incidência maiores que a média do DF, apontando para possíveis diferenças nos determinantes entre as Ras. Nos anos de 2007 e 2008 os locais com alto coeficiente de incidência no período foram: Candangolândia, Estrutural, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Riacho Fundo, São Sebastião, Sobradinho e SIA. Destaca-se que os locais com maior número absoluto de casos foram: Ceilândia, Samambaia e Taguatinga. (SES – DF, 2008).

2.3.4 Situação nos Municípios estudados do Entorno

A região do entorno do DF está constituída por 22 municípios, 19 pertencentes ao Estado de Goiás e três do Estado de Minas Gerais. A determinação da situação da TB nesses municípios sempre apresentou limitações porque uma importante parcela dos casos é diagnosticada e tratada no DF. De acordo com estudos realizados por Moreira et al., (2007), tal fato leva a uma observação da incidência abaixo do esperado para uma região com fatores socioeconômicos e demográficos facilitadores de alta incidência, repercutindo no PCT, no estado de Goiás e no DF e influenciando na qualidade dos dados do SINAN – GO.

Durante os anos de 2006, 2007 e 2008, quando da realização deste estudo, foram registrados 2.515 casos de TB no estado de Goiás. Entre os seis municípios onde foi realizado o estudo, conforme dados disponibilizados por técnicos do SINAN, a maior taxa de incidência, foi em Valparaíso respectivamente 60,78/100.000 hab em 2007 e 67,0/100.000 em 2008; o município com menor incidência nos anos do

estudo foi Águas Lindas de Goiás (4,48 e 4,29). O maior número de casos deu-se em Luziania nos respectivos anos e o menor numero na Cidade Ocidental. As maiores proporções de abandono de tratamento foram registradas em Águas Lindas de Goiás (13,0%) e Valparaíso (9,0%). Quanto à transferência em 2007, ocorreu em cinco dos municípios participantes do estudo Águas Lindas de Goiás, Formosa, Planaltina de Goiás Luziânia e Valparaíso, sendo mais frequente em neste ultimo 36,0%. Em 2008 houve um aumento de transferências em Luziania e Planaltina de Goiás, um declínio em Formosa e nenhuma em Valparaíso. Em relação à cura, em 2007 três municípios não alcançaram a meta preconizada pela OMS de 85,0%, sendo que o menor índice encontrado foi em Valparaíso (57,0%) seguido por Formosa com 78,0% e Planaltina de Goiás com 80,0%. Em 2008 a situação agravou-se, dos municípios estudados somente a Cidade Ocidental alcançou a meta (Brasil, 2010f).

2.4 TRATAMENTO

O controle da TB sustenta-se, principalmente, sobre dois pilares: a descoberta precoce de casos bacilíferos e o tratamento que conduz a cura dos doentes. O tratamento dos pacientes bacilíferos é prioridade para o controle da doença o qual permite anular rapidamente as fontes de infecção e interromper a cadeia de transmissão, levando à conseqüente redução da prevalência, incidência e mortalidade específicas da tuberculose. (Hijjar *et al.*, 2005).

A associação adequada dos quimioterápicos, as doses corretas e o uso por tempo determinado com supervisão da tomada dos medicamentos, são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando, assim, a cura do paciente (Brasil, 2005a).

O tratamento é padronizado, e no Brasil os medicamentos são distribuídos gratuitamente pelo SUS, deve ser realizado em regime ambulatorial, supervisionado nas Unidades Básicas de Saúde, mais próximas ao domicílio ou trabalho do doente. Atenção especial deve ser dada para os doentes que se enquadrem nas seguintes situações: etilistas, casos de retratamento após abandono, mendigos, presidiários e

doentes institucionalizados (asilos, manicômios). É importante instituir tratamento supervisionado para todos os casos com baciloscopia positiva, realizar baciloscopia de controle, realizar consultas de acompanhamento, realizar visita domiciliar. Compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que todo indivíduo com diagnóstico de tuberculose possa, sem atraso, ser adequadamente tratado. (Brasil, 2005a).

A hospitalização está indicada somente em casos especiais de acordo com as seguintes prioridades: meningoencefalite, indicações cirúrgicas em decorrência da tuberculose, complicações graves da tuberculose, intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório, intercorrências clínicas e ou cirúrgicas graves; estado geral que não permita tratamento em ambulatório; em casos sociais, como a ausência de residência fixa ou grupos especiais com maior possibilidade de abandono, especialmente se for o caso de retratamento ou falência. O período de internação deve ser reduzido ao mínimo necessário, devendo limitar-se ao tempo apenas suficiente para atender as razões que determinaram sua indicação (Brasil, 2002a).

2.4.1 Drogas Anti-tuberculosas

As drogas usadas nos esquemas padronizados atualmente são: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z); outros medicamentos são de segunda linha Etambutol (E), Estreptomicina (S), Etionamida (Et) (Brasil, 2002a; 2005a). As drogas anti-tuberculosas participam nos regimes terapêuticos mediante três propriedades principais: atividade bactericida, atividade esterilizante e capacidade de prevenção de resistência, estas propriedades têm expressão variável nas diferentes drogas. A isoniazida e a rifampicina são as drogas de maior poder bactericida, sendo ativas contra todas as populações de bacilos da TB, a rifampicina é a droga disponível com maior poder esterilizante, a pirazinamida e a estreptomicina também são bactericidas contra algumas populações de bacilos da TB, a pirazinamida é ativa apenas em ambiente ácido, a estreptomicina é bactericida contra bacilos de TB de multiplicação rápida, o etambutol e a tiacetazona são usados em associação com as

drogas mais poderosas para prevenir a emergência de bacilos resistentes (OMS, 2004).

2.4.2 Esquemas de Tratamento

São adotados quatro esquemas de tratamento com suas variações; em todos os esquemas a medicação é de uso diário e deverá ser administrada preferencialmente em uma única tomada. Esquemas de tratamento intermitente com doses adequadas a este tipo de regime, sempre supervisionado, poderão ser utilizados após a fase inicial diária, sob a responsabilidade das coordenações estaduais. Os casos de tuberculose associados ao HIV devem ser encaminhados para unidades de referência, em seu município ou em municípios vizinhos, para serem tratados para os dois agravos, TB/HIV (Brasil, 2002a).

Apesar de já empregado em praticamente todos os países da América Latina, o tratamento intermitente não foi adotado no Brasil, embora seja efetivo e mais econômico. A única exceção foi no Distrito Federal, que desde 1981 adota um esquema intermitente de curta duração (Castelo Filho, 1993).

Padronizado há 30 anos no país, o esquema de tratamento para tuberculose com três fármacos (*rifampicina*, *isoniazida* e *pirazinamida*) encontra-se em fase de mudança. O esquema anterior foi reforçado com o etambutol na sua *fase de ataque*, e as posologias da isoniazida e da pirazinamida foram reduzidas. Esta alteração justifica-se, entre outras razões, pelo aumento da resistência à isoniazida, observada em dois inquéritos nacionais, realizados em 1995/97 e 2008/2009.

O acréscimo de um fármaco aumentará significativamente a proteção contra a expressão fenotípica de possíveis mutações genéticas do *M. tuberculosis*, especialmente a multirresistência. A escolha do etambutol para compor o novo esquema deveu-se à sua ampla e longa utilização na maioria dos países afetados pela tuberculose, demonstrando elevada eficácia e segurança.

É constituído por comprimidos com doses fixas combinadas (DFC ou FDC do inglês *fixed dose combination*) de rifampicina, 150mg; isoniazida, 75mg;

pirazinamida, 400mg; e etambutol, 275mg. A fase de manutenção continuará a ser composta por dois fármacos, *rifampicina* e *isoniazida*, nas doses e apresentações usuais. Continuarão disponíveis as medicações em formulações individualizadas para utilização em esquemas especiais. Vale ressaltar que essas alterações serão válidas apenas para casos de tuberculose em adultos e adolescentes (maiores de dez anos de idade) e que para crianças (menores de dez anos) continuará sendo preconizado o tratamento atual com três fármacos (Brasil, 2010 e).

A grande vantagem do novo medicamento é que ele diminui a quantidade de cápsulas e comprimidos ingeridos diariamente, reduzindo o abandono, aumentando os percentuais de cura e diminuindo as chances do aparecimento de cepas do bacilo resistentes às drogas. Já em uso desde o final de 2009 em seis estados brasileiros SP, PR, SC, BA, SE e RO e nos municípios da Região Metropolitana de Manaus (AM) (Brasil, 2010 d).

2.4.3 Esquemas Adotados de Acordo com a Situação do Caso

Esquema I (esquema básico) – 2RHZ/4RH:

Em tratamento anterior ou virgem de tratamento, indicado nos casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, exceto a meningoencefálica. Para efeito da indicação de esquemas terapêuticos, consideram-se sem tratamento anterior ou virgem de tratamento (VT) os pacientes que nunca se submeteram à quimioterapia antituberculosa, ou a fez por apenas 30 dias (Brasil, 2002 d).

Esquema I – 2RHZ / 4RH

Quadro 1 – Esquema de tratamento indicado nos casos novos de todas as formas de TB pulmonar e extra-pulmonar

Fases do tratamento	Drogas
1ª fase (2meses) RHZ	R: Rifampicina H: Isoniazida Z: Pirazinamida
2ª fase (4meses) RH	R: Rifampicina H: Isoniazida

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2002a)

Esquema I R (reforçado) – Pacientes com tratamento anterior:

- a) Recidiva após cura com o esquema I
- b) Retorno após o abandono do esquema I

Define-se como retratamento a prescrição de um esquema de drogas para o doente já tratado por mais de 30 dias, que venha a necessitar de nova terapia por recidiva após cura (RC), retorno após abandono (RA) ou por falência do esquema I ou esquema IR (Brasil, 2002 d).

Esquema IR – 2RHZE/4RHE

Quadro 2 – Esquema de tratamento indicado nos casos de recidiva após a cura ou retorno após abandono do esquema I

Fases do tratamento	Drogas
1ª fase (2 meses-RHZE)	R: Rifampicina H: Isoniazida Z: Pirazinamida E : Etambutol
2ª fase (4 meses-RHE)	R: Rifampicina H: Isoniazida E : Etambutol

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2002a)

Esquema II – Tuberculose meningoencefálica

Esquema II – 2 RHZ/7RH

Quadro 3 – Esquema de tratamento indicado para a forma meningoencefálica da tuberculose

Fases do tratamento	Drogas
1ª fase (2meses) RHZ	R: Rifampicina H: Isoniazida Z: Pirazinamida
2ª fase (7meses) RH	R: Rifampicina H: Isoniazida

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2002a)

Esquema III – Falência dos esquemas I ou IR

Entende-se por falência a persistência da positividade do escarro, ao final do tratamento. São também classificados como casos de falência os doentes que, no início do tratamento, são fortemente positivos (++ ou +++) e mantêm essa situação

até o quarto mês, ou aqueles com positividade inicial seguida de negativação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do quarto mês de tratamento. O aparecimento de poucos bacilos no exame direto do escarro, no quinto ou sexto mês, isoladamente, não significa, necessariamente, falência do esquema, em especial se acompanhado de melhora clínico-radiológica. Nesse caso, o paciente será acompanhado com exames bacteriológicos (Brasil, 2002 d).

Esquema III – 3SZEEt/9EEt

Quadro 4 - Esquema de tratamento indicado nos casos de falência de tratamento com esquema I e esquema I reforçado

Fases do tratamento	Drogas
1ª fase (3 meses-SZEEt)	S - Estreptomicina Z - Pirazinamida E - Etambutol Et – Etionamida
2ª fase (9 meses-EEt)	E - Etambutol Et – Etionamida

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2002a)

2.4.4 Tuberculose Multirresistente (TBMR) e Tratamento

O uso inadequado dos medicamentos padronizados de primeira linha para o tratamento dos casos de tuberculose está diretamente relacionado ao aparecimento de cepas bacilares resistentes a um ou mais medicamentos. Quando a resistência envolve principalmente as medicações mais potentes (rifampicina e isoniazida) são necessários outros esquemas terapêuticos alternativos para seu controle, que usualmente apresentam menor taxa de cura, prognóstico menos favorável, mais efeitos colaterais e custo mais elevado (Brasil, 2007b).

A multirresistência é um fenômeno biológico considerado iatrogênico, ou seja, fruto de tratamentos inadequados quer por uso irregular de medicamentos, quer por esquemas de baixa potencia, no Brasil 95% dos casos são adquiridos, resultante da irregularidade ou do abandono do tratamento. O diagnóstico de caso de TBMR, até o momento, é feito por meio da realização de cultura para micobactérias com

identificação da espécie e teste de sensibilidade nos materiais biológicos dos indivíduos suspeitos de apresentar resistência aos medicamentos utilizados nos esquemas padronizados. Os exames são executados seguindo protocolo definidos e validados pelos órgãos competentes, realizados em laboratórios habilitados, com estrutura física e equipamentos adequados, recursos humanos treinados, controle de qualidade e as normas de biossegurança implantadas (Brasil, 2007b).

A OMS define que são portadores de MDR-TB (*multidrug resistant tuberculosis*), os indivíduos que apresentam doença causada por cepas com resistência *in vitro* à rifampicina e isoniazida. É importante ressaltar que no Brasil foi preconizado desde 1979, um esquema terapêutico de reserva (esquema III), para os casos de falência aos esquemas de primeira linha (esquemas I, IR, II) aplicados independentemente da realização de cultura e teste de sensibilidade até 2004. Portanto, no Brasil constituem um grupo de doentes classificados no Consenso Brasileiro de Tuberculose (de 1997/2004) como portadores de tuberculose multirresistente. A este grupo, são agregados os pacientes que apresentam resistência primária à rifampicina, isoniazida e a outras drogas utilizadas, geralmente a estreptomicina e/ou etambutol. O tratamento padronizado para a TBMR com diagnóstico comprovado ou provável é resumido com os seguintes medicamentos: amicacina, terizidona ou cicloserina, ofloxacino, etambutol, pirazinamida. A estreptomicina será o medicamento de eleição em relação à amicacina, quando o paciente não a tiver utilizado anteriormente e o teste de sensibilidade não revelar resistência. Se o paciente tiver usado a estreptomicina em dose plena anteriormente, não irá utilizá-la mesmo que o teste *in vitro* mostre sensibilidade (Brasil, 2007b).

2.4.5 Reações Adversas ao Uso de Drogas Anti-tuberculose

A maioria dos pacientes submetidos ao tratamento de tuberculose consegue completar o tempo recomendado sem sentir qualquer efeito colateral relevante. Porém em alguns casos estes se fazem presentes e tornam-se fatores contribuintes para o abandono (Brasil, 2002c). As ocorrências relacionadas às reações são

multifatoriais, todavia, os maiores determinantes dessas reações se referem à dose, aos horários de administração da medicação, à idade, ao estado nutricional, ao alcoolismo, às condições da função hepática e renal e à co-infecção pelo HIV. Os efeitos descritos com maior frequência durante o tratamento com o esquema I são: intolerância gástrica, manifestações cutâneas variadas, icterícia e dores articulares. Os pacientes devem ser advertidos sobre essas possibilidades e, caso se manifestem, são orientados a procurar imediatamente o médico. Por outro lado, o paciente que apresente algum desses efeitos, deve ter consulta de controle aprazada para, no máximo, duas semanas, e a conduta está sumariada nos quadros a seguir (Quadros 5 e 6), conforme a classificação: efeitos menores e efeitos maiores. Os efeitos menores ocorrem entre 5,0 % e 20,0 % dos casos, e são assim classificados os que não implicam modificação imediata do esquema padronizado; os efeitos maiores, que implicam interrupção ou alteração do tratamento, são menos frequentes: em torno de 2%, podendo chegar a 8% em serviços especializados (Brasil, 2002c).

Quadro 5 – Efeitos menores do uso de tuberculostáticos

Efeito	Droga
Irritação gástrica (náusea, vômito)	Rifampicina Isoniazida
Epigastralgia e dor abdominal	Pirazinamida
Artralgia ou artrite	Pirazinamida Isoniazida
Neuropatia periférica (queimação das extremidades)	Isoniazida Etambutol
Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência)	Isoniazida
Suor e urina cor de laranja	Rifampicina
Prurido cutâneo	Isoniazida Rifampicina
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Pirazinamida Etambutol
Febre	Rifampicina Isoniazida

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2002)

Quadro 6 – Efeitos maiores do uso de tuberculostáticos

Efeito	Droga
Exantemas	Estreptomicina Rifampicina
Hipoacusia	Estreptomicina
Vertigem e nistagmo	Estreptomicina
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma	Isoniazida
Neurite ótica	Etambutol Isoniazida
Hepatotoxicidade (vômitos, hepatite, alteração das provas de função hepática)	Todas as drogas
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, Agranulocitose, vasculite	Rifampicina Isoniazida
Nefrite intersticial	Rifampicina principalmente intermitente
Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal	Pirazinamida

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2002)

2.5 A ESTRATÉGIA DOTS

Ao reconhecer a importância crescente da tuberculose como um problema de saúde pública a OMS a declarou como emergência global em 1993. Com o propósito de reverter este quadro alarmante, a OMS estabeleceu novas diretrizes de trabalho, recomendando estratégias mundiais para o controle efetivo da tuberculose e inúmeras ações e investimentos têm sido empreendidos, em esfera mundial, para combater a tuberculose (OMS, 2004).

Dentre as estratégias propostas, a adoção da DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*), foi amplamente difundida e recomendada a sua implantação em todos os países com maior carga de TB. A estratégia DOTS emerge então em um cenário que evidencia a complexa situação epidemiológica da tuberculose (Terra, 2007).

A DOTS modificou não apenas o modelo terapêutico, mas um dos aspectos da estratégia de controle da tuberculose, integrando-a as ações básicas de saúde. Essa reorganização do serviço possibilitou a redução do tempo e a simplificação do tratamento, o que facilitou o acesso aos meios de diagnóstico e a terapia, viabilizando o aumento da cobertura populacional do programa.

A DOTS é um conjunto de medidas técnicas e gerenciais que se complementam e está pautada em cinco pilares, considerados essenciais para o controle da doença que enfatiza:

- Compromisso do governo colocando o controle da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde;
- Detecção de casos, pelo menos 70,0% dos casos estimados de TB pulmonar bacilífero entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde;
- Tratamento padronizado de curta duração, diretamente observado e monitorado em sua evolução, para que alcance a cura de pelo menos 85,0% dos casos diagnosticados;
- Fornecimento regular de drogas;
- Sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento. É o componente básico para se monitorizar sistematicamente o programa e corrigir problemas identificados.

No Brasil a estratégia DOTS foi proposta em 1994 pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose, sendo então estabelecidas novas diretrizes de trabalho, que estabeleciam que o Ministério da Saúde fosse responsável pelo estabelecimento das normas; pela aquisição e abastecimento de medicamentos; pela referência laboratorial e de tratamento; coordenação do sistema de informações; apoio aos estados e municípios, e articulação intersetorial, visando maximizar os resultados das políticas públicas (Ruffino - Netto, 2002). Com vistas à descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB, para o âmbito da atenção primária, em 1998 o Brasil adota oficialmente o DOTS, primeiramente, nos municípios prioritários, de acordo com Ruffino – Netto (2002), nesses 230 municípios concentravam-se 75,0% dos casos de TB estimados para o Brasil. Na primeira década do ano 2000, observa-se que houve expansão da cobertura dos serviços que utilizam à estratégia DOTS e o Brasil passou a pertencer ao grupo de países que possuem entre 50% a 90% dos serviços com a estratégia já implantada, avanços significativos podem ser comprovados na melhoria dos indicadores epidemiológicos relacionadas à TB no país, registra-se queda da taxa de

abandono e o acesso garantido aos medicamentos, incluindo os casos de tuberculose multirresistente – (TBMR) (Santos, 2007).

Vendramini *et al.* (2006), em estudos realizados no município de São José do Rio Preto (SP), evidenciaram que o DOTS trouxe contribuições significativas para a redução da taxa de abandono e óbito. A taxa de cura sofreu um impacto nos primeiros anos, entretanto se manteve nos mesmos patamares, nos anos seguintes. O mesmo foi relatado por Muniz *et al.* (2005) no município de Ribeirão Preto-SP. A estratégia trouxe mudanças nos indicadores de abandono ao tratamento. Nos primeiros cinco anos, houve aumento nas taxas de cura, não alcançando, no entanto, os 85,0% esperados pelo PNCT.

Além de modificar o perfil epidemiológico da tuberculose, o emprego da estratégia DOTS, apresenta outras vantagens, a DOTS tem sido reconhecida como uma das melhores intervenções considerando o custo – benefício, sua eficiência sem hospitalização, torna o tratamento disponível e de baixo custo (Kochi, 1997). Estudos de Bruce e Davidson (1999) e Vendramini (2001) demonstraram que, administrar medicamentos através da estratégia, reduz a prevalência de TB resistente a múltiplas drogas, resultantes de repetidas terapias, tratamentos incompletos e diminui o custo por caso tratado e melhora as taxas de tratamento completado.

O número de países que adotaram a estratégia DOTS aumentou consideravelmente a partir da recomendação feita pela OMS e atualmente alcançou uma estabilidade em torno de 180 países. Segundo o último relatório anual da OMS, cerca de 36 milhões de pessoas foram curadas de TB em todo o mundo durante os últimos 15 anos de implantação da DOTS e oito milhões de mortes foram evitadas, confirmando que a estratégia é uma abordagem eficaz na luta contra a TB (Who, 2009).

Um dos pilares da DOTS, o DOT ou tratamento supervisionado (TS), visa favorecer a adesão do doente, e assegurar a conclusão do tratamento, uma vez que esses dois aspectos ainda continuam sendo as maiores barreiras para o efetivo gerenciamento da tuberculose (TB) e a causa para o aumento de multidrogarresistência (Davies, 2003). É uma prioridade para que o PNCT atinja a meta de curar 85,0% dos doentes, diminuindo a taxa de abandono e possibilitando o

efetivo controle da doença. O conceito de TS foi desenvolvido por Wallace Fox em 1950 (apud Raviglione e Pio, 2002).

O DOT ou TS se constitui em um conjunto de atividades voltadas para o planejamento do tratamento do doente e família com tuberculose a ser executada por uma equipe de saúde. Inclui as seguintes atividades: avaliar o perfil sociocultural e econômico do doente e sua participação no plano terapêutico e adesão ao tratamento, observação da ingestão da medicação pelo profissional de saúde ou responsável pela supervisão, suporte psicológico ao doente e família, busca de sintomas respiratórios, entrega de incentivos, monitoramento do estado de saúde do doente através dos dados registrado no sistema de informações em saúde, dentre outras atividades (Cardoso *et al.*, 2008). Ruffino – Netto (2002) ressalta que o TS não é uma proposta inovadora, o Brasil através da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), já utilizava o tratamento segundo essa estratégia desde 1962, em unidades de todos os níveis de complexidade sendo o TS realizado pela enfermagem.

A proposta de execução do TS se caracteriza por ser bastante flexível, ampliando as perspectivas do aspecto normativo, pois deve ser adequado à realidade dos serviços, do paciente, da situação, abrindo espaço para intervenções de promoção à saúde, não só ao paciente, mas também, no âmbito familiar (Vendramini, 2001). Investir no cumprimento do tratamento através de uma abordagem centrada no doente, que inclui facilitar o acesso ao tratamento, escolher com o doente o local e hora mais conveniente para a tomada observada diretamente (TOD), envolver outros serviços sociais e médicos, é muito mais efetivo do que investir na busca dos doentes que interrompem precocemente o tratamento. Facilitar o acesso inclui dispensar as drogas e fazer os controles laboratoriais e radiológicos sem encargos para os doentes, assim como reduzir o tempo e o dinheiro gasto no percurso, oferecendo atenção rápida e adequada (OMS, 2004).

Costa (2000) considera o sucesso do TS como *diretamente proporcional ao enfoque dado sobre o paciente e seu contexto – e não sobre a medicação a ser administrada*. Ou seja, um TS com um sentido amplo, não restrito a “fiscalização”. Um plano terapêutico, para além da medicação prescrita, que avalie a evolução e a necessidade de intervenção ou ajustes na prestação de assistência pela equipe responsável.

Os esforços globais e atuais para o controle da doença justapõem três distintas dimensões: humanitária; econômica e saúde pública. Aliviar a doença, o sofrimento e a morte dos indivíduos por TB, assim como, a convocação para aproximações centradas no indivíduo, constituem-se nos maiores interesses humanitários. Na dimensão econômica, o controle da TB está relacionado à redução dos custos diretos e indiretos para os indivíduos e para a sociedade, alívio da pobreza e promoção do desenvolvimento. Na dimensão da saúde pública, o interesse é o diagnóstico e o tratamento dos pacientes para diminuir a transmissão da doença na comunidade, assegurando que cada paciente com TB tenha pleno acesso ao diagnóstico e tratamento de qualidade, para diminuir a carga social, econômica e de iniquidade que impõe a TB. Portanto, é necessário o desenvolvimento de um Programa de Controle da Tuberculose (PCT) bem organizado, que dê resposta e se adapte à reforma do setor saúde (OPAS, 2002; 2007).

Com a incorporação do PNCT pelo Departamento de Atenção Básica do MS em 2000, foram estabelecidas novas diretrizes de trabalho, com vistas à incorporação das ações de controle da tuberculose no âmbito da atenção básica. Este processo impôs reorganização das ações de controle da TB nos níveis locais, até então, gerenciados e organizados pelas esferas nacional e estadual (Marcolino, 2007). O MS além da adoção do TS reconhece a necessidade de horizontalizar o combate à doença estendendo para todos os serviços de saúde do SUS, visando à integração da TB com a atenção básica, envolvendo o PSF e o PACS para garantir assim a efetiva ampliação para o diagnóstico e tratamento (Brasil, 2004a). O controle da TB a partir dessas ações deve-se desenvolver predominantemente em âmbito de atenção básica, incentivando-se a descentralização do TS principalmente para o PSF e PACS. À época da realização do estudo, o PSF estava presente em 94% dos municípios com 29 mil equipes e cobertura populacional de 48,0% - o que corresponde a 92 milhões de pessoas é uma estratégia que tem possibilitado uma significativa ampliação do acesso aos serviços de atenção primária a saúde (Giovanella *et al.*, 2009). Apesar das imensas disparidades regionais e as enormes desigualdades que marcam a sociedade brasileira, e dos próprios atores envolvidos neste processo, esta experiência vem se consolidando nas práticas de saúde de maneira gradativa (Escorel *et al.*, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) procura romper com o modelo biomédico cuja racionalidade sustenta-se na fragmentação, no aprofundamento e na descrição de partes para se compreender a unidade humana, reduzindo os eventos de saúde e doença à dimensão biológica. E incorpora uma nova maneira de refletir e atuar na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial, fomentando uma articulação transformadora que se configure em um novo cenário de atenção à saúde. Nesse, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista. Pressupõem ainda a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas (Aires, 2005).

2.6 CONCEITUANDO A ADESÃO

A tuberculose continua no cenário epidemiológico mundial e a sua permanência relaciona-se a vários processos e um dos principais obstáculos encontrado entre os portadores da doença é a não adesão ao tratamento.

Como consequência, os indicadores de incidência, mortalidade e resistência aos fármacos estão aumentando, sendo esta a principal preocupação global em relação à doença, o abandono do tratamento e a terapia incompleta constituem fatores que causam impacto negativo no controle da doença (Oliveira e Moreira Filho, 2000a). Um dos desafios para os programas nacionais de controle da tuberculose e profissionais de saúde tem sido incentivar a adesão dos pacientes aos esquemas preconizados, visto que, a não-adesão compromete tanto a efetividade do tratamento como a disseminação de uma epidemia por determinados tipos de bacilos resistentes. O paciente que abandona o tratamento da TB torna-se uma importante fonte de transmissão do bacilo, principalmente para os indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Who 2002; 2003; 2004).

A não-adesão a qualquer tipo de cuidado de saúde tornou-se um importante foco de preocupação e uma questão que vem sendo discutida amplamente nas últimas décadas. Os fatores que interferem na adesão ao tratamento se apresentam como um grande problema atual. Essa polêmica questão que permeia não só a

prática dos serviços de saúde, mas também o meio acadêmico se mostra fundamental para determinar ações em políticas de saúde tornando-se objeto de pesquisa em todo o mundo. Em relação à TB, o não seguimento da terapêutica implica em sérios problemas individuais e coletivos, a adesão ao tratamento, é um aspecto primordial para o controle da doença, uma vez que contribui para a diminuição dos indicadores de mortalidade e prevalência (Who, 2009).

Frequentemente tem sido quase sempre apontada como um fator que se relaciona ao paciente; porém, existem vários fatores que se relacionam entre si e ao paciente, o seguimento terapêutico envolve outros componentes inerentes à saúde que vão além da prescrição.

O tratamento da tuberculose tem inúmeras implicações no viver das pessoas. Apesar de serem consideradas curativo muitas delas não o complementam. Há várias possibilidades em que podemos pensar: as reações adversas ao tratamento, aliadas à sua longa duração; a melhora clínica nos primeiros meses de tratamento; dificuldades diversas para o comparecimento à unidade de saúde; a não aceitação da doença; e as falhas nos programas voltados à tuberculose (Souza, 2006).

Aspectos fundamentais como conceitos, terminologias e fatores de interferência têm sido abordados, além do que, se verifica na literatura que várias terminologias são usadas indistintamente para definir o cumprimento terapêutico: adesão, aderência, observância terapêutica, complacência, fidelidade, *compliance* (Gusmão e Mion Jr, 2006; Pierini *et al.*, 2001, p.24).

O conceito de adesão varia entre os autores e os termos utilizados para a definição, refletem qual a compreensão que estes possuem sobre o papel dos atores envolvidos no processo. Que vão desde o conceito tradicional referente ao paciente que cumpre regras, obedecendo às prescrições médicas, até o entendimento de que adesão é um processo que envolve uma decisão autônoma da pessoa.

Segundo Brawley e Culos-Reed (2000), os termos mais utilizados na língua inglesa *adherence* e *compliance* têm significados diferentes: o termo *compliance*, que pode ser traduzido como 'obediência', 'cumprimento de regras', pressupõe um papel passivo do paciente, e *adherence*, ou aderência/ adesão, como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas em adotarem ou não certa recomendação, uma 'concordância autônoma' (ou *patient empowerment*). Osteberg

e Blaschke (2005) apontam outra diferença envolvendo os termos: a percentagem aceita para a ingestão de medicamentos. Na *adherence*, é aceito um percentual de 80,0 a 95,0 % na tomada da medicação, enquanto o *compliance* é de 100,0%.

Portanto, a corrente que dimensiona o paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, que adere ou não, é apoiada e defendida por autores, como Milstein-Moscati *et al* (2000), Conrad (1985) e Dowell e Hudson (1977), Sumartojo (1993), Brawley e Culos – Reed (2000).

Na atualidade, *adherence* e *adesão* são os termos discutidos com mais frequência nas pesquisas que procuram explorar estes conceitos na prática clínica. No Brasil tem se optado pelo termo “adesão” por se aproximar mais do sentido de “concordância autônoma” ou *empowerment*. Miller *et al.*, (1997), conceituam adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença.

De forma geral, em doenças crônicas, a adesão é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou de outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, observados horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos (Leite, Vasconcellos, 2003).

Adesão, do latim *adhaesione*, significa, do ponto de vista etimológico, junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive (Silveira, Ribeiro, 2005).

A adesão, segundo Bertolozzi (1998), se constitui como um processo que integra as dimensões singular, particular e geral da sociedade. A autora advoga que aderir ao tratamento está intrinsecamente associado ao entendimento que o doente tem a respeito do adoecimento; está relacionado à forma como a pessoa concebe a doença e seu significado no cotidiano, e ao lugar que ocupa na sociedade, sendo

fundamental que isto seja interpretado no âmbito dos serviços de saúde. Libertad (2004) corrobora afirmando que, adesão ao tratamento é um fenômeno complexo, multifatorial, diretamente associado ao comportamento humano, sendo este modulado por componentes subjetivos que devem ser abordados e investigados.

A OMS (2003) estima que, diante da complexidade das respostas que são necessárias para promover a adesão, a sua própria definição venha a ser mais ampla. Considera a adesão como um fenômeno multidimensional, determinado pela interação de cinco fatores denominados dimensões que são: os fatores sociais e econômicos, a equipe/sistema de cuidado de saúde, as características da doença, terapias da doença e os fatores relacionados ao paciente. De acordo com esse conceito, o discurso generalizado de que os pacientes são os únicos responsáveis pelo seguimento de seu tratamento, reflete o desconhecimento de como os outros fatores são determinantes para a adesão ao tratamento.

Adesão, de acordo com Ferreira (2008), significa ato ou efeito de aderir. Tem se tornado o termo preferido, devido à sua implicação de uma colaboração entre o paciente e o profissional, sendo considerado como uma atividade conjunta, na qual, o paciente não apenas obedece as orientações médicas, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo médico. Significa que deve existir uma “aliança terapêutica” entre o médico e o paciente, na qual são reconhecidas não apenas as responsabilidades específicas de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento (Brasil, 1998).

Adesão é, portanto, um tema transversal que perpassa todas as ações em saúde, e deve ser desempenhada por todos os profissionais de saúde dos serviços de saúde. É um processo dinâmico, multifatorial, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre o usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, e com abordagem que atenda às singularidades sócio-culturais e subjetivas, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas. A adesão sendo um processo que implica em *vínculos* (desde o vínculo do paciente com a própria condição, até os vínculos sociais) comportamentos e interações que vão muito além das prescrições e o ‘cumprimento de ordens’ transcende, e em muito, a questão concreta do uso de medicamentos (Brasil, 2007a). É um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime

terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (Brasil, 2008a).

Portanto, há que se notar que a adesão ou não ao tratamento não se reduz ao cumprimento ou à desobediência da prescrição médica, na medida em que existe uma multiplicidade de fatores que determinam essa atitude, dentre as quais, aquelas que se referem exclusivamente aos medicamentos. E, nesse sentido, fármacos que apresentam reações ou efeitos colaterais repercutem definitivamente no potencial da adesão ao tratamento.

Pierin (2001) destaca que existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os aderentes, indivíduos que seguem totalmente o tratamento e, no lado oposto estão os desistentes, que são aqueles que abandonaram o tratamento. Há ainda os persistentes dentro do grupo de não-aderentes, que são aqueles que até comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento.

2.6.1 O Abandono como Indicador de Adesão

Em janeiro de 2005, o MS publicou a Portaria nº. 21 que estabelece, entre os indicadores de Atenção Básica no Controle da Tuberculose, a proporção de abandono de tratamento (indicador principal), a incidência de tuberculose pulmonar positiva e a mortalidade por tuberculose (indicadores complementares). Esses indicadores são utilizados para monitorar programas de controle da tuberculose, identificar grupos com maior risco de adoecer e subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações do setor (Brasil 2005c).

O abandono do tratamento da TB, ao contrário do não cumprimento intermitente é um fato bem documentado. Por ser a expressão máxima da não-adesão permite uma definição operacional clara e dele se espera efeitos mais graves sobre os resultados terapêuticos. Faz parte das situações definidas para o registro de informações dos programas de controle (Perini, 1998). É definido, quando o tratamento é interrompido por mais de trinta dias consecutivos após a data prevista para o retorno do paciente ao serviço de saúde após a sua última consulta.

No TS, o prazo é de trinta dias contados a partir da última tomada da droga (OMS, 2004).

Na luta contra a TB, um dos aspectos mais desafiadores é o abandono do tratamento, pois suas consequências são graves e sua importância reside em se constituir não apenas como um desafio à eficácia do resultado terapêutico, mas como um risco potencial para o controle da transmissão e para a seleção de cepas resistentes a múltiplas drogas e conseqüentemente o aumento da mortalidade (Perini, 1998). Os fatores relacionados a esse evento são múltiplos. De modo geral, as causas do abandono estão associadas ao doente, à modalidade do tratamento empregado e à operacionalização dos serviços de saúde (Sá *et al.*, 2007; Ferreira *et al.*, 2005). Algumas medidas são apontadas pelo PNCT para se evitar o abandono: a visita domiciliar ao doente faltoso, a manutenção da ficha de aprazamento, o TS dos doentes sob maior risco de abandono, a mobilização de agentes e grupos comunitários e a integração com núcleos de assistência psicossocial para acompanhamento de doentes mentais, dependentes de álcool e usuários de drogas. (Natal *et al.*, 2004).

Pozsisk (1993), estudando questões relacionadas ao abandono do tratamento da tuberculose, considera que a adesão ao tratamento está intrinsecamente articulada a alguns elementos concretos que dizem respeito tanto ao processo de adoecimento do doente e sua inserção na sociedade, como ao processo de produção na saúde. A terapêutica medicamentosa, mesmo sendo eficaz, sofre o contraponto da singularidade do doente em correlação com sua inserção na sociedade. Sá *et al.* (2007), em estudo realizado em João Pessoa - PB verificaram que os fatores associados ao abandono são diversos e complexos, existindo dificuldades relacionadas ao indivíduo, ao tratamento e à operacionalização da assistência de saúde. E concluíram que o vínculo e o acolhimento são essenciais para assegurar a continuidade do tratamento. Ribeiro *et al.* (2000) ao realizarem um estudo de caso-controle no Centro de Saúde Escola Paulista de Medicina/Unifesp – São Paulo, concluíram que as variáveis mais associadas ao abandono foram: pacientes do sexo masculino, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, presença de fatores de risco para HIV e internação prévia.

O Ministério da Saúde estabelece como um dos indicadores de qualidade das medidas preventivas e de promoção à saúde a adesão ao tratamento entre

pacientes com tuberculose. Reforça que o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a reabilitação para eventos de saúde passíveis de controle são ações que devem estar acessíveis à grande maioria da população (Brasil, 2004b).

2.6.2 A Validação da Adesão ao Tratamento

Um problema frequentemente encontrado em investigações sobre comportamentos de adesão ao tratamento prescrito diz respeito à mensuração. Diferentes métodos, diretos e indiretos, têm sido utilizados. Os métodos diretos caracterizam-se por permitir detectar os medicamentos, ou os produtos da sua metabolização, nos fluidos biológicos do paciente (Haynes, Taylor, Sackett, 1981; Vermeire *et al.*, 2001). Os métodos indiretos incluem processos de medida feitos por meio de entrevistas com o paciente, informações obtidas de profissionais de saúde e familiares dos pacientes, os resultados dos tratamentos ou atividades de prevenção, preenchimento de prescrições e contagem de comprimidos (Haynes, Taylor, Sackett, 1981; Vermeire *et al.*, 2001).

Os mais comumente utilizados para medir a adesão ao tratamento em doenças crônicas incluem o relato do paciente, a contagem de pílulas, a detecção da droga através da urina, sangue ou saliva e a presença de efeitos colaterais. Testes e escalas foram desenvolvidos para prever a adesão e determinar os principais fatores que podem influenciá-la (Rosa, Elkis, 2007).

Sumartojo (1993), ao revisar uma série de trabalhos que avaliam a adesão ao tratamento da tuberculose nos quais foram utilizadas as técnicas citadas, além de outras, concluiu que nenhum desses métodos tem acurácia perfeita, e que devem ser utilizados métodos múltiplos para avaliar a verdadeira adesão. E afirma que, a eficácia dos métodos baseados em relato dos pacientes permanece controversa, com estudos apontando diferentes resultados; dessa maneira, a autora entende serem necessários novos estudos que considerem técnicas de entrevistas culturalmente apropriadas.

Apesar de nenhuma técnica ser considerada padrão – ouro, as que utilizam monitoramento eletrônico da abertura do pote dos medicamentos aparentam maior

acurácia, entretanto, além de seu alto custo e das dificuldades para execução apresentam também vários problemas que interferem em seus resultados. Alguns pacientes dizem retirar mais de uma dose no mesmo momento, outros relatam abrir o pote dos medicamentos mesmo sem retirar ou tomar os comprimidos (Cramer *et al*, 1989; Bova *et al*, 2002; Deschamps *et al*, 2002).

Entretanto o relato do paciente tem sido a principal técnica utilizada nos estudos de adesão, devido o seu baixo custo e simplicidade. Apesar da ocorrência de vieses de memória e da necessidade de adequação cultural para situações diversas, esta técnica tem se mostrado útil na avaliação da adesão a tratamentos crônicos.

2.6.3 Grau Esperado de Adesão

Nos diversos estudos de adesão disponíveis, o grau de adesão apresenta grande variação, depende do método e do conceito de adesão utilizado e dificilmente chega a 100,0%. Em estudos realizados em doenças crônicas variadas encontrou-se porcentagem de não-adesão variando de zero a 100,0% dos casos, sendo encontrada uma média mais frequente de 50% dos pacientes em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento a taxa é ainda menor (OMS, 2004).

Cramer e colaboradores (1989) estudando pacientes portadores de epilepsia verificaram uma variação de 76,0 a 81,0%. Em pacientes com esquizofrenia a proporção de não-adesão ao tratamento chega a 50,0% durante o primeiro ano após alta hospitalar (Fenton e McGlashan, 2000). De acordo com Pierin (2001) a não adesão em pacientes com hipertensão é em torno de 40,0%, a taxa de não adesão encontrada em estudos sobre TB relatam o percentual de 20,0% (Costa *et al.*, 1998). Em estudo realizado em Cuiabá – MT o percentual global de abandono encontrado foi de 27,3% (Ferreira *et al.*, 2005).

A meta esperada no caso específico da tuberculose seria uma adesão total, uma vez que a irregularidade do tratamento resulta na seleção de populações de bacilos resistentes às drogas utilizadas, na falência do tratamento e no aumento do risco de óbito (Perini, 1998).

Na revisão da literatura várias respostas são ensaiadas em estudos de adesão e a conclusão é de que a não-adesão está presente em algum momento do tratamento e por alguma causa. Conforme advogam Jordan *et al.* (2000) que: “a não-adesão em algum grau é universal”.

Sabe-se que, a adesão é um fenômeno sujeito á influencia de múltiplos fatores e estes podem determinar o comportamento dos sujeitos portadores da doença em relação ao tratamento. A adesão muitas vezes é considerada um fenômeno que se limita ao paciente, e sem tirar a responsabilidade que teria o doente nesse processo, existe vários fatores que afetam a adesão, incluindo aqueles relativos à equipe de saúde, e ao serviço de saúde. Diversos estudos discorrem sobre o tema e indicam que a não-adesão está ancorada nas questões objetivas, porém é pautada, sobretudo na subjetividade (Mishra, 2006; Drive *et al.*, 2005; Who, 2003a; Vermeire *et al.* 2001; Alvarez – Gordillo *et al.*, 2000; Orozoco *et al.*, 1998).

2.6.4 Os Fatores que Dificultam a Adesão

Fatores relacionados ao paciente:

Socioeconômicos e demográficos

As precárias condições econômicas dos pacientes de determinadas doenças crônicas possuem relação direta com a adesão, envolve dificuldades que vão do acesso, desemprego, emprego temporário à má – alimentação (Sá *et al.*, 2007; Natal *et al.*, 1999). Quanto à escolaridade, há uma tendência de aumento de casos novos entre pessoas com baixa escolaridade e vários estudos têm demonstrado que a baixa escolaridade tem relação direta com a baixa adesão (Sá *et al.*, 2007; Lima *et al.*, 2001). Quanto ao sexo e a idade diversos estudos comprovam, que pessoas de sexo masculino e pessoas mais jovens tendem a ser menos aderentes, devido à dificuldade de conciliar o tratamento com modos de vida (Ribeiro *et al.*, 2000; Gonçalves *et al.*, 1999).

Micro sociais e individuais

O uso de álcool, fumo e drogas ilícitas a associação entre estes e menor aderência é motivo de vários estudos. Em relação à tuberculose existe uma proporção elevada de pacientes que não concluem o tratamento devido ao abuso de álcool e outras drogas (Sá *et al.*, 2007; Ribeiro *et al.*, 2000; Natal *et al.*, 1999). A falta do suporte familiar durante o tratamento, a falta de informação da família em relação à doença (Deheinzelin *et al.*, 1996), e várias outras questões que estão associadas à falta de adesão tais como: questões relacionadas à subjetividade do indivíduo doente, a negação da doença por parte do sujeito, o estigma e os mitos que ainda envolvem a doença, crenças, religiões (Mishra, 2006; Drive *et al.*, 2005; Brasil, 2008a).

Fatores relacionados à doença:

O diagnóstico, a forma clínica da doença, gravidade, sintomas, as comorbidades, grau de incapacidade, melhora clínica, no caso específico da TB a melhora dos sintomas nos primeiros meses do tratamento cria a ilusão da cura antes da conclusão do tratamento e está associada à não-adesão ao tratamento (Sá *et al.*, 2007; Gonçalves *et al.*, 1999).

Fatores relacionados ao tratamento:

Teoricamente os esquemas terapêuticos disponíveis proporcionam a cura de praticamente 100% dos casos novos de tuberculose. No entanto, constituem-se eles mesmos em dificultadores para a adesão ao tratamento. O medicamento, por si só, tem pelo menos dois sentidos com significados contrários (Lefèvre, 1991): o positivo, que está relacionado à cura e ao restabelecimento da saúde; e o negativo, no qual estão colocados os efeitos colaterais, o tamanho e o gosto.

A relação entre esquema terapêutico e adesão é extremamente complexa e quanto ao tratamento duas características são de grande importância: o tempo de tratamento e o tipo do regime terapêutico. Do ponto de vista social e emocional há questões que interferem diretamente no uso da medicação, tomar ou não o remédio implica em toda uma concepção da doença e do tratamento, que obrigatoriamente será condicionada pela subjetividade do indivíduo (Carvalho, 2008). A complexidade do regime terapêutico, ainda inclui o tratamento auto administrado, a frequência diária ou intermitente dos medicamentos, o número de drogas, os efeitos adversos

dos fármacos, a intolerância medicamentosa, e a resistência às drogas anti-tb (Sá *et al.*, 2007). Em referência às drogas antituberculosas, sabe-se que produzem uma série de reações adversas, com efeitos menores e maiores tais como: intolerância gástrica, manifestações cutâneas, cefaléia, febre, neuropatia periférica, artralgias, vertigem, psicose, crise convulsiva, neurite ótica e hepatotoxicidade (Brasil, 2002a).

Fatores relacionados com os serviços de saúde:

O papel dos serviços de saúde é extremamente importante no processo de adesão incluindo a organização, o acesso, tempo de espera, a interação e a qualidade das relações e da comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes, são características fundamentais para o seguimento terapêutico.

Estudos demonstram que a adesão pode aumentar ou não, dependendo do atendimento recebido, a relação médico-paciente, pode por si só, representar um instrumento terapêutico (Natal *et al.*, 1999). Ela é capaz de construir a aceitação de um regime terapêutico prescrito e facilitar a adesão ao mesmo, à confiança constitui um elemento chave desse processo e também possibilita que o paciente se torne sujeito do seu próprio tratamento (Santos, 2001). O acolhimento ao paciente possibilita a criação de vínculo com os profissionais, à equipe e o serviço de saúde (Sá *et al.*, 2007). Acolher significa apreender, compreender e atender as demandas do usuário, dispensando-lhes a devida atenção, com o encaminhamento de ações direcionadas para a sua resolatividade. Assim, acolher é o processo de inclusão do usuário no serviço de saúde e na rede de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades percebidas ou não do paciente (Seidl, 2005).

A compreensão desses aspectos dificultadores da adesão é o primeiro passo para o seu manejo e superação. Vale ressaltar, que na prática cotidiana dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas caso a caso. Isso porque a vivência de dificuldades, bem como de facilidades para a adesão, difere de uma pessoa para outra. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva. Reconhecer e respeitar as diferenças individuais significa aplicar o princípio da equidade nas práticas de saúde (Brasil, 2008a).

A não-adesão é um fenômeno universal, porém passível de intervenção, pois os fatores determinantes, embora múltiplos e complexos, são conhecidos e existem recursos para essa interferência. O não uso dos medicamentos tal como o preconizado pode ter diversas consequências, tanto para o sujeito, como para a população.

A partir dessa preocupação, identifica-se a importância de estabelecer estratégias de enfrentamento ao combate da não adesão ao tratamento da tuberculose. O TS, um dos pilares da estratégia DOTS, é um dos instrumentos para elevar os níveis de adesão e controle da doença, mas o êxito só será alcançado com a sensibilização e envolvimento dos profissionais, de modo a promover o acolhimento para que se estabeleça o vínculo e possibilitar assim uma assistência mais humanizada criando um ambiente de solidariedade e empatia para a incorporação de práticas educativas. Dessa maneira busca-se que o paciente compreenda sua doença e entenda a significância de seu tratamento passando a assumir a posição autônoma de sujeito nesta fase do processo saúde – doença. Para Merhy (1998), o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, precisa desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Nessa direção, as bases organizativas da ESF, entre elas a integralidade do cuidado do trabalho multiprofissional, a vinculação e co-responsabilização da prestação do serviço junto aos pacientes, família e comunidade, e em conjunto, PACS - PSF têm, na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), um sujeito partícipe do cotidiano desses indivíduos principalmente porque o mesmo é um membro desta comunidade. Por esta razão, o ACS constitui-se em um facilitador e aproximador do serviço aos portadores do agravo, aumentando as chances de probabilidades de sucesso na adesão ao tratamento e cura da doença.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Descrever a não-adesão ao tratamento da tuberculose, seus determinantes com foco especial nas ações desenvolvidas pelos profissionais envolvidos na assistência nas unidades de saúde do DF e municípios pertencentes à Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE).

3.2 ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Descrever a frequência da não-adesão ao tratamento da tuberculose de pacientes atendidos nas unidades de saúde do DF e municípios pertencentes à Ride – DF e entorno.
- 3.2.2 Descrever ações de assistência prestada aos pacientes tais como, informação, educação em saúde, acolhimento, duração da consulta, oferta de serviços, além da presença e contato prévio com o PSF na área de residência e sua influencia ou não na adesão ao tratamento.
- 3.2.3 Identificar os possíveis fatores associados à não adesão ao tratamento da tuberculose em termos das seguintes variáveis: sócio-econômicas e demográficas, relacionadas à doença e ao estado clínico, relacionadas ao tratamento, relacionadas ao suporte social, relacionadas à qualidade de vida, relacionadas a hábitos e estilo de vida.
- 3.2.4 Identificar as representações sociais a cerca da tuberculose com a finalidade de conhecer as suas repercussões no modo de compreensão da doença e do tratamento.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E MEDIDAS

Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo transversal quantitativo com abordagem qualitativa, com uma amostra de pacientes em tratamento para tuberculose nos Centros de Saúde (CS) e Hospitais nos quais existe o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de Regiões Administrativas do DF e em seis municípios do Entorno. Foi obtido o coeficiente de prevalência da não adesão ao tratamento e foi calculada a medida de associação (a razão de prevalências entre diversos grupos de exposição).

4.1.1 Seleção da Amostra

O tamanho da amostra foi calculado levando em conta uma prevalência de adesão mínima de 75% (variável dependente), para detectar diferenças de, no mínimo, 10% entre os níveis de adesão dos serviços de saúde estudados. Está sendo estimado erro α $p < 0.05$ e potência ($1 - \beta$ probabilidade de erro = 80,0% considerando a fórmula descrita por Browner e colaboradores (2001). Foi realizada uma simulação de cálculo de tamanho de amostra para a situação de uso de droga injetável como fator de risco (prevalência esperada = 5,0% , RP mínima detectável = 5) $\alpha = 0,05$; $1 - \beta = 80\%$ e o número de pacientes = 360. Foram consideradas como realidades diferentes, i.e., como dois universos distintos, o DF e o Entorno. Portanto, tentou-se completar duas amostras e, no mínimo, 360 indivíduos. A amostra final consistiu de 863 pacientes entrevistados.

O procedimento de amostragem foi a seleção de Centros de Saúde e Hospitais dentre as Unidades de Saúde de Regiões Administrativas do Distrito Federal com Programa de Controle de Tuberculose (PCT) do DF e de seis dos municípios mais povoados do Entorno. Foi realizada amostragem de conglomerados

em dois estratos (o primeiro composto por Hospitais e o segundo por Centros de Saúde) entre as unidades de saúde com o PCT implantado. Os pacientes foram selecionados de modo a completar o número calculado (N = 360, para cada um dos dois universos) proporcionalmente.

O principal critério de inclusão foi o diagnóstico de Tuberculose de acordo com as normas do PCT e os mesmos estarem em tratamento nas unidades de saúde. Foram excluídos da amostra indivíduos menores de 18 anos e pessoas com problemas mentais sem parentes ou responsáveis que pudessem fornecer as informações necessárias para a pesquisa.

4.1.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em universos distintos, nas unidades de saúde com PCT das Regiões Administrativas do DF: Plano Piloto, Guará, Núcleo Bandeirante, Taguatinga, Ceilândia, Gama, Samambaia, São Sebastião, Santa Maria, Recanto das Emas, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Riacho Fundo. E em seis municípios que compõem a Região Integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE - DF). Os municípios selecionados em função do número de habitantes, isto é, de possuírem ou estar próximo de 100.000 habitantes e estes foram: Formosa, Valparaíso de Goiás, Luziânia, Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental e Planaltina de Goiás.

4.1.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Foram desenvolvidos dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro composto por ficha de registro (Apêndice A) destinado à coleta dos dados individuais de cada paciente; através de levantamento dos prontuários de todos os inscritos no período de 01 de Janeiro de 2006 a 31 de Dezembro de 2008, descrito para o estudo.

O segundo foi composto por um questionário semi – estruturado contendo as variáveis e questões referentes aos objetivos propostos para o presente estudo. O questionário (Apêndice B) foi elaborado com a contribuição dos instrumentos construídos por Carvalho e colaboradores (2003), com adaptações.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas individualizadas que continham perguntas fechadas e abertas, realizadas em ambientes privativos, sob sigilo, isto é, somente com a presença do entrevistador e do paciente e/ou responsável por este, em consultórios à época do retorno das consultas apazadas e os dados secundários foram oriundos dos prontuários dos mesmos no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de Dezembro de 2008.

O pré-teste foi realizado com vinte pacientes em tratamento no Centro de Saúde/1 de Brasília, sendo as entrevistas realizadas por acadêmicos da Universidade de Brasília (UNB), treinados e acompanhados pelos autores do estudo. Foram colhidas em dias e horários diferentes, não fixos, contemplando todas as possibilidades de horários de atendimento.

As entrevistas foram realizadas pelos mesmos alunos da Universidade de Brasília (UNB), colhidos em dias e horários diferentes e não fixos, concomitantemente, nos dois universos do estudo. O treinamento dos entrevistadores ocorreu por vários dias com aulas teóricas sobre tuberculose, e foi abordado o diagnóstico, tratamento, cura e abandono além de acompanhamento nas primeiras entrevistas e supervisão constante. Quando da entrega dos questionários preenchidos, os dados foram examinados e discutidos com cada entrevistador, assim como as dúvidas e dificuldades encontradas. Nos casos em que permaneceram dúvidas acerca dos dados coletados foi feita nova análise do prontuário para confirmação.

4.1.4 Variáveis

A variável dependente foi a não-adesão, que foi estimada por dois parâmetros distintos: o primeiro considerou o relato do número de comprimidos ingeridos por dia e o segundo, o relato do número de tomadas, nos sete dias anteriores à entrevista e

comparando-os com o total prescrito. Calculou-se o percentual de não-adesão segundo os dois parâmetros estabelecidos. Considerou-se como tomada, os momentos em que o sujeito ingere os comprimidos, ao longo do dia. O tempo de recordação foi estipulado em uma semana para evitar vieses de memória. Foi considerado ponto de corte para definir boa adesão o parâmetro de 95,0% de uso da medicação conforme a prescrição, isto é, a ingestão de pelo menos 95,0% dos comprimidos prescritos e/ou pela efetiva realização de pelo menos 95,0% das tomadas prescritas.

4.1.5 Variáveis Preditoras

As variáveis preditoras corresponderam correspondiam a diversos âmbitos. Foram avaliadas variáveis socioeconômicas e demográficas (sexo, idade, estado civil, - local de domicílio, distância da residência à unidade de saúde, escolaridade, profissão / ocupação, situação de emprego, renda mensal pessoal e familiar); variáveis relativas a hábitos (uso de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas, hábitos alimentares), variáveis relacionadas ao estado clínico (tempo de diagnóstico, via de transmissão, conhecimento da doença, reincidência, cura, e duração do tratamento; presença de co-morbidades, reação ao se descobrir portador de tuberculose), variáveis relacionadas com o tratamento (esquema de tratamento, percepção do paciente quanto à medicação antituberculosa, modo de tomada da medicação, dificuldades sociais, efeitos colaterais, motivos, utilização de outros medicamentos associados); e variáveis vinculadas ao serviço (grau de interação entre a equipe de saúde e os pacientes, grau de satisfação dos pacientes quanto ao serviço, presença ou não do PACS / PSF).

Além dessas, foram formuladas 17 questões relacionadas ao suporte social, sendo que cada variável foi categorizada com repostas possíveis entre: sim, não, plenamente, pouco, muito, nada, sempre, quase sempre, raramente; destacam-se algumas questões com respostas abertas, estas posteriormente agrupadas em classe ou categoria e/ou codificadas quando pertinentes. As variáveis de suporte social incluíam: estrutura familiar e/ou comunitária; ajuda pelos familiares / amigos

na tomada da medicação, ajuda pelos familiares / amigos nas questões do dia-a dia (nominal).

Foram incluídas também sete perguntas referentes à qualidade de vida que tiveram as respostas assim categorizadas: extremamente, muito, pouco, nada. As variáveis relacionadas com a qualidade de vida incluíam: a capacidade de cumprir com suas tarefas diárias, perspectiva de futuro; sentimento de solidão, manutenção de atividades de lazer, satisfação quanto à vida sexual e presença de sentimentos negativos.

4.1.6 Análise dos Dados

Para aferir a possível associação entre as variáveis preditoras e a variável dependente – percentual de não-adesão foram calculados a Razão de Prevalência e o Intervalo de confiança de 95%. Foi utilizado o teste de Mantel-Haenszel qui-quadrado (χ^2) para cada associação e, quando pertinente, o teste Exato de Fisher. Foi considerado o valor $p < 0.05$ como limite de significância. Foi utilizado o programa Epiinfo (versão 3.16) para entrada e análise dos dados obtidos.

Para análise de regressão logística e predizer a ocorrência de não-adesão, utilizou-se o método STEPWISE, onde passo a passo foi testada cada uma das variáveis e através do teste de Wald e de Máxima Verossimilhança verificaram-se quais variáveis influenciaram significativamente na ocorrência do evento. A medida de associação calculada a partir do modelo logístico é a Razão de Chances ajustada. Utilizou-se o SPSS (versão 13.0).

Neste estudo, a análise qualitativa se fez presente, porém não foi utilizada como foco, e sim como complemento, ao relacionar os significados que os portadores de tuberculose atribuem às suas experiências no processo do adoecimento, como compreendem a doença e o tratamento e como percebem o serviço.

E no sentido de compreender essas construções que fazem parte da realidade comum dos nossos entrevistados, utilizamos as Representações Sociais (RS) como princípio teórico – metodológico, baseada na formulação de Moscovici

(2003). Segundo o autor, A função central das representações sociais, é ancorar o indivíduo no mundo, permitindo que se possa dar sentido à realidade. No processo de ancoragem as idéias estranhas são reduzidas a categorias e a imagens comuns; colocando-as em um contexto familiar (2003, p.61). A representação social, portanto é uma forma dos indivíduos interpretarem sua realidade e a realidade social, é o pensamento do cotidiano, o que nos permite analisar esta realidade sob o olhar daquele que a vivencia.

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, através duma palavra, dum gesto, ou duma reunião, em nosso mundo cotidiano. Elas impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos. Nós sabemos que elas correspondem dum lado, a substância simbólica que entra na sua elaboração e, por outro lado, à prática específica que produz essa substância do mesmo modo como a ciência ou o mito correspondem a uma prática científica ou mítica (2003, p.10).

As respostas obtidas das perguntas abertas contidas no questionário foram analisadas à luz da Teoria das Representações Sociais. Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2002), segundo a autora, a análise de conteúdo possibilita que uma 'leitura profunda' das comunicações ocorra, indo além da 'leitura aparente'. E é entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados.

Em termos dos procedimentos utilizados na análise e tratamento dos dados, inicialmente organizou-se o material obtido e fez-se uma primeira leitura, em seguida foi iniciada a análise propriamente dita, foi elaborada a síntese das respostas das perguntas abertas de cada entrevista, procurando apreender o significado mais geral das falas dos pacientes, identificando-se os elementos que eram mais frequentes ou que tinham mais destaque considerando-os mais representativos.

Em seguida realizou-se a classificação e agregação dos dados definindo-se as categorias e especificações dos temas.

Através dos resultados obtidos nas fases anteriores, foram feitas inferências e interpretações a partir dos pressupostos da fundamentação teórica e dos pressupostos que nortearam a investigação. Nessa etapa procurou-se captar o

conteúdo subjacente do conteúdo manifesto, pautado na apreensão do significado das falas dos sujeitos participantes do estudo.

4.1.7 Aspectos Éticos

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – FEPECS (078\2006). A participação no estudo foi voluntária e confidencial e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos respondentes que aceitaram participar da pesquisa.

4.2 DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal (DF) cuja área territorial é de 5.788 km², encontra-se subdividido em 30 Regiões Administrativas, e sua população atual contabiliza aproximadamente 2,6 milhões de habitantes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (IBGE, 2010), Brasília, segundo o artigo 18, § 1º, da Constituição Federal de 1988 é a capital federal, sendo dessa forma a sede do governo do Distrito Federal. Pela dicção do artigo 32, § 1º, da Lei Maior, são atribuídas ao DF as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios (Brasil, 1988b). De acordo com o governo do DF (GDF, 2008), o DF possui 15 Regionais de Saúde que se encontram divididas em seis regiões de saúde, segundo os proclames do NAO/SUS.

Ainda de acordo com o GDF (2008) a sua rede de serviços tem origem na década de 1960 quando da construção de Brasília. E se encontra assim constituída:

Unidades Básicas de saúde – 61 centros de saúde, três unidades mistas, oito postos de saúde urbanos e 23 postos de saúde rurais. 39 equipes do Programa de Saúde da Família e 17 equipes do programa de saúde bucal. Unidades Hospitalares – 11 hospitais regionais, um hospital terciário (HBDF), três hospitais especializados.

Unidades de Apoio – 1 central de radiologia, dois laboratórios regionais, um centro de orientação médico – pedagógica, um hemocentro, um laboratório central e 21 núcleos de inspeção de saúde. Além de uma escola com formação superior, técnica e treinamentos; uma fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde, uma diretoria de saúde do trabalhador.



Figura 2 – Distribuição geográfica dos locais de realização da pesquisa no Distrito Federal.

Fonte: (Mapa: www.setur.df.gov.br)

4.3 REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DF E ENTORNO – RIDE

A Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE – DF) foi criada em 1998 com o objetivo de promover a articulação inter-setorial como meio de aprimoramento e ampliação dos serviços públicos essenciais e a promoção de atividades econômicas na região, buscando a criação de emprego e a geração de renda. Dividida em quatro regiões – Entorno Sul, Entorno Norte, Região de Unaí e Região dos Pirineus; com uma área total de 57.169 Km² e uma população que soma aproximadamente mais de um milhão de pessoas. A RIDE – DF é composta por 22 municípios (Figura 3), sendo 19 no estado de Goiás e três no estado de Minas

Gerais e estão distribuídos em três níveis de polarização conforme o seu grau de dependência em relação ao DF. Entre os aspectos de dependência, os mais expressivos são a utilização de hospitais públicos e trabalho (IBGE, 2008).

Distribuição dos municípios de acordo com os níveis ou regiões:

Região I – alta polarização: Águas Lindas, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama, Santo Antonio do Descoberto e Valparaíso de Goiás.

Região II – média polarização: Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho de Goiás, Cristalina, Formosa, e Planaltina de Goiás.

Região III – baixa polarização: Água Fria de Goiás, Buritis, Cabeceira Grande, Cabeceiras, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Pirenópolis, Unaí, e Vila Boa.



Figura 3 – Distribuição geográfica dos locais de realização da pesquisa nos municípios do entorno do DF.

Fonte: Seplan – Secretaria de Planejamento do Distrito Federal.

5 RESULTADOS

Foram realizadas 863 entrevistas nas unidades de saúde inscritas no PCT nas regiões administrativas do DF e em seis municípios do Entorno no período de 2006 a 2008. O nível de adesão foi medido considerando as tomadas efetuadas e os comprimidos ingeridos nos sete dias anteriores à entrevista.

5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram realizadas 863 entrevistas nas unidades de saúde inscritas no PCT nas regiões administrativas do DF e em seis municípios do Entorno, no período de 2006 a 2008 (Tabela 1).

No Distrito Federal foram entrevistados 491 pacientes, sendo que a amostra foi composta por 267 homens e 224 mulheres. Conforme as características demográficas e socioeconômicas desses participantes foram verificadas que, quanto ao sexo, houve predominância do sexo masculino (54,4%). A idade do total dos participantes variou entre 18 e 84 anos (média = 35,4; mediana = 32,2). A maioria composta de solteiros (38,7%), seguido de casados (27,9%). Em relação à escolaridade, a maior proporção tinha segundo grau completo (23,6%). Quanto à renda pessoal a maior proporção (42,0%) dos entrevistados estava na faixa de um a três salários mínimos por mês. Pouco mais da metade possuía imóvel próprio (53,6%). Quanto ao tempo de moradia, o mesmo variou entre um mês e 79 anos (média = 9,2 anos; mediana = 7,0 anos). Quanto à procedência, a maioria reside na área urbana (94,0%).

Nos municípios selecionados do Entorno do DF onde foi realizada a pesquisa, participaram 372 pacientes, em relação às variáveis sócio-demográficas, essa amostra ficou assim distribuída: houve predominância do sexo feminino (53,5%), quanto à idade, houve variação entre 19 e 70 anos (média = 32,2; mediana = 30,0). Predominou o estado civil casado (40,3%) seguido de união consensual (19,6%).

Quanto à escolaridade, à diferença do DF, houve predomínio de 1º grau incompleto (31,5%). A categoria mais representada em relação à situação de emprego correspondeu ao emprego fixo, embora tenha sido mais frequente no Entorno quando comparada com o DF (42,0% versus 29,0%). Quanto à renda mensal pessoal, a maior proporção dos entrevistados (44,4%) estava na faixa de até um salário mínimo. A maioria possuía imóvel próprio (57,0%). Quanto ao tempo de moradia, o mesmo variou entre seis meses e 31 anos (média = 5,6 anos; mediana = 4,0 anos). Quanto à procedência, o maior percentual (91,0%.) das pessoas eram provenientes de área urbana.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Sexo	Masculino	267	54,4	173	46,5	440
	Feminino	224	46,5	199	53,5	423
Faixa etária	18 a 40	366	74,5	317	85,2	683
	41 a 60	100	20,4	49	13,2	149
	61 e mais	25	5,1	6	1,6	31
Estado civil	solteiro	190	38,7	119	32,0	309
	casado	137	27,9	150	40,3	287
	consensual	96	19,6	73	19,6	169
	separado	32	6,5	21	5,6	53
	viúvo	22	4,5	7	1,9	29
	NR	14	2,8	2	0,6	16
Escolaridade	Ñ alfabetizado	40	8,1	53	14,2	93
	1º grau incompleto	96	19,6	117	31,5	213
	1º grau completo	88	17,9	66	17,7	154
	2º grau incompleto	90	18,3	55	14,8	145
	2º grau completo	116	23,6	60	16,2	176
	3º grau incompleto	16	3,3	10	2,7	26
	3º grau completo	12	2,4	6	1,6	18
	ÑR	33	6,7	5	1,3	38
Área	Urbana	461	93,9	339	91,1	800
	Rural	30	6,1	33	8,9	63
Moradia	Aluguel	104	21,2	103	27,7	207
	Própria	263	53,6	212	57,0	475
	Cedida	53	10,8	30	8,1	83
	Outras	13	2,6	12	3,2	25
	NR	58	11,8	15	4,0	73

Continuação da Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Renda pessoal	Até 1 SM	78	15,9	165	44,4	243
	1 a 3 SM	206	42,0	132	35,5	338
	3 a 6 SM	18	3,7	13	3,5	31
	Mais que 6 SM	19	3,9	5	1,3	24
	Não se aplica/NR	170	34,5	57	15,3	227
Renda familiar	Até 1 SM	34	6,9	48	12,9	82
	1 a 3 SM	292	59,5	274	73,7	566
	3 a 6 SM	58	11,8	18	4,8	76
	Mais que 6 SM	37	7,5	17	4,6	54
	Não se aplica/NR	70	14,3	15	4,0	85
Emprego	Emprego fixo	143	29,1	156	42,0	299
	Temporário	25	5,1	47	12,6	72
	Desempregado	66	13,4	43	11,6	109
	Autônomo	79	16,1	75	20,2	154
	Aposentado	30	6,1	15	4,0	45
	Outros	9	1,8	2	0,5	11
	Não se aplica	84	17,1	31	8,3	115
	NR	55	11,3	3	0,8	58
Total	491	100,0	372	100,0	863	

NR: não respondeu SM: salário mínimo

5.2 CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE SAÚDE/PSF

No que se refere às características da oferta de serviços por parte da unidade básica de saúde onde foi tratada a maioria dos entrevistados (Tabela 2), no DF e Entorno, os pacientes trataram-se próximo de suas residências (64,0% versus 76,0%). Os pacientes referiram que também preferiram à unidade em que foram atendidos, porém essa preferência foi maior no Entorno em relação ao DF (99,0% versus 87,0%).

Verificou-se que na maioria das unidades de saúde onde foi realizada a pesquisa existe o PSF, sendo maior sua presença no Entorno (71,0% versus 98,4%). No DF a maioria dos entrevistados revelou ter tido contato em algum momento e de alguma maneira com o PSF (61,5%), porém a maioria nunca recebeu a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em suas casas (67,0%). Nos

municípios do Entorno tanto o contato quanto a visita foi resposta afirmativa da maioria dos participantes (~92,0% e 58,6%). A descrição da visita do ACS no DF só foi respondida somente por 16,7% dos entrevistados como “Boa”, já que a maioria não foi visitada. Dos participantes que foram visitados no Entorno a maior porcentagem dos que responderam referiu-se a visita também como “Boa” (34,7%).

Tabela 2 – Características da unidade de saúde (US) em que foi prestada a assistência dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Se a US é a mais próxima da casa do paciente	Sim	316	64,4	284	76,3	600
	Não	171	34,8	87	23,4	258
	NR*	4	0,8	1	0,3	5
Se a US é a de sua preferência	Sim	430	87,6	370	99,5	800
	Não	59	12,0	2	0,5	61
	NR	2	0,4	0	0,0	2
Existência do PSF em seu local de moradia	Sim	332	67,6	372	100,0	704
	Não	40	8,2	0	0,0	40
	Não Sabe	119	24,2	0	0,0	119
Existência do PSF US	Sim	349	71,1	366	98,4	715
	Não	134	27,3	6	1,6	140
	Não sabe	5	1,0	0	0,0	5
	NR	3	0,6	0	0,0	3
Se já teve contato com o PSF	Sim	302	61,5	341	91,7	643
	Não	188	38,3	31	8,3	219
	NR	1	0,2	0	0,0	1
Se já recebeu visita do ACS	Sim	159	32,4	218	58,6	377
	Não	329	67,0	154	41,4	483
	NR	3	0,6	0	0,0	3
Descrição da visita do ACS	Ótima	57	11,6	38	10,2	95
	Boa	82	16,7	129	34,7	211
	Regular	19	3,9	48	12,9	67
	Ruim	2	0,4	2	0,5	4
	NR	331	67,4	155	41,7	486
	Total		491	100,0	372	100,0

NR: não respondeu

5.3 VARIÁVEIS DA DOENÇA

Em relação ao conhecimento da doença (Tabela 3), a maior porcentagem dos sujeitos entrevistados nos dois cenários do estudo, DF e Entorno, revelou ter

conhecimento sobre a doença nos aspectos de conhecimento do nome, transmissão, cura, duração do tratamento e tempo de tomada da medicação.

Quando perguntado se já tinham contraído tuberculose antes, a grande maioria respondeu que era a primeira vez que contraíam a doença, tanto no DF (90,4%) quanto nos municípios do Entorno (89,0%). Em relação ao risco de contraírem novamente a doença, os entrevistados dos dois cenários do estudo revelaram ter conhecimento do fato, sendo que os do entorno foram maioria em relação aos do DF (~98,0% e 86,4%).

Sobre o conhecimento dos pacientes sobre quanto tempo estavam doentes de tuberculose, de acordo com as respostas dos entrevistados no DF variou entre um e 120 meses (média = 3.94; mediana = 3.0), e no Entorno a variação foi entre um e 38 meses (média = 3.53; mediana = 3.0). O conhecimento sobre o tempo de duração do tratamento no DF variou entre seis e 24 meses (média = 6.05; mediana = 6.0), e na região do entorno variou entre seis e nove meses (média = 6.01; mediana = 6.0). Quando indagados por quanto tempo deveriam fazer uso da medicação, no DF, a variação ficou entre um e nove meses (média = 5.45; mediana = 6.00), no Entorno, as respostas dos participantes mostraram uma variação entre dois e nove meses (média = 5.95; mediana = 6.00).

Tabela 3 – Variáveis da doença na percepção dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Sabe o nome da doença	Sim	483	98,4	371	99,7	854
	Não	6	1,2	1	0,3	7
	NR	2	0,4	0	0,0	2
Já teve tuberculose antes	Sim	45	9,2	40	10,7	85
	Não	444	90,4	331	89,0	775
	NR	2	0,4	1	0,3	3
Sabe se pode ter TB novamente	Sim	424	86,4	364	97,9	788
	Não	32	6,5	2	0,5	34
	Não sabe	30	6,1	3	0,8	33
	NR	5	1,0	3	0,8	8
Sabe como é transmitida	Sim	445	90,6	369	99,2	814
	Não	46	9,4	3	0,8	49
Sabe se tem cura	Sim	475	96,7	371	99,7	846
	Não	0	0	1	0,3	1
	Não sabe	16	3,3	0	0,0	16

Continuação da Tabela 3 – Variáveis da doença na percepção dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Sabe a duração do tratamento	Sim	469	95,5	370	99,4	839
	Não	21	4,3	1	0,3	22
	NR	1	0,2	1	0,3	2
Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	451	91,9	368	98,9	819
	Não	38	7,7	4	1,1	42
	NR	2	0,4	0	0,0	2
	Total	491	100.0	372	100.0	863

NR: não respondeu

5.4 VARIÁVEIS DO TRATAMENTO

Dentre os sujeitos participantes do estudo, conforme (Tabela 4), a forma clínica predominante foi a pulmonar tanto no DF (86,0%) como nos municípios do entorno (89,0%). Em relação ao esquema de tratamento, o Esquema I predominou nas localidades citadas (91,0% no DF e 90,0% no Entorno), seguido do Esquema IR a ambas, com 25 pacientes no DF e 37 no entorno.

Em relação à co-morbidades, a maioria dos participantes afirmou que eram somente portadores de TB e que não tinham outra doença (DF 54,0%; Entorno 76,0%). Foi interessante constatar que um percentual maior no DF referiu não saber a esse respeito (~24,0% versus 3,5%). Dentre os que apresentavam outras doenças, as de maiores frequências foram: hipertensão 86 casos, diabetes 33 pessoas, HIV/AIDS 21 pacientes e depressão 20 relatos. A fase do tratamento dos pacientes entrevistados no DF variou entre um e nove meses (média = 3.25; mediana = 3.0), no Entorno a variação foi entre um e sete meses (média = 3.50; mediana = 4.00).

Tabela 4 – Variáveis do tratamento na percepção dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Forma Clínica da Tuberculose	Pulmonar	424	86,4	332	89,2	756
	Extra – Pulmonar	65	13,2	40	10,8	105
	Não informado	2	0,4	0	0	2

Continuação da Tabela 4 – Variáveis do tratamento na percepção dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Esquema de Tratamento	I	448	91,2	335	90,1	783
	II	2	0,4	0	0,0	2
	IR	25	5,1	37	9,9	62
	III	2	0,4	0	0,0	2
	Esquema Especial	14	2,9	0	0,0	14
Co-morbidades	Sim	110	22,4	77	20,7	187
	Não	265	54,0	282	75,8	547
	Não sabe	116	23,6	13	3,5	129
Total		491	100,0	372	00,0	863

5.5 NÍVEL DE ADESÃO AO TRATAMENTO: ADERENTE ÀS TOMADAS E ADERENTE AOS COMPRIMIDOS

A frequência de adesão ao tratamento dos pacientes entrevistados foi feito da seguinte maneira: 1) estimado pelo percentual de tomadas na última semana prévia à entrevista. 2) estimado pelo percentual de comprimidos em relação ao previsto na última semana.

Ao investigarmos sobre a tomada da medicação (Tabela 5), foi verificado que dos investigados no DF, 93,5% tomaram todos os medicamentos antituberculosos nos últimos sete dias à época em que foram arguidos, 6,1% deixaram de tomar por vários motivos, sendo que 17 pacientes pertenciam ao sexo masculino e 13 ao sexo feminino. Nos participantes investigados dos Municípios do Entorno, 98,9% tomaram todos os medicamentos nos últimos sete dias à época em que foram arguidos, somente quatro pacientes deixaram de tomar também por vários motivos, três eram do sexo masculino e um do sexo feminino. A frequência de relato de efeitos colaterais foi maior no DF em relação Entorno (~51,0% versus 39,0%, respectivamente). Quando indagados a respeito de saberem o que poderia acontecer se não aderissem ao tratamento isto é, se parassem de tomar os medicamentos por algum motivo, mais de 60,0% dos sujeitos participantes do estudo das duas localidades respondeu que têm conhecimento das consequências que advêm com a não adesão á terapêutica medicamentosa. Em relação à

disponibilidade do medicamento anti-tb nas Unidades de Saúde foi referido como sempre disponível por um grande percentual nas duas regiões estudadas.

No referente ao tratamento supervisionado, verificou-se que o mesmo está sendo aplicado em mais da metade dos pacientes do estudo com proporções semelhantes no DF (56,0%) e no Entorno (55,0%). A supervisão dos pacientes é realizada na maioria por familiares dos mesmos (33,2% e 42,5%).

Arguidos sobre as razões, os motivos que levam os pacientes a abandonarem o tratamento, no DF, o maior percentual dos entrevistados (~64,0%) respondeu que não sabia; o inverso ocorreu no Entorno, houve um maior percentual dos entrevistados (57,0%) que revelou conhecer as causas que determinavam o abandono.

Em relação à quantidade de comprimidos tomados diariamente pelos entrevistados, no DF, variou entre um e 10 comprimidos / dia (média = 5.05; mediana = 4.0). No Entorno variou entre um e oito comprimidos / dia (média = 4.66; mediana = 4.0).

O nível de pacientes aderentes ao tratamento encontrado no estudo foi elevado, sendo, porém mais elevado nos participantes dos municípios do Entorno. No DF foi de 96,3% e na região do Entorno foi de 99,2%.

Tabela 5 – Adesão ao tratamento da tuberculose dos pacientes incluídos no estudo no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Tomou todos os medicamentos para TB nos últimos 7 dias	Sim	459	93,5	368	98,9	827
	Não	30	6,1	4	1,1	34
	NR	2	0,4	0	0,0	2
Sentiu algum desconforto com a medicação	Sim	250	50,9	146	39,2	396
	Não	239	48,7	225	60,5	464
	NR	2	0,4	1	0,3	3
Sabe o que pode acontecer se parar de tomar a medicação	Sim	295	60,1	227	61,0	522
	Não	193	39,3	143	38,4	336
	NR	3	0,6	2	0,6	5
Medicamentos estão sempre disponíveis na US	Sim	483	98,4	371	99,7	854
	Não	6	1,2	0	0,0	6
	NR	2	0,4	1	0,3	3
O tratamento é supervisionado	Sim	276	56,2	205	55,1	481
	Não	212	43,2	167	44,9	379
	NR	3	0,6	0	0,0	3

Continuação da Tabela 5 – Adesão ao tratamento da tuberculose dos pacientes incluídos no estudo no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total
		n	%	n	%	n
Por quem é supervisionado o tratamento	Família	163	33,2	158	42,5	321
	ACS	40	8,2	38	10,2	78
	Outros	53	10,8	2	0,5	55
	Família e ACS	9	1,8	7	1,9	16
	NA / NR	226	46,0	167	44,9	393
Sabe por que as pessoas abandonam o tratamento	Sim	172	35,0	213	57,3	385
	Não	313	63,7	158	42,5	471
	NR	6	1,3	1	0,2	7
Aderentes às tomadas	Sim	473	96,3	369	99,2	843
	Não	18	3,7	3	0,8	20
Aderente aos comprimidos	Sim	473	96,3	369	99,2	842
	Não	18	3,7	3	0,8	21
Total		491	100,0	372	100,0	863

NR: não respondeu NA / NR: não se aplica ou não respondeu.

5.6 PERCEPÇÃO AO ATENDIMENTO E DO SERVIÇO DE SAÚDE

Em relação às informações recebidas sobre a doença e a necessidade de determinados cuidados (Tabela 6), tanto no DF quanto nos municípios do Entorno a maioria dos pacientes tiveram informações sobre aspectos tais como o nome da doença, a duração do tratamento, forma de transmissão, a tomada regular dos medicamentos, os efeitos adversos dos mesmos, a interação medicamentosa e a importância dos retornos mensais à unidade de saúde. A orientação familiar e exame de comunicantes foram maiores no Entorno (99,0% comparada com 93,0% no DF); apenas a família de dois participantes do Entorno não receberam orientação e não fizeram o exame.

Tabela 6 – Informações proporcionadas nas unidades de saúde aos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total
		n	%	n	%	n
Informações sobre: a doença	Sim	422	85,9	372	100	794
	Não	69	14,1	0	0	69

Continuação da Tabela 6 – Informações proporcionadas nas unidades de saúde aos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
O tempo de duração do tratamento	Sim	471	95,9	372	100	843
	Não	20	4,1	0	0	20
A transmissão da doença	Sim	449	91,4	371	99,7	820
	Não	42	8,6	1	0,3	43
Orientação familiar e exames dos comunicantes	Sim	458	93,3	368	99,0	826
	Não	30	6,1	2	0,5	32
	NR	3	0,6	2	0,5	5
A importância da ingestão regular dos medicamentos	Sim	481	98,0	371	99,7	852
	Não	10	2,0	1	0,3	11
Os efeitos adversos dos medicamentos	Sim	448	91,2	370	99,5	818
	Não	43	8,8	2	0,5	45
Importância do retorno mensal	Sim	482	98,2	371	99,7	853
	Não	9	1,8	1	0,3	10
A interação do tratamento anti-TB com outros medicamentos	Sim	386	78,6	364	97,8	750
	Não	86	17,5	6	1,5	92
	NR	19	3,9	2	0,6	21
Total		491	100,0	372	100,0	863

NR: não respondeu

Quanto à oferta de serviços, (Tabela 7), verificou-se que houve maior oferta de serviços no Entorno. Por exemplo, o teste anti-HIV foi oferecido para a maioria dos pacientes (87,0% versus 99,7%); no Entorno apenas um entrevistado não fez o teste. A solicitação de baciloscopias de retorno também foi realizada junto à maior parte dos entrevistados (no DF, 71,5% e no Entorno, 96,0%). Os pacientes dos municípios do Entorno têm maior proporção em consultas com outros profissionais que não os do PCT (48,0%) que os do DF (32,0 %).

Em relação à percepção do atendimento também registrado na Tabela 7. A maioria dos participantes do estudo revelou satisfação com o serviço, tanto os entrevistados do DF quanto os do Entorno classificaram como “Bom” (~74,0% e 76,0%). Porém, um maior percentual de pacientes percebeu o atendimento como “acima da média” no DF (cerca de 13,6%) em relação ao Entorno (1,0%). Também vale a pena anotar que um percentual dos pacientes do Entorno não responderam essa pergunta (21,0%) em relação ao DF (~10,0%).

Em relação a ter acesso a algum profissional da equipe para tirar dúvidas sobre a medicação (Tabela 7), houve proximidade no percentual dos pacientes nos dois universos do estudo que disseram que sempre tem alguém disponível, sendo que no DF a proporção foi maior que no Entorno (~59% e 53%). Em referência ao grau de satisfação quanto ao acolhimento pela equipe na unidade de saúde a maioria dos participantes disse estar satisfeita (73,3% vs 83,3%, no DF e Entorno, respectivamente). Ao somar as duas categorias de maior satisfação quanto o grau de satisfação com a equipe (totalmente satisfeito + satisfeito), tal satisfação é um pouco maior no DF (94,3%) quando comparada com o Entorno (90,3%). Dentre os que se revelaram insatisfeitos e parcialmente insatisfeitos, quando indagados sobre o motivo, as repostas mais frequentes foram:

O atendimento é muito rápido, o médico não passou nem 30 segundos me atendendo, não olhou o meu RX e nem na minha cara (paciente do sexo masculino, 72 anos, casado, 2º grau completo, comerciante. Tb pulmonar 1º mês de tratamento. Brasília- DF).

Pela demora no atendimento e pelo acolhimento mais ou menos, a enfermagem atende melhor, o médico não presta muita atenção na gente (paciente do sexo masculino, 36 anos, solteiro, 3º grau completo, HIV positivo. Brasília – DF).

Não gosto da forma que sou tratado (paciente do sexo masculino, 28 anos, solteiro Tb pulmonar, 3º mês de tratamento. Região do entorno - Planaltina de GO).

Perguntados sobre qual profissional se relacionavam melhor, a maioria dos inquiridos nos dois cenários do estudo revelou que a enfermeira era com quem ficavam mais a vontade (16,7% vs 26,6%) no DF e Entorno, respectivamente, seguida da auxiliar de enfermagem no DF (14,0%)

A enfermeira tem uma linguagem melhor, eu entendo mais fácil (paciente do sexo masculino, 41 anos, casado, 2º grau incompleto, autônomo. Tb pulmonar, 5º mês de tratamento. Brasília-DF).

Dão mais atenção, explicam melhor, tanto a enfermeira e principalmente a auxiliar (paciente do sexo masculino, 47 anos, casado, 1º grau incompleto, serralheiro. Tb pulmonar, 3º mês de tratamento. Brasília – DF).

A auxiliar de enfermagem, pela atenção, o acolhimento, o esclarecimento de dúvidas (paciente do sexo feminino, 38 anos, solteira, 3º grau completo, professora. Tb pulmonar, 4º mês de tratamento. Brasília – DF).

A duração da consulta médica no DF variou entre dois e 60 minutos (média= 14.90; mediana = 15.00). No Entorno a variação foi de 5 a 60 minutos (média = 16.93; mediana = 15.00). As medianas foram iguais.

Tabela 7 – Oferta de serviços e percepção da qualidade do atendimento e acolhimento nos pacientes do estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Oferta do teste de HIV	Sim	429	87,4	371	99,7	800
	Não	58	11,8	1	0,3	59
	NR	4	0,8	0	0,0	4
Baciloscopias de retorno	Sim	351	71,5	357	96,0	708
	Não	122	24,8	10	2,7	132
	NR	18	3,7	5	1,3	23
Outros tipos de consultas com outros prof.	Sim	158	32,2	179	48,1	337
	Não	330	67,2	193	51,9	523
	NR	3	0,6	0	0,0	3
Grau de satisfação com o serviço	Acima da Média	67	13,6	4	1,1	71
	Bom	363	73,9	284	76,3	647
	Abaixo da Média	14	2,9	6	1,6	20
	Ruim	0	0,0	0	0,0	0
	NR	47	9,6	78	21,0	125
Compreendeu a informação lhe foi dada	Sim	469	95,5	369	99,2	838
	Não	1	0,2	2	0,5	3
	Em parte	20	4,1	1	0,3	21
	Não respondeu	1	0,2	0	0,0	1
Pode contar com alguém da equipe p/ tirar dúvidas sobre a medicação	Sempre	288	58,7	197	53,0	485
	Quase sempre	187	38,0	170	45,7	357
	Raramente	14	2,9	2	0,5	16
	Nunca	2	0,4	0	0,0	2
	NR	0	0,0	3	0,8	3
Satisfação com o acolhimento pela equipe de profissionais	Insatisfeito	0	0,0	2	0,5	2
	Parcial. satisf.	10	2,0	23	6,2	33
	Satisfeito	360	73,3	310	83,3	670
	Totalmente sat.	103	21,0	26	7,0	129
	NR	18	3,7	11	3,0	29
Qual profissional com que melhor se relaciona*	Médico	41	8,4	73	19,6	114
	Enfermeira	82	16,7	99	26,6	181
	Auxiliar de enferm.	69	14,1	32	8,6	101
	ACS	53	10,8	22	5,9	75

Continuação da Tabela 7 – Oferta de serviços e percepção da qualidade do atendimento e acolhimento nos pacientes do estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Qual profissional com quem melhor se relaciona	Enf e Aux. Enf.	36	7,3	2	0,5	38
	Médico, Enf. e Aux.	9	1,8	0	0,0	9
	Md e enf.	2	0,4	0	0,0	2
	Md e Aux. Enf.	5	1,0	0	0,0	5
	Md e ACS	3	0,6	0	0,0	3
	Enf e ACS	2	0,4	0	0,0	2
	Todos	2	0,4	0	0,0	2
	NR	187	38,1	144	38,8	331
Total		491	100,0	372	100,0	863

5.7 SUPORTE SOCIAL

Quanto ao apoio microssocial (Tabela 8) a maioria dos pacientes entrevistados no DF (45,0%) residia com os familiares; no Entorno residiam predominantemente com cônjuge e familiares (39,0%). Apenas uma pequena proporção de pacientes morava sozinha sendo esta maior no DF (7% versus 4,8%).

Em relação à família ter conhecimento da doença, a grande maioria dos participantes, nos dois cenários da pesquisa, responderam afirmativamente. Quando indagados se existia alguém com pudesse desabafar e conversar sobre a sua saúde muitos participantes contam com pessoas tanto na família como em um círculo mais amplo: os familiares, amigos, padrinhos, vizinhos, pastor, padre, irmãos da congregação, pais e mães- de- santo, irmãos de santo, patrões, agente de saúde.

Na maioria dos casos a família fez exames sendo esta proporção maior no Entorno. A grande maioria recebe apoio da família em relação ao tratamento com maior proporção no Entorno em relação ao DF (93,3% e 86,6%). Os níveis de satisfação foram semelhantes sendo que 65,0% a 64,0% estavam plenamente satisfeitos.

Foi interessante constatar que uma proporção maior de pacientes no DF referiu ter sofrido preconceitos em relação ao Entorno (14,0% versus 4,6%). As demonstrações de preconceito mais comuns relatadas pelos entrevistados foram:

Amigos se afastaram com medo de pegar a doença (paciente do sexo masculino, 21 anos, solteiro, tb pulmonar 2º mês de tratamento, Região do entorno, Águas Lindas de GO).

Utensílios foram separados, roupas lavadas separadas (paciente do sexo masculino, 39 anos, sexo masculino, casado, tb pulmonar 4º mês de tratamento, Região do entorno, Planaltina de GO).

Colegas de trabalho se afastaram (DF).

Quase fui demitido no trabalho (DF).

A separação (conjugal) ocorreu mais por causa da doença (DF).

Tabela 8 – Suporte micro-social familiar dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Com quem reside	Familiares	222	45,2	110	29,6	332
	Cônjuge apenas	74	15,1	75	20,2	149
	Cônjuge e fam.	125	25,5	145	39	270
	Sozinho	34	6,9	18	4,8	52
	Outros	20	4,1	12	3,2	32
	Instituição	5	1,0	3	0,8	8
	NR	11	2,2	9	2,4	20
Família sabe que está doente	Sim	478	97,4	359	96,5	837
	Não	12	2,4	9	2,4	21
	NR	1	0,2	4	1,1	5
Família conhece sobre a transmissão da doença	Sim	456	92,9	358	96,2	814
	Não	33	6,7	10	2,7	43
	NR	2	0,4	4	1,1	6
Família fez exames	Sim	425	86,6	347	93,3	772
	Não	64	13,0	20	5,4	84
	NR	2	0,4	5	1,3	7
Sofreu algum preconceito	Sim	70	14,3	17	4,6	87
	Não	421	85,7	352	94,6	773
	NR	0	0	3	0,8	3
Recebe apoio família quanto às necessidades	Sim	468	95,3	356	95,7	824
	Não	22	4,5	13	3,5	35
	NR	1	0,2	3	0,8	4
Recebe apoio familiar em relação à doença e tratamento	Sim	444	90,4	355	95,4	799
	Não	45	9,2	14	3,8	59
	NR	2	0,4	3	0,8	5
Está satisfeito com o apoio que recebe	Plenamente	319	65,0	239	64,2	558
	Muito	112	22,8	111	29,8	223
	Pouco	30	6,1	8	2,2	38
	Nada	27	5,5	11	3,0	38
	NR	3	0,6	3	0,8	6
	Total	491	100,0	372	100,0	863

NR: não respondeu.

Quanto ao apoio recebido por amigos (Tabela 9), um percentual menor de pacientes do DF referiu que os amigos sabiam da doença (~88,0%) em relação aos do Entorno (95,0%). Também foi maior o percentual de relato de apoio recebido por amigos no Entorno (89,5%) quando comparado com o DF (73,3%) sendo também maior o nível de satisfação com esse apoio no Entorno. De modo semelhante, no Entorno foi referida uma proporção maior de disponibilidade permanente (categoria “sempre”) de outras pessoas para falar sobre a doença (DF = ~30,0%; Entorno = 42,0%), para cuidar de entes queridos (filhos, pais) caso precisar de hospitalização (DF = 34,0%; Entorno= 44,0%), e de apoio financeiro (DF = 37,0%; Entorno= 46,0%), em relação ao DF. A única variável em que essas prevalências de relato foram semelhantes nas duas regiões foi a de contar com alguém para acompanhar o (a) paciente ao médico (45,0% e 44,0%). Finalmente, o nível de satisfação com o apoio que recebem dos amigos foi maior no Entorno em relação ao DF. “As categorias “plenamente satisfeitas” e satisfeitas” quando somadas representam no DF 66,2%. No Entorno essa proporção corresponde a 92,2%.

Tabela 9 – Suporte micro-social de amigos dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Os seus amigos sabem da doença	Sim	431	87,8	354	95,2	785
	Não	60	12,2	15	4,0	75
	Não respondeu	0	0,0	3	0,8	3
Recebe apoio dos amigos	Sim	360	73,3	333	89,5	693
	Não	91	18,5	20	5,4	111
	Não respondeu	40	8,1	19	5,1	59
Está satisfeito com o apoio que recebe dos amigos	Plenamente	168	34,2	207	55,6	375
	Muito	157	32,0	136	36,6	293
	Pouco	51	10,4	9	2,4	60
	Nada	70	14,3	2	0,5	72
	NR	45	9,2	18	4,8	63
Há outras pessoas que dão apoio quando precisa falar sobre a saúde	Sempre	147	29,9	158	42,5	305
	Quase sempre	56	11,4	25	6,7	81
	Raramente	23	4,7	25	6,7	48
	Nunca	263	53,6	161	43,3	424
	NR	2	0,4	3	0,8	5

Continuação da Tabela 9 – Suporte micro-social de amigos dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Conta com alguém para acompanhá-lo ao médico	Sempre	223	45,4	165	44,4	388
	Quase sempre	168	34,2	146	39,2	314
	Raramente	45	9,2	24	6,5	69
	Nunca	18	3,7	19	5,1	37
	NR	37	7,5	18	4,8	55
Conta com alguém para cuidar de seus filhos e pais se precisar hospitalizar-se	Sempre	167	34,0	161	43,3	328
	Quase sempre	140	28,5	80	21,5	220
	Raramente	32	6,5	18	4,8	50
	Nunca	10	2,0	16	4,3	26
	NA	99	20,2	80	21,5	179
	NR	43	8,8	17	4,6	60
Conta com alguém se precisar de apoio financeiro	Sempre	183	37,3	174	46,8	357
	Quase sempre	188	38,3	135	36,3	323
	Raramente	53	10,8	30	8,1	83
	Nunca	24	4,9	16	4,3	40
	NA	8	1,6	0	0,0	8
	NR	35	7,1	17	4,5	52
	Total	491	100,0	372	100,0	863

NR: não respondeu; NA: não se aplica.

5.8 QUALIDADE DE VIDA

Quanto à qualidade de vida (Tabela 10), a maioria das variáveis mostrou que os pacientes do DF referem maior sofrimento e limitações por várias causas. Desse modo, quando se somam as categorias “extremamente” e “muito”, percebe-se a maior limitação no DF quando comparado com o Entorno: por causa de impedimento físico (11,2% versus 1,9%), estado emocional alterado (6,3% ~2,0%), solidão (~14,0% versus 4,0%) e com a presença de sentimentos negativos (10,8% versus 2,7%).

A variável “otimismo em relação ao futuro” obteve essa sorte de respostas positivas em 76,2% dos pacientes do DF comparado com 88,2% dos pacientes do Entorno. Também houve diferenças na satisfação com a vida sexual: enquanto pouco menos da metade dos pacientes do DF se mostraram “extremamente” e

“muito” satisfeitos com a vida sexual (48,0%), no Entorno essa proporção foi de 66,0%. A capacidade de ter atividades recreativas ou de lazer foi também menor no DF (51,0%) em relação ao Entorno (73,0%).

Tabela 10 – Qualidade de vida dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Impedimento Físico p/ realizar tarefas do cotidiano	Extremamente	16	3,3	1	0,3	17
	Muito	39	7,9	6	1,6	45
	Pouco	275	56,0	269	72,3	544
	Nada	160	32,6	90	24,2	250
	NR	1	0,2	6	1,6	7
Se o Estado emocional impede de realizar tarefas	Extremamente	6	1,2	2	0,5	8
	Muito	25	5,1	5	1,3	30
	Pouco	303	61,7	273	73,4	576
	Nada	155	31,6	87	23,5	242
	NR	2	0,4	5	1,3	7
Otimismo em relação ao Futuro	Extremamente	124	25,3	163	43,8	287
	Muito	250	50,9	165	44,4	415
	Pouco	107	21,8	39	10,5	146
	Nada	8	1,6	0	0,0	8
	NR	2	0,4	5	1,3	7
Sente-se Sozinho na vida	Extremamente	24	4,9	1	0,3	25
	Muito	44	9,0	14	3,8	58
	Pouco	302	61,5	278	74,7	580
	Nada	115	23,4	74	19,9	189
	NR	6	1,2	5	1,3	11
Capacidade para o Lazer	Extremamente	52	10,6	125	33,6	177
	Muito	199	40,5	148	39,8	347
	Pouco	219	44,6	92	24,7	311
	Nada	14	2,9	3	0,8	17
	NR	7	1,4	4	1,1	11
Satisfação com a vida sexual	Extremamente	49	10,0	119	32,0	168
	Muito	187	38,1	129	34,7	316
	Pouco	179	36,5	95	25,5	274
	Nada	57	11,6	21	5,6	78
	NR	19	3,8	8	2,2	27
Presença de Sentimentos Negativos	Extremamente	7	1,4	3	0,8	10
	Muito	46	9,4	6	1,9	53
	Pouco	380	77,4	303	81,5	683
	Nada	55	11,2	56	15,1	111
	NR	3	0,6	3	0,7	6
	Total	491	100,0	372	100,0	863

NR: não respondeu.

5.9 HÁBITOS

Quando arguidos em relação aos hábitos (Tabela 11), os participantes dos dois cenários do estudo preferiram se referir ao passado. Os que fizeram uso de álcool foi maioria no DF (51,0%) o inverso ocorreu no Entorno. Em relação ao tabaco, a maior proporção dos entrevistados do DF (68,8%) e Entorno (73,4%) disseram que nunca haviam sido fumantes. Quanto às drogas ilícitas, a maioria dos participantes respondeu negativamente, sendo a maior proporção no DF (91,3%) em relação ao Entorno (89,0%). Entre a minoria que fez uso, o tipo predominante foi a maconha. Em relação à quantidade de refeições diárias a maioria dos entrevistados do DF (48,1%) referiu fazer três refeições ao dia, já no Entorno o maior percentual dos participantes do estudo fazia mais de três refeições (51,1%).

Tabela 11 – Hábitos dos pacientes incluídos no estudo de não-adesão ao tratamento da tuberculose no DF e Entorno. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	DF		Entorno		Total n
		n	%	n	%	
Já fez uso de álcool	Sim	250	50,9	130	35,0	380
	Não	187	38,1	237	63,7	424
	NR	54	11,0	5	1,3	59
Já fumou	Sim	110	22,4	95	25,5	205
	Não	338	68,8	273	73,4	611
	NR	43	8,8	4	1,1	47
Já fez uso de outras drogas	Sim	36	7,3	41	11,0	77
	Não	448	91,3	331	89,0	779
	NR	7	1,4	0	0,0	7
Tipo de droga	Maconha	19	3,9	26	7,0	45
	Cocaína	3	0,6	0	0,0	3
	Crack	1	0,2	0	0,0	1
	Mais de uma	12	2,4	7	1,9	19
	NA/NR	456	92,9	339	91,1	795
Quantas refeições faz por dia	Uma vez ao dia	5	1,0	0	0,0	5
	Duas vezes ao dia	20	4,1	5	1,3	25
	Três vezes ao dia	236	48,1	152	40,9	388
	Mais de três vezes ao dia	214	43,6	190	51,1	404
	NR	16	3,2	25	6,7	41
	Total	491	100,0	372	100,0	863

NA: não se aplica; NR: não respondeu.

5.10 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO NÃO AJUSTADA

Nas tabelas a seguir, apresentam-se a análise da associação das variáveis com a não-adesão quando estimada pelas tomadas semanais.

Foi realizado o teste qui-quadrado Mantel-Haenszel (e Teste Exato de Fisher quando recomendado) para avaliar a relação de dependência entre as variáveis e a não-adesão, a medida do valor de p indica se essa dependência é significativa. Para valor de p menor que 0,05 inferem-se relação significativa de dependência, ou seja, a ocorrência da não-adesão tem influencia de algumas das variáveis e para p maior que 0,05 indicam que as variáveis são independentes e que a não-adesão não está relacionada com a ocorrência das variáveis em estudo.

Das variáveis sócio-demográficas (Tabela 12), mostraram-se associadas com significância, o estado civil, o local de residência e a escolaridade. Foi detectado nesse estudo que, pessoas solteiras tiveram prevalência duas vezes maior de não adesão, os que residiam no DF tiveram quase cinco vezes mais probabilidade de não-adesão e os participantes com baixa escolaridade tinham três vezes mais chances de não aderir ao tratamento. As demais variáveis não demonstraram significância estatística para a não-adesão. Em relação às variáveis relacionadas às características da doença, somente a fase do tratamento revelou-se estatisticamente significativa. O fato de estar nos três primeiros meses do tratamento, mostrou-se determinante, os pacientes nesta fase tinham prevalência três vezes maior de não adesão.

Desse modo, foi detectado nesse estudo que, pessoas solteiras, com baixa escolaridade, residente no DF e nos três primeiros meses do tratamento tinham maiores chances de não aderir ao tratamento.

Tabela 12 – Associação entre variáveis preditoras (socioeconômicas e características da doença) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
Sexo	Masculino	440	3,2%	1,92	0,78 - 4,72	0,14
	Feminino	423	1,7%			

Continuação da Tabela 12 – Associação entre variáveis preditoras (socioeconômicas e características da doença) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno. Brasília, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																																																																																						
Idade	> 40	180	1,7%	0,63	0,19 - 2,12	0,45																																																																																						
	< 40	683	2,6%				Estado civil	Solteiro	309	3,9%	2,39	1,02 - 5,61	0,039	Outros	554	1,6%	Local de residência	DF	491	3,7%	4,68	1,37 - 16,01	0,007	Entorno	372	0,8%	Forma Clínica	Pulmonar	756	2,4%	0,83	0,25 - 2,78	0,48	Extra – Pulmonar	105	2,9%	Fase do tratamento	≤ 3 meses	484	3,5%	3,32	1,13 - 9,78	0,020	> 3 meses	378	1,1%	Esquema de Tratamento	Esquema I	783	2,7 %	—	—	0,12	Outros Esquemas	80	0,0%	Já teve tuberculose antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 - 9,94	0,018	Alta	365	1,1%	Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%	Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73
Estado civil	Solteiro	309	3,9%	2,39	1,02 - 5,61	0,039																																																																																						
	Outros	554	1,6%				Local de residência	DF	491	3,7%	4,68	1,37 - 16,01	0,007	Entorno	372	0,8%	Forma Clínica	Pulmonar	756	2,4%	0,83	0,25 - 2,78	0,48	Extra – Pulmonar	105	2,9%	Fase do tratamento	≤ 3 meses	484	3,5%	3,32	1,13 - 9,78	0,020	> 3 meses	378	1,1%	Esquema de Tratamento	Esquema I	783	2,7 %	—	—	0,12	Outros Esquemas	80	0,0%	Já teve tuberculose antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 - 9,94	0,018	Alta	365	1,1%	Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%	Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%						
Local de residência	DF	491	3,7%	4,68	1,37 - 16,01	0,007																																																																																						
	Entorno	372	0,8%				Forma Clínica	Pulmonar	756	2,4%	0,83	0,25 - 2,78	0,48	Extra – Pulmonar	105	2,9%	Fase do tratamento	≤ 3 meses	484	3,5%	3,32	1,13 - 9,78	0,020	> 3 meses	378	1,1%	Esquema de Tratamento	Esquema I	783	2,7 %	—	—	0,12	Outros Esquemas	80	0,0%	Já teve tuberculose antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 - 9,94	0,018	Alta	365	1,1%	Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%	Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%																
Forma Clínica	Pulmonar	756	2,4%	0,83	0,25 - 2,78	0,48																																																																																						
	Extra – Pulmonar	105	2,9%				Fase do tratamento	≤ 3 meses	484	3,5%	3,32	1,13 - 9,78	0,020	> 3 meses	378	1,1%	Esquema de Tratamento	Esquema I	783	2,7 %	—	—	0,12	Outros Esquemas	80	0,0%	Já teve tuberculose antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 - 9,94	0,018	Alta	365	1,1%	Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%	Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%																										
Fase do tratamento	≤ 3 meses	484	3,5%	3,32	1,13 - 9,78	0,020																																																																																						
	> 3 meses	378	1,1%				Esquema de Tratamento	Esquema I	783	2,7 %	—	—	0,12	Outros Esquemas	80	0,0%	Já teve tuberculose antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 - 9,94	0,018	Alta	365	1,1%	Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%	Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%																																				
Esquema de Tratamento	Esquema I	783	2,7 %	—	—	0,12																																																																																						
	Outros Esquemas	80	0,0%				Já teve tuberculose antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 - 9,94	0,018	Alta	365	1,1%	Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%	Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%																																														
Já teve tuberculose antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65																																																																																						
	Não	775	2,5%				Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 - 9,94	0,018	Alta	365	1,1%	Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%	Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%																																																								
Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 - 9,94	0,018																																																																																						
	Alta	365	1,1%				Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%	Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%																																																																		
Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 - 2,49	0,50																																																																																						
	> 2 Sal. Mínimo	172	2,9%				Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%																																																																												
Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47 - 2,73	0,78																																																																																						
	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%																																																																																									

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e Teste Exato de Fisher quando recomendado.

As variáveis relacionadas com a existência do PSF na cidade de moradia dos entrevistados e nas Unidades de Saúde em que eram atendidos, assim como o contato destes com o programa e a visita do ACS (Tabela13), comportaram-se como fatores protetores de adesão ao tratamento da tuberculose. O tratamento supervisionado também se comportou como fator protetor para a adesão, a variável mais significativa estatisticamente para a não-adesão foi em relação ao tempo de consulta, os que tiveram menos de quinze minutos de consulta, tiveram três vezes mais chances de não aderir ao tratamento. As demais variáveis não se mostraram estatisticamente significante como preditoras de não-adesão.

Tabela 13 – Associação entre variáveis preditoras (acesso básico aos serviços de saúde) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																																																																																						
US é a mais próxima de casa	Sim	600	2,2%	0,70	0,29 - 1,67	0,41																																																																																						
	Não	258	3,1%				US é a que prefere ser atendido	Sim	800	2,5%	1,52	0,21 - 11,17	0,55	Não	61	1,6%	Existe PSF no local em que mora	Sim	704	1,4%	0,21	0,09 - 0,48	0,00038	Não/Não sei	159	6,9%	Presença do PSF na US em que é atendido	Sim	715	1,1%	0,12	0,05 - 0,30	0,0000033	Não/Não sei	145	9,0%	Já teve contato com o PSF	Sim	643	1,1%	0,17	0,07 - 0,42	0,000011	Não	219	6,4%	Já recebeu a visita do PSF através do Agente Comunitário de Saúde	Sim	377	1,1%	0,30	0,10 - 0,89	0,020	Não	483	3,5%	Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 - 13,61	0,56	Boa	306	1,0%	Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 - 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86
US é a que prefere ser atendido	Sim	800	2,5%	1,52	0,21 - 11,17	0,55																																																																																						
	Não	61	1,6%				Existe PSF no local em que mora	Sim	704	1,4%	0,21	0,09 - 0,48	0,00038	Não/Não sei	159	6,9%	Presença do PSF na US em que é atendido	Sim	715	1,1%	0,12	0,05 - 0,30	0,0000033	Não/Não sei	145	9,0%	Já teve contato com o PSF	Sim	643	1,1%	0,17	0,07 - 0,42	0,000011	Não	219	6,4%	Já recebeu a visita do PSF através do Agente Comunitário de Saúde	Sim	377	1,1%	0,30	0,10 - 0,89	0,020	Não	483	3,5%	Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 - 13,61	0,56	Boa	306	1,0%	Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 - 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%						
Existe PSF no local em que mora	Sim	704	1,4%	0,21	0,09 - 0,48	0,00038																																																																																						
	Não/Não sei	159	6,9%				Presença do PSF na US em que é atendido	Sim	715	1,1%	0,12	0,05 - 0,30	0,0000033	Não/Não sei	145	9,0%	Já teve contato com o PSF	Sim	643	1,1%	0,17	0,07 - 0,42	0,000011	Não	219	6,4%	Já recebeu a visita do PSF através do Agente Comunitário de Saúde	Sim	377	1,1%	0,30	0,10 - 0,89	0,020	Não	483	3,5%	Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 - 13,61	0,56	Boa	306	1,0%	Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 - 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																
Presença do PSF na US em que é atendido	Sim	715	1,1%	0,12	0,05 - 0,30	0,0000033																																																																																						
	Não/Não sei	145	9,0%				Já teve contato com o PSF	Sim	643	1,1%	0,17	0,07 - 0,42	0,000011	Não	219	6,4%	Já recebeu a visita do PSF através do Agente Comunitário de Saúde	Sim	377	1,1%	0,30	0,10 - 0,89	0,020	Não	483	3,5%	Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 - 13,61	0,56	Boa	306	1,0%	Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 - 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																										
Já teve contato com o PSF	Sim	643	1,1%	0,17	0,07 - 0,42	0,000011																																																																																						
	Não	219	6,4%				Já recebeu a visita do PSF através do Agente Comunitário de Saúde	Sim	377	1,1%	0,30	0,10 - 0,89	0,020	Não	483	3,5%	Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 - 13,61	0,56	Boa	306	1,0%	Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 - 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																																				
Já recebeu a visita do PSF através do Agente Comunitário de Saúde	Sim	377	1,1%	0,30	0,10 - 0,89	0,020																																																																																						
	Não	483	3,5%				Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 - 13,61	0,56	Boa	306	1,0%	Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 - 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																																														
Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 - 13,61	0,56																																																																																						
	Boa	306	1,0%				Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 - 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																																																								
Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 - 0,97	0,034																																																																																						
	Não	379	3,7%				Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																																																																		
Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 - 19,69	0,38																																																																																						
	Agente de saúde/outros	149	0,7%				Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																																																																												
Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 - 7,86	0,0044																																																																																						
	> 15 minutos	578	1,4%																																																																																									

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

Entre as variáveis descritas (Tabela 14) os efeitos adversos dos medicamentos mostraram-se associados estatisticamente com a não-adesão, os pacientes que os descreveram tiveram quase quatro vezes mais chances de abandonarem o tratamento. Enquanto que o conhecimento que tinham sobre o tempo que deveriam tomar a medicação e informações sobre as interações com outros fármacos mostraram-se associadas como fatores protetores para a adesão ao tratamento. Nenhuma outra variável mostrou-se significativa como preditora de não-adesão. Vale a pena ressaltar que, mesmo não sendo significativo, os pacientes que não estavam satisfeitos com o serviço tinham uma tendência a não aderir ao tratamento.

Tabela 14 – Associação entre variáveis preditoras (conhecimentos sobre a doença, co-morbidades, dificuldades para tomadas e níveis de satisfação) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																																																																																																																				
Sabe o nome da sua doença	Sim	854	2,3%	0,16	0,03 - 1,06	0,15																																																																																																																				
	Não	7	14,3%				Sabe como ela é transmitida	Sim	814	2,3%	0,57	0,14 - 2,39	0,33	Não	49	4,1%	Sabe se tem cura	Sim	846	2,4%	0,40	0,06 - 2,83	0,34	Não	17	5,9%	Duração do tratamento	Sim	839	2,3%	0,25	0,06 - 1,00	0,09	Não	22	9,1%	Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 - 3,39	0,50	Não	67	3,0%	Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 - 3,68	0,29	Não	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 - 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---
Sabe como ela é transmitida	Sim	814	2,3%	0,57	0,14 - 2,39	0,33																																																																																																																				
	Não	49	4,1%				Sabe se tem cura	Sim	846	2,4%	0,40	0,06 - 2,83	0,34	Não	17	5,9%	Duração do tratamento	Sim	839	2,3%	0,25	0,06 - 1,00	0,09	Não	22	9,1%	Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 - 3,39	0,50	Não	67	3,0%	Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 - 3,68	0,29	Não	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 - 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%						
Sabe se tem cura	Sim	846	2,4%	0,40	0,06 - 2,83	0,34																																																																																																																				
	Não	17	5,9%				Duração do tratamento	Sim	839	2,3%	0,25	0,06 - 1,00	0,09	Não	22	9,1%	Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 - 3,39	0,50	Não	67	3,0%	Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 - 3,68	0,29	Não	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 - 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																
Duração do tratamento	Sim	839	2,3%	0,25	0,06 - 1,00	0,09																																																																																																																				
	Não	22	9,1%				Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 - 3,39	0,50	Não	67	3,0%	Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 - 3,68	0,29	Não	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 - 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																										
Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 - 3,39	0,50																																																																																																																				
	Não	67	3,0%				Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 - 3,68	0,29	Não	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 - 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																				
Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 - 4,05	0,65																																																																																																																				
	Não	775	2,5%				Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 - 3,68	0,29	Não	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 - 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																														
Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 - 3,68	0,29																																																																																																																				
	Não	676	2,2%				Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 - 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																								
Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 - 0,62	0,015																																																																																																																				
	Não	42	9,5%				Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																		
Sente desconforto com a medicação	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 - 10,14	0,0050																																																																																																																				
	Não	464	1,1%				Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																												
Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047																																																																																																																				
	Não	92	7,6%				Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																																						
Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 - 1,36	0,20																																																																																																																				
	Não	336	3,3%				Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42	Não	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																																																
Nível de Satisfação com o serviço	Sim	20	5,0%	1,89	0,27 - 13,43	0,42																																																																																																																				
	Não	718	2,6%				Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																																																										
Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41																																																																																																																				
	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																																																																							

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

Comportaram-se como fatores protetores contra a não adesão (Tabela 15) a orientação da família sobre a doença, tratamento e solicitação dos exames dos comunicantes; bem como, as informações para o doente sobre a importância da regularidade das tomadas dos medicamentos; informações sobre a interação

medicamentosa, a oferta do teste Anti – HIV; a solicitação das baciloscopias de retorno; as interconsultas com outros profissionais e a compreensão por parte do paciente das informações recebidas no serviço. Entretanto os pacientes que não contaram frequentemente com alguém da equipe de saúde para solucionar as dúvidas surgidas durante o tratamento tiveram cerca de oito vezes mais chances de não-adesão do que aqueles que obtiveram atenção dos profissionais com mais frequência. As demais variáveis não se mostraram estatisticamente significante.

Tabela 15 – Associação entre variáveis preditoras (informação e oferta de serviços) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
Recebeu informações sobre a doença nesta US	Sim	794	2,6%	---	----	0,17
	Não	69	0,0%			
Foi informado sobre o tempo de duração do tratamento	Sim	843	2,3%	0,23	0,06 - 0,90	0,08
	Não	20	10,0%			
Foi informado sobre a forma de transmissão da TB	Sim	820	2,3%	0,50	0,12 - 2,07	0,28
	Não	43	4,7%			
A família foi orientada sobre a doença e sobre os exames dos comunicantes	Sim	826	2,2%	0,23	0,07 - 0,75	0,039
	Não	32	9,4%			
Foi informado sobre a importância de tomar os medicamentos regularmente	Sim	852	2,2%	0,12	0,03 - 0,46	0,027
	Não	11	18,2%			
Foi informado sobre os efeitos adversos dos medicamentos	Sim	818	2,2%	0,33	0,10 - 1,08	0,09
	Não/Não sabe	45	6,7%			
Foi informado sobre a importância de comparecer todo mês na US	Sim	853	2,3%	0,23	0,03 - 1,58	0,21
	Não	10	10,0%			
Foi informado sobre a interação dos medicamentos anti-tuberculosos	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 - 0,59	0,0047
	Não	92	7,6%			
Foi oferecido o teste anti-HIV	Sim	800	2,0%	0,24	0,09 - 0,62	0,011
	Não	59	8,5%			
A cada retorno à US foi solicitado o controle do exame de escarro	Sim	708	1,8%	0,30	0,13 - 0,72	0,010
	Não	132	6,1%			

Continuação da Tabela 15 – Associação entre variáveis preditoras (informação e oferta de serviços) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																
Há outros tipos de consultas que não a médica	Sim	337	0,9%	0,26	0,08 - 0,87	0,018																
	Não	523	3,4%				Você compreendeu a orientação que lhe foi dada	Sim	838	2,0%	0,13	0,05 - 0,35	0,0023	Não	25	16,0%	Com que frequência pode contar com alguém da equipe de saúde para tirar dúvidas	Não	18	16,7%	7,80	2,52 - 24,12
Você compreendeu a orientação que lhe foi dada	Sim	838	2,0%	0,13	0,05 - 0,35	0,0023																
	Não	25	16,0%				Com que frequência pode contar com alguém da equipe de saúde para tirar dúvidas	Não	18	16,7%	7,80	2,52 - 24,12	0,0080	Sim	842	2,1%						
Com que frequência pode contar com alguém da equipe de saúde para tirar dúvidas	Não	18	16,7%	7,80	2,52 - 24,12	0,0080																
	Sim	842	2,1%																			

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

Das variáveis relacionadas (Tabela16), a única variável que se mostrou associada estatisticamente como fator de proteção contra a não-adesão foi à realização dos exames dos familiares. Nenhuma das outras se mostrou estatisticamente significativa. Vale a pena ressaltar que mesmo não sendo significativo as pessoas que sofreram algum tipo de preconceito tinham uma tendência a não aderir ao tratamento.

Tabela 16 – Associação entre variáveis preditoras (apoio familiar) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																										
Alguém da sua família sabe da sua doença	Sim	837	2,5%	—	—	0,59																										
	Não	21	0,0%				Sua família sabe como ela é transmitida	Sim	814	2,5%	1,06	0,15 - 7,69	0,71	Não	43	2,3%	Os membros da sua família fizeram exames com a descoberta da sua doença	Sim	772	1,9%	0,27	0,11 - 0,68	0,012	Não	84	7,1%	Enfrentou algum tipo de problema com a sua família, amigos ou colegas de trabalho	Sim	87	4,6%	2,09	0,72 - 6,07
Sua família sabe como ela é transmitida	Sim	814	2,5%	1,06	0,15 - 7,69	0,71																										
	Não	43	2,3%				Os membros da sua família fizeram exames com a descoberta da sua doença	Sim	772	1,9%	0,27	0,11 - 0,68	0,012	Não	84	7,1%	Enfrentou algum tipo de problema com a sua família, amigos ou colegas de trabalho	Sim	87	4,6%	2,09	0,72 - 6,07	0,15	Não	773	2,2%						
Os membros da sua família fizeram exames com a descoberta da sua doença	Sim	772	1,9%	0,27	0,11 - 0,68	0,012																										
	Não	84	7,1%				Enfrentou algum tipo de problema com a sua família, amigos ou colegas de trabalho	Sim	87	4,6%	2,09	0,72 - 6,07	0,15	Não	773	2,2%																
Enfrentou algum tipo de problema com a sua família, amigos ou colegas de trabalho	Sim	87	4,6%	2,09	0,72 - 6,07	0,15																										
	Não	773	2,2%																													

Continuação da Tabela 16 – Associação entre variáveis preditoras (apoio familiar) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																
Recebe apoio da sua família com relação às suas necessidades	Sim	824	2,4%	0,85	0,12 - 6,15	0,58																
	Não	35	2,9%				Recebe apoio da família com relação à doença, período de tratamento e tomada da medicação	Sim	799	2,5%	1,48	0,20 - 10,81	0,56	Não	59	1,7%	Está satisfeito com o apoio que recebe da família	Não	76	1,3%	0,51	0,07 - 3,78
Recebe apoio da família com relação à doença, período de tratamento e tomada da medicação	Sim	799	2,5%	1,48	0,20 - 10,81	0,56																
	Não	59	1,7%				Está satisfeito com o apoio que recebe da família	Não	76	1,3%	0,51	0,07 - 3,78	0,43	Sim	781	2,6%						
Está satisfeito com o apoio que recebe da família	Não	76	1,3%	0,51	0,07 - 3,78	0,43																
	Sim	781	2,6%																			

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e Teste Exato de Fisher quando recomendado

Das variáveis relacionadas ao suporte social amigos (Tabela 17), nenhuma se mostrou estatisticamente significativa como preditora de não-adesão.

Tabela 17 – Associação das variáveis preditoras (apoio de amigos) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																																														
Seus amigos sabem da sua doença	Sim	785	2,5%	1,91	0,26 - 14,04	0,43																																														
	Não	75	1,3%				Está satisfeito com o apoio eu recebe dos amigos	Sim	132	3,8%	1,69	0,62 - 4,56	0,22	Não	668	2,2%	Há outras pessoas que apóiam você quando precisa falar da sua saúde	Sim	472	3,2%	2,04	0,80 - 5,22	0,12	Não	386	1,6%	Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 - 5,22	0,23	Não	702	2,1%	Com que frequência pode contar com alguém para cuidar de seus filhos ou seus pais quando tem consulta	Sim	76	0,0%	—	—	0,13	Não	727	2,8%	Com que frequência pode contar com apoio de alguém em situações financeiras	Sim	123	3,3%	1,47	0,50 - 4,37
Está satisfeito com o apoio eu recebe dos amigos	Sim	132	3,8%	1,69	0,62 - 4,56	0,22																																														
	Não	668	2,2%				Há outras pessoas que apóiam você quando precisa falar da sua saúde	Sim	472	3,2%	2,04	0,80 - 5,22	0,12	Não	386	1,6%	Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 - 5,22	0,23	Não	702	2,1%	Com que frequência pode contar com alguém para cuidar de seus filhos ou seus pais quando tem consulta	Sim	76	0,0%	—	—	0,13	Não	727	2,8%	Com que frequência pode contar com apoio de alguém em situações financeiras	Sim	123	3,3%	1,47	0,50 - 4,37	0,32	Não	680	2,2%						
Há outras pessoas que apóiam você quando precisa falar da sua saúde	Sim	472	3,2%	2,04	0,80 - 5,22	0,12																																														
	Não	386	1,6%				Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 - 5,22	0,23	Não	702	2,1%	Com que frequência pode contar com alguém para cuidar de seus filhos ou seus pais quando tem consulta	Sim	76	0,0%	—	—	0,13	Não	727	2,8%	Com que frequência pode contar com apoio de alguém em situações financeiras	Sim	123	3,3%	1,47	0,50 - 4,37	0,32	Não	680	2,2%																
Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 - 5,22	0,23																																														
	Não	702	2,1%				Com que frequência pode contar com alguém para cuidar de seus filhos ou seus pais quando tem consulta	Sim	76	0,0%	—	—	0,13	Não	727	2,8%	Com que frequência pode contar com apoio de alguém em situações financeiras	Sim	123	3,3%	1,47	0,50 - 4,37	0,32	Não	680	2,2%																										
Com que frequência pode contar com alguém para cuidar de seus filhos ou seus pais quando tem consulta	Sim	76	0,0%	—	—	0,13																																														
	Não	727	2,8%				Com que frequência pode contar com apoio de alguém em situações financeiras	Sim	123	3,3%	1,47	0,50 - 4,37	0,32	Não	680	2,2%																																				
Com que frequência pode contar com apoio de alguém em situações financeiras	Sim	123	3,3%	1,47	0,50 - 4,37	0,32																																														
	Não	680	2,2%																																																	

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e Teste Exato de Fisher quando recomendado

Das variáveis relacionadas à qualidade de vida (Tabela 18), mostraram-se estatisticamente significante para a não-adesão as seguintes variáveis: a interferência do estado emocional em relação às tarefas cotidianas, os que ficaram abalados e sentiram-se impedidos de executar o seu trabalho, suas tarefas diárias, tiveram seis vezes mais probabilidades de não aderirem ao tratamento do que os que não se sentiram emocionalmente afetados e levavam uma vida normal, o fato de sentir-se otimista em relação ao futuro também se mostrou associado sendo que os que não se sentiam otimistas, que estavam sem esperanças, tiveram frequência duas vezes mais para a não-adesão. Igualmente foram verificados em relação ao lazer, os que não tinham ânimo para atividades recreativas elevaram duas vezes mais a frequência para a não-adesão. As demais variáveis não se mostraram associadas estatisticamente como preditoras de não-adesão.

Tabela 18 – Associação entre variáveis preditoras (qualidade de vida e hábitos) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																																																																												
Você acha que sua situação física impede de fazer o que você precisa	Sim	62	4,8%	2,13	0,65 - 7,05	0,18																																																																												
	Não	794	2,3%				Você acha que sua situação emocional impede de fazer o que você precisa	Sim	38	13,2%	6,73	2,60 - 17,40	0,0015	Não	818	2,0%	Você se sente otimista em relação ao seu futuro	Não	154	5,2%	2,81	1,18 - 6,65	0,022	Sim	702	1,9%	Você se sente sozinho em sua vida	Sim	83	1,2%	0,49	0,07 - 3,60	0,40	Não	769	2,5%	Capacidade de Lazer	Não	328	3,7%	2,40	0,99 - 5,80	0,045	Sim	524	1,5%	Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3,4%	2,06	0,85 - 4,99	0,10	Sim	484	1,7%	Sentimentos Negativos	Sim	63	4,8%	2,10	0,64 - 6,94	0,19	Não	794	2,3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2,6%	1,86	0,68 - 5,07	0,21	Não	424	1,4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20
Você acha que sua situação emocional impede de fazer o que você precisa	Sim	38	13,2%	6,73	2,60 - 17,40	0,0015																																																																												
	Não	818	2,0%				Você se sente otimista em relação ao seu futuro	Não	154	5,2%	2,81	1,18 - 6,65	0,022	Sim	702	1,9%	Você se sente sozinho em sua vida	Sim	83	1,2%	0,49	0,07 - 3,60	0,40	Não	769	2,5%	Capacidade de Lazer	Não	328	3,7%	2,40	0,99 - 5,80	0,045	Sim	524	1,5%	Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3,4%	2,06	0,85 - 4,99	0,10	Sim	484	1,7%	Sentimentos Negativos	Sim	63	4,8%	2,10	0,64 - 6,94	0,19	Não	794	2,3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2,6%	1,86	0,68 - 5,07	0,21	Não	424	1,4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20	0,59	Não	611	2,6%						
Você se sente otimista em relação ao seu futuro	Não	154	5,2%	2,81	1,18 - 6,65	0,022																																																																												
	Sim	702	1,9%				Você se sente sozinho em sua vida	Sim	83	1,2%	0,49	0,07 - 3,60	0,40	Não	769	2,5%	Capacidade de Lazer	Não	328	3,7%	2,40	0,99 - 5,80	0,045	Sim	524	1,5%	Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3,4%	2,06	0,85 - 4,99	0,10	Sim	484	1,7%	Sentimentos Negativos	Sim	63	4,8%	2,10	0,64 - 6,94	0,19	Não	794	2,3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2,6%	1,86	0,68 - 5,07	0,21	Não	424	1,4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20	0,59	Não	611	2,6%																
Você se sente sozinho em sua vida	Sim	83	1,2%	0,49	0,07 - 3,60	0,40																																																																												
	Não	769	2,5%				Capacidade de Lazer	Não	328	3,7%	2,40	0,99 - 5,80	0,045	Sim	524	1,5%	Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3,4%	2,06	0,85 - 4,99	0,10	Sim	484	1,7%	Sentimentos Negativos	Sim	63	4,8%	2,10	0,64 - 6,94	0,19	Não	794	2,3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2,6%	1,86	0,68 - 5,07	0,21	Não	424	1,4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20	0,59	Não	611	2,6%																										
Capacidade de Lazer	Não	328	3,7%	2,40	0,99 - 5,80	0,045																																																																												
	Sim	524	1,5%				Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3,4%	2,06	0,85 - 4,99	0,10	Sim	484	1,7%	Sentimentos Negativos	Sim	63	4,8%	2,10	0,64 - 6,94	0,19	Não	794	2,3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2,6%	1,86	0,68 - 5,07	0,21	Não	424	1,4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20	0,59	Não	611	2,6%																																				
Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3,4%	2,06	0,85 - 4,99	0,10																																																																												
	Sim	484	1,7%				Sentimentos Negativos	Sim	63	4,8%	2,10	0,64 - 6,94	0,19	Não	794	2,3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2,6%	1,86	0,68 - 5,07	0,21	Não	424	1,4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20	0,59	Não	611	2,6%																																														
Sentimentos Negativos	Sim	63	4,8%	2,10	0,64 - 6,94	0,19																																																																												
	Não	794	2,3%				Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2,6%	1,86	0,68 - 5,07	0,21	Não	424	1,4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20	0,59	Não	611	2,6%																																																								
Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2,6%	1,86	0,68 - 5,07	0,21																																																																												
	Não	424	1,4%				Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20	0,59	Não	611	2,6%																																																																		
Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2,0%	0,75	0,25 - 2,20	0,59																																																																												
	Não	611	2,6%																																																																															

Continuação da Tabela 18 – Associação entre variáveis preditoras (qualidade de vida e hábitos) e não-adesão ao tratamento da tuberculose (tomadas semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1,3%	0,51	0,07 - 3,72	0,42
	Não	779	2,6%			
Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 - 9,51	0,54
	Três ou mais	792	2,5%			

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e Teste Exato de Fisher quando recomendado

Devido à analogia na análise univariada não ajustada das associações entre grupos de variáveis e a não-adesão estimada entre as tomadas e a quantidade de comprimidos semanais, optamos por colocar em anexo (Apêndice D) a segunda análise.

5.11 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO AJUSTADA PELO MODELO DE REGRESSÃO

Ao realizarmos a análise de regressão logística determinadas variáveis permaneceram significantes estatisticamente, outras perderam a significância, e outras surgiram como importantes preditoras de não-adesão.

Apenas 21 pacientes foram classificados como não aderentes tanto em relação às tomadas quanto aos comprimidos semanais. Dessa forma foi aplicada a regressão logística em apenas um dos parâmetros, em relação às tomadas, pois os resultados foram iguais. O método utilizado foi o STEPWISE, onde passo a passo foi sendo testada cada uma das variáveis para determinar pelo teste de Wald e de Máxima Verossimilhança para verificar quais variáveis influenciaram significativamente na ocorrência do evento. As variáveis que permaneceram no modelo de regressão logística estão descritas na Tabela 19.

Na análise das características socioeconômicas as variáveis que tiveram significância estatística foram a faixa etária, e o local de residência (região) e a escolaridade, ou seja, conforme o modelo logístico pode-se inferir que os pacientes

que pertenciam a faixa etária menor de quarenta anos, que residiam no DF e tinham baixa escolaridade tiveram maior probabilidade de não-adesão.

Em relação ao conhecimento em relação à doença e ao tratamento, os efeitos adversos permaneceram associados com a não-adesão e surgiram as informações sobre a interação medicamentosa. Com isso foi possível inferir que a maior probabilidade de não-adesão ao tratamento deu-se entre aqueles pacientes que relataram ter tido reações adversas e que não foram informados sobre a interação dos medicamentos anti – TB.

Nas questões relacionadas às características da US e informações recebidas nesta, não foi possível que o modelo logístico se ajustasse as variáveis relacionadas às informações recebidas com a não-adesão ao tratamento da TB, pois todas as variáveis estavam estatisticamente correlacionadas e quando inseridas no mesmo modelo não apresentaram diferenças significativas quanto à não-adesão.

Nas questões que avaliaram o suporte social, o apoio da família e amigos, verificou-se significância das seguintes variáveis: o preconceito sofrido com relação à família, amigos ou colegas de trabalho que já havia apresentado uma tendência na análise univariada e o houve o surgimento de significância em relação ao apoio recebido sobre falar com alguém sobre a doença. Neste caso a associação das duas variáveis apresentou probabilidade de não-adesão para os pacientes que relataram ter sofrido algum tipo de preconceito relacionado à doença e que nunca ou raramente tiveram apoio de outras pessoas para que pudessem falar sobre a sua situação de saúde.

E, finalmente, para as variáveis sobre a qualidade de vida, o modelo logístico apresentou como significativas para a não-adesão ao tratamento as seguintes: a permanência do impedimento de realizar alguma tarefa devido à situação emocional e o surgimento da variável satisfação com a vida sexual. Aqueles sujeitos que a situação emocional foi um impedimento para a realização de suas tarefas e os que estavam pouco ou nada satisfeitos com a vida sexual não aderiram ao tratamento.

Tabela 19 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a não-adesão ao tratamento da tuberculose dos pacientes incluídos no estudo no DF e Entorno, 2006-2008

Variável	Cruzamento	Coeficiente B	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	Intervalo Confiança para Odds (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis Socioeconômicas							
Idade	<40 anos X >40 anos	-2,20	1,05	4,38	9,32	1,15 - 70,6	0,036
Local residência	DF X Entorno	3,34	1,04	10,20	28,11	3,63 - 217,66	0,001
Escolaridade	Baixa X Alta	1,94	0,66	8,63	6,93	1,90 - 25,24	0,003
Constante	-	-9,30	1,59	34,09	0,00	-	0,000
Modelagem em relação às variáveis sobre Conhecimentos relacionados à doença							
Sente desconforto com a medicação	Sim X Não	1,16	0,54	4,62	3,19	1,11 - 9,16	0,032
Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Não X Sim	-1,05	0,50	4,43	2,87	1,08 - 7,64	0,035
Constante	-	- 4,45	0,45	95,1	0,01	-	0,000
Modelagem em relação às variáveis de Apoio da família e amigos							
Enfrentou algum tipo de problema com a sua família, amigos ou colegas de trabalho	Sim X Não	1,01	0,59	2,93	2,74	0,86 - 8,70	0,09
Há outras pessoas que apóiam você quando precisa falar da sua saúde	Raramente/Nunca X Sempre / Quase sempre	1,01	0,58	3,07	2,75	0,89 - 8,56	0,08
Constante	-	-4,55	0,52	78,05	0,01	-	0,00
Modelagem em relação às variáveis sobre a Qualidade de vida							
Você acha que sua situação emocional impede de fazer o que você precisa	Extremamente/Muito X Pouco/Nada	2,16	0,63	11,74	8,71	2,53 - 30,05	0,001
Você está satisfeito com sua vida sexual	Pouco/ Nada X Extremamente/Muito	1,15	0,60	3,63	3,16	0,97 - 10,31	0,057
Constante	-	-4,82	0,52	84,69	0,01	-	0,000

6 DISCUSSÃO

6.1 DO COMPONENTE QUANTITATIVO

Quanto às características dos participantes do estudo:

Na análise da amostra do presente estudo, houve predomínio de indivíduos do sexo masculino, porém, surpreendentemente, em relação aos participantes do entorno a maior frequência foi do sexo feminino. É possível que o estudo não tenha detectado todos ou a maioria dos indivíduos do sexo masculino portadores de TB do entorno, bem como o resultado encontrado pode ser atribuído à situação peculiar de grande parte dos moradores do entorno, um percentual significativo daquela população incluindo os do sexo masculino que trabalham no DF, voltando para casa no final do dia, situação que caracteriza esses municípios como “cidades – dormitório” e como consequência utiliza os serviços de saúde fora do município de residência, próximo ao local de trabalho, ou seja, no DF. Quanto ao estado civil, no DF predominou o solteiro, contudo no entorno a maior proporção dos entrevistados pertencia ao estado civil casado. Em relação à idade, o maior percentual era composto por indivíduos jovens, pertencendo à faixa etária entre dezoito a quarenta anos. Em referência à renda mensal pessoal a maioria dos participantes do DF estava na faixa de um a três salários mínimos, enquanto que no entorno, predominou um salário mínimo. Já em relação à renda familiar, houve semelhança entre as duas localidades estando à maioria na faixa de um a três salários mínimos. No que diz respeito às condições de moradia, o maior percentual dos sujeitos entrevistados revelou domicílio próprio. Na realidade do DF e entorno tais condições de moradia não necessariamente expressam maior poder aquisitivo. Em relação à escolaridade é relevante a diferença nos dois cenários do estudo; no DF a maior proporção tinha o segundo grau completo enquanto que no entorno houve o predomínio do primeiro grau incompleto. A categoria mais representada em relação à situação de emprego correspondeu ao emprego fixo, embora tenha sido mais frequente no entorno quando comparada com o DF, e novamente em relação à realidade do entorno, tal situação não significa maior poder aquisitivo, essa

assimetria pode ser explicada pela existência de vieses de informação, falhas na forma de expressão, pois uma parte significativa de pessoas do sexo feminino executa serviços de diarista, de faxineira em residências do DF, e podem entender que é um “emprego fixo”. Resumindo, houve diferenças no perfil sócio-demográfico da amostra entre as populações de pacientes do DF e do Entorno. De um modo geral, a população de pacientes estudada corresponde ao perfil encontrado na literatura com predomínio de homens nas faixas etárias produtivas (Soza Pineda, Pereira *et al.*, 2005; Paixão, Gontijo, 2007; Jakubowiak, Bogorodskaya *et al.*, 2008).

Quanto às demais variáveis e nível de adesão:

Destacou-se que a maioria dos pacientes tratava-se em US próximas de suas residências ou de seus trabalhos e o principal motivo para a escolha do serviço de saúde relacionava-se com a acessibilidade. Além disso, na maioria das US onde foi realizado o estudo existia o PSF sendo a maior proporção no entorno. O maior percentual dos entrevistados revelou ter tido contato com o PSF, contudo a frequência desse contato é expressivamente maior no entorno em relação ao DF. Dos participantes que foram visitados pelo ACS a maior porcentagem foi no entorno e classificaram a visita como “boa”. A diferença encontrada se explica em virtude das menores coberturas do PSF no DF, onde complexos processos políticos influenciaram e comprometeram a consolidação e expansão da estratégia (Hildebrand, 2008).

Constatou-se que, ao serem questionados sobre a sua doença com o objetivo de verificar o nível prévio de conhecimento em relação a variáveis tais como: nome, primeira vez com TB, se poderia ter TB mais de uma vez, transmissão, cura, duração do tratamento, e o tempo que deveria tomar a medicação; a maioria dos sujeitos participantes do estudo tinha algum conhecimento sobre a doença. Entretanto, observou-se que o grau de foi maior entre os participantes do entorno em relação ao DF. O conhecimento do paciente sobre a doença tem sido uma preocupação de vários estudos (Jurcev Savicevic, Popovic-Grle *et al.*, 2008; Olayemi, Oreagba *et al.*, 2009; Souza, Pereira *et al.*, 2009) e os resultados demonstram que a presença de uma equipe multidisciplinar com ações educativas centradas no paciente e sua família é primordial para a desmistificação e promoção do conhecimento da doença e tem impacto significativo na adesão ao tratamento. Na nossa pesquisa, embora a amostra estudada tenha apresentado um nível

satisfatório de conhecimento, os resultados apontam vários equívocos que precisam ser esclarecidos pelos profissionais desde o momento do diagnóstico da TB e reforçados durante todo o tratamento.

Verificou-se que a forma clínica predominante foi a pulmonar em toda a amostra estudada, em relação ao esquema de tratamento o esquema I foi o mais utilizado nos dois cenários do estudo, demonstrando a predominância de casos novos. Tal perfil é o encontrado em outros estudos (Paixão e Gontijo, 2007; Olayemi, Oreagba *et al.*, 2009). Em relação à proporção de casos novos, é conveniente lembrar que o estudo foi realizado junto a pacientes que de alguma maneira já tiveram acesso ao serviço e que estavam em acompanhamento do tratamento, o que implica que parte dos abandonadores não teria a mesma probabilidade de fazer parte da amostra, fato que pode explicar a aparente inconsistência com os dados oficiais principalmente em relação ao entorno.

A maioria dos entrevistados não possuía co-morbidades e, entre os que as apresentava, a de maior frequência foi a hipertensão arterial, isto pode decorrer da idade predominante do estudo. Segundo pesquisa realizada por Yokota *et al.* (2007) em duas regiões do DF a hipertensão está presente em mais de 30% da população, principalmente na faixa etária de 40 anos ou mais.

Os dois parâmetros considerados para avaliar a adesão ao tratamento, tomadas feitas e comprimidos ingeridos nos últimos sete dias anteriores à entrevista, tiveram uma proporção elevada, afirmativa, e comportaram-se de forma semelhante nos dois universos do estudo. Entretanto, a proporção de adesão dos participantes do entorno foi maior em relação ao DF. A frequência de relatos sobre a presença de efeitos colaterais foi relevante e mais frequente entre os pacientes do DF. Houve percentuais semelhantes em relação ao conhecimento das consequências do tratamento interrompido, entre os participantes do DF e entorno, sendo maioria os que responderam afirmativamente.

O TS foi outra variável que mostrou proporções semelhantes nas duas áreas do estudo, mais da metade dos participantes estavam sob esta modalidade de tratamento e a maioria era supervisionada por familiares. A implantação dessa estratégia é muito mais fácil com a presença e a participação ativa do PSF. Porém, nessa questão, no DF existem sérias dificuldades, por quebras de continuidade e escassa sustentabilidade. Desde 1994 quando foi implantada a versão local do PSF,

três programas diferentes foram implantados e renomeados por questões políticas (Hidelbrand, 2008).

Um fato curioso foi em relação aos motivos pelos quais as pessoas abandonam o tratamento; mais da metade dos entrevistados do DF não souberam responder. O inverso aconteceu no entorno, a população estudada demonstrou ter maior conhecimento sobre os fatores que determinam o abandono.

Quanto às informações ao paciente fornecidas pelo serviço de saúde em relação a: doença, duração do tratamento, forma de transmissão, orientação familiar, exames dos comunicantes, os efeitos adversos, interação medicamentosa e importância dos retornos mensais a US, os pacientes do entorno tiveram a maior proporção de informações. Somente com relação as variáveis sobre a importância da tomada regular dos medicamentos anti-TB e retorno mensal ao serviço, houve semelhança nos percentuais entre DF e entorno.

Fato interessante foi a constatação da maior frequência de oferta de serviços no entorno em relação ao DF. A realização do teste Anti-HIV foi surpreendente, bem como a solicitação das baciloscopias mensais. As consultas com outros profissionais de saúde foram ofertadas em maior proporção no entorno. Várias dessas essas ações são recomendadas pelo PNCT e contribuem ao bom êxito do tratamento (Brasil, 2005a).

Quanto ao grau de satisfação com o serviço, houve proximidade no percentual entre DF e entorno que os entrevistados classificaram como “bom”. Em relação ao grau de satisfação com o acolhimento por parte da equipe embora a proximidade na categoria “satisfeita”, o percentual foi maior no DF quando somadas as categorias “satisfeito” e “totalmente satisfeito”. Mesmo assim críticas foram feitas. Foi relevante o dado de que as principais características que os pacientes buscam nos profissionais são de ordem relacional e afetiva, reiterando a necessidade de um atendimento mais humanizado que permita aos atores envolvidos desenvolver interação pessoal mais próxima. Os resultados desse estudo mostraram que a maioria dos participantes relatou grau elevado de satisfação com o serviço e acolhimento da equipe e alguns fatores podem ter sido responsáveis: o viés de gratidão, compreendido como a relutância do usuário em expressar opiniões negativas e o viés de aquiescência, que está relacionado à enumeração dos

questos dos questionários. Quando acontecem essas duas situações, a medida de satisfação aparece distorcida.

Em relação a esta variável alguns pesquisadores têm buscado compreender o fenômeno da alta satisfação, enquanto uns apontam inconsistências teóricas no conceito de satisfação (Williams, 1994; Sitzia, Wood, 1997; Williams *et al.*, 1998), outros o relacionam a aspectos metodológicos (Ware *et al.*, 1983; Leichner, Perrealut, 1990). Nesse sentido, Esperidião e Trad (2005) reiteram que a alta satisfação pode representar a expressão das técnicas empregadas na obtenção da informação, o tipo do entrevistador e o modo pelo quais as perguntas são formuladas e endereçadas. Outros autores argumentam que em referencia aos serviços públicos, a alta satisfação pode expressar o receio do usuário em perder o direito ao serviço, mesmo sendo este precário, fazendo do usuário do sistema publico uma espécie de usuário cativo, ou ainda devido o modesto nível de exigência da população de baixa renda em relação à qualidade dos serviços, necessitando, portanto ser investigada mais detalhadamente, com estratégias metodológicas relacionadas com a investigação qualitativa (Silva *et al.*, 1995). A satisfação do paciente pode fornecer um ponto final definitivo para a qualidade de cuidados de saúde, é, portanto, uma parte essencial da avaliação de qualidade (Chow, Mayer *et al.*, 2009).

Por outro lado, os resultados desfavoráveis, a insatisfação, encontrados nos estudos devem ser registrados com atenção, pois se tornam indicadores relevantes sobre o serviço revelando aspectos que necessitam ser melhorados (Silva *et al.*, 1995).

Finalmente analisando as justificativas que explicam o grau de satisfação com o serviço, percebe-se que as características positivas são no geral, inespecificas, demonstrando um sentimento genérico de satisfação global. Todavia, quando os entrevistados se dispunham a alguma crítica, ela usualmente se mostrava objetiva, como consequência de alguma experiência negativa concreta vivenciada no serviço.

A compreensão das informações fornecidas teve percentual afirmativo expressivo e próximo nos dois universos do estudo, contudo, um pouco maior no entorno. Outra variável que teve proximidade nas duas áreas foi o paciente poder contar com alguém da equipe para dirimir dúvidas, porém com percentual mais elevado no DF. O (a) enfermeiro (a) foi o profissional a quem os pacientes referiram

sentir-se mais vinculados. O fato de os pacientes se sentirem mais vinculados aos enfermeiros é provavelmente consequência do maior contato que eles mantêm com os profissionais dessa categoria. A comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários que deve incluir clareza das informações, explicação sobre o diagnóstico e tratamento, esclarecimento de dúvidas e disponibilidade para o contato em situações emergenciais tem auferido relativa autonomia entre as dimensões da satisfação, sendo privilegiada na mensuração da satisfação (Rubim, 1989; Sitzia, Wood, 1997; Williams *et al.*, 1998).

Quanto ao suporte micro-social, destacou-se que em relação à moradia, uma pequena proporção de pacientes residia sozinha sendo maior no DF. A maioria dos familiares dos participantes dos dois universos do estudo sabia que estes estavam doentes e tinham “algum conhecimento” sobre a doença e transmissão, a maior parte se submeteu a exames sendo a maior proporção no entorno, o apoio que os pacientes receberam dos seus familiares foi amplo e com percentuais semelhantes no DF e entorno. O papel da família no suporte social ao paciente mostrou-se frequente e satisfatório demonstrando a importância destes no apoio para lidar com a doença e considerando tantos fatores subjetivos e simbólicos relacionados à TB e a tomada dos medicamentos, receber esse apoio, sentir cuidado e amparado pelos familiares torna-se relevante na determinação da adesão ao tratamento. Em relação a perceberem algum tipo de preconceito a proporção não foi expressiva, porém, entre os que relataram algum tipo, surpreendentemente, o maior percentual foi no DF em relação ao entorno.

Em relação aos amigos, a única variável em que as frequências de relato foram semelhantes nas duas regiões foi a de poder contar com alguém para acompanhar o(a) paciente ao médico. Quanto às outras variáveis os participantes do entorno tiveram maior proporção de respostas afirmativas de apoio em relação aos participantes do DF.

Quanto à qualidade de vida, destacou-se que os pacientes do DF referiram maior sofrimento e limitações, quando foram somadas as categorias “extremamente” e “muito”, quando comparados com os do entorno, devido a: impedimento físico, estado emocional alterado, solidão e presença de sentimentos negativos. A variável “otimismo em relação ao futuro” obteve maior proporção respostas positivas entre os pacientes do entorno. Também houve diferenças na satisfação com a vida sexual:

no entorno, um maior percentual se mostrou “extremamente” e “muito” satisfeitos com a vida sexual. Referir satisfação com a vida sexual pode indicar que a pessoa satisfeita em relação a essa variável tenda a sentir-se bem, tanto física quanto emocionalmente, com conseqüente motivação para o tratamento. A capacidade de ter atividades recreativas ou de lazer foi também menor no DF em relação ao entorno. A maioria das pesquisas sobre qualidade de vida, é realizada em doenças crônicas incapacitantes, dependência de substâncias e em idosos, há poucos estudos sobre doenças infecciosas. Em relação ao nosso tema, alguns estudos avaliaram essa questão e verificaram que o diagnóstico, as mudanças na vida familiar e no meio social, o processo de adoecimento e crenças sobre a doença têm diversos efeitos sobre a qualidade de vida dos pacientes com tuberculose, e mesmo com comprovada eficácia terapêutica a TB ainda tem um impacto substancialmente negativo na qualidade de vida dos pacientes (Chang, Wu *et al.*, 2004; Marra, Marra *et al.*, 2004; Hansel, Wu *et al.*, 2004; Duyan, Kurt *et al.*, 2005; Marra, Marra *et al.*, 2008; Unalan, Soyuer *et al.*, 2008; Mordyk e Antropova, 2008; Deribew, Tesfaye *et al.*, 2009; Dhuria, Sharma *et al.*, 2009; Guo, Marra *et al.*, 2009). E concluem que mudanças são necessárias nas ações de saúde, e nas atitudes dos profissionais, uma vez que dedicar uma atenção maior para os problemas vivenciados pelos pacientes pode otimizar a adesão e o êxito do tratamento.

Chamou atenção em relação aos hábitos, os participantes preferiram se referir ao passado ao responderem quanto ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Sendo que quanto ao uso de álcool, a proporção afirmativa dos participantes do DF foi maior em relação ao entorno, já em relação ao tabaco e outras drogas ilícitas o maior percentual dos entrevistados das duas localidades foram categóricos que nunca fizeram uso. Esse resultado pode dever-se ao fato de os pacientes mudarem seus hábitos após o diagnóstico interrompendo o uso das substâncias; foi expressivo o número de pessoas que referiram ter consumido álcool anteriormente. Porém, é importante lembrar que a existência das diferenças em relação ao uso de substâncias psicotrópicas é pertinente, uma vez que há uma circulação maior no entorno, sendo considerado pelos órgãos competentes, e pela mídia, como a rota do tráfico.

Quanto aos hábitos alimentares os resultados encontrados em relação a essa variável foi interessante, a maioria dos participantes do estudo referiram fazer mais

de três refeições ao dia, sendo a maior proporção entre os participantes do entorno. Os vários relatos de melhora nos hábitos alimentares associados ao tratamento demonstram que o fato de adoecer pode ser motivador para iniciativas que tendem a melhorar a saúde. Fato que parece lógico, uma vez que o paciente que se dispõe a alterar seus hábitos alimentares provavelmente comprometer-se-á de forma mais responsável com o tratamento, atitude que terá reflexo na adesão.

Os achados do estudo demonstraram que a frequência de adesão ao tratamento dos participantes foi bastante elevada, apontando que a não-adesão encontrada no DF e entorno é muito menor que a verificada em vários estudos. No DF o percentual de não-adesão encontrado foi maior (3,7%) em relação ao entorno (0,8%). Apesar de dados fornecidos por funcionários do SINAN sobre os indicadores de cura e abandono no DF serem mais satisfatórios e estarem dentro das metas preconizadas em relação aos encontrados no entorno, o percentual mais elevado de não aderentes no DF achado no estudo se referiu aquele momento dos pacientes na ocasião da entrevista, ocorreu um não cumprimento intermitente naqueles sete dias anteriores, não houve um acompanhamento da temporalidade dos eventos, além do que, o critério utilizado nesse estudo para medir a adesão pode explicar tal ocorrência. A literatura sobre o tema indica que a média de não-adesão ao tratamento medicamentoso em doenças crônicas variadas, é de cerca de 50,0%, variando de zero a 100,0% (Osterberg, Blaschke, 2005). Em países desenvolvidos a adesão ao tratamento em doenças crônicas é de aproximadamente 50,0% e em países em desenvolvimento a proporção é ainda menor (Oms, 2003a). Costa e colaboradores (1998), em estudos sobre TB em Pelotas – RS, relatam um percentual de 20,0% de não-adesão. Em estudo realizado em Cuiabá – MT o percentual encontrado de pacientes que não aderiram ao tratamento de TB foi de 27,3% (Ferreira *et al.*, 2005). Pablos-Mendez, Knirsch *et al.*, (1997) em estudos realizados na cidade de Nova York com 184 pacientes com TB, verificaram que 48% tornaram-se não aderentes ao tratamento. Paixão e Gontijo (2007) ao realizarem pesquisa sobre o perfil dos casos notificados de tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento na região oeste de Belo Horizonte – MG, encontraram 12,4% de não-adesão na amostra estudada.

Quanto aos Fatores associados à não-adesão:

Na análise de associação não ajustada dos determinantes para a adesão ao tratamento em nosso estudo, foram encontrados vários fatores com associação estatisticamente significativa com elevado ou menor nível de adesão ao tratamento.

Estiveram significativamente associados à não-adesão:

O estado civil teve importante significância estando associado como fator de risco para o abandono do tratamento, verificou-se que, os participantes solteiros, aderiram menos ao tratamento, tiveram prevalência duas vezes maior de não adesão. Esse achado não diferiu dos encontrados em outros estudos, Gonçalves *et al.* (1999); Lima *et al.* (2001); Albuquerque *et al.* (2001);Cortezi e Silva (2006), os autores advogam que os portadores deste perfil são os indivíduos que mais facilmente abandonam o tratamento, já que procuram preservar o estilo de vida anterior e tampouco corroboram para modificar alguns hábitos naquele momento de vida, predispondo a sociedade à ocorrência do aparecimento da TB multidrograrresistente.

A escolaridade foi outra variável que se mostrou associada estatisticamente a não-adesão conferiu-se que, entre os participantes do estudo, os que tinham baixa escolaridade tiveram três vezes mais chances de não aderir ao tratamento. Esse achado reitera que a tuberculose é uma doença ligada à pobreza e à desigualdade social, tanto nas questões de vulnerabilidade à doença quanto na mortalidade por ela provocada, está intimamente ligada às condições precárias de vida, condições de moradia, a falta de saneamento e de alimentação adequada, assim como acesso a serviços de saúde, incluindo as oportunidades de trabalho e de educação, os grupos sociais que vivenciam tais dificuldades além de estarem mais expostos a determinados fatores de risco e a ocorrência da doença, têm maiores possibilidades de não aderir o tratamento. Realidade que confirma a importância do desenvolvimento de estratégias dirigidas às populações socialmente desfavorecidas, com a finalidade de reduzir as desigualdades na saúde e no acesso aos serviços de saúde. E, no que se refere aos serviços, um dos recursos para tentar superar este obstáculo é a adequação da linguagem dos profissionais de saúde para melhorar o entendimento dos pacientes sobre a gravidade da doença. O fato de a baixa escolaridade mostrar-se como importante fator de risco para a não-adesão está em

concordância com a literatura (Bergel, Gouveia, 2005; Cortezi, Silva, 2006; Pelaquin *et al.*, 2007).

A fase do tratamento do mesmo modo revelou-se estatisticamente significativa. Em concordância com vários autores (Gonçalves *et al.*, 1999; Natal *et al.*, 1999; Lima *et al.*, 2001; Kaona, Tuba *et al.*, 2004; Lima, 2006; Sá *et al.*, 2007), neste estudo, o fato de estar nos três primeiros meses do tratamento, mostrou-se determinante, os pacientes nesta fase tiveram prevalência três vezes maior de não-adesão. Sabe-se que com a melhora clínica, e a regressão dos sintomas como a tosse e a febre os portadores de TB tendem a sentir-se curados e tornam-se abandonadores, nesse sentido é importante observar a importância que os sujeitos atribuem a presença dos sintomas como forma de legitimar sua condição de doentes. Os profissionais de saúde precisam estar atentos é nessa fase, que a realização de visitas domiciliares, o TS, as interconsultas com equipe multidisciplinar reforçando a integralidade das ações, bem como a comunicação destes profissionais através de uma linguagem acessível, com informações sobre a doença, o tempo de duração do tratamento, assim como, sobre as consequências do abandono são de grande valia para garantir a adesão desses pacientes.

A não-adesão pode se manifestar de diversas maneiras, tanto pela descontinuidade e falhas parciais até o não cumprimento total das prescrições medicamentosas. O que ratifica que o conhecimento sobre a doença e a forma como as pessoas vivenciam a situação do processo de adoecimento, são elementos fundamentais para uma boa adesão ao tratamento.

A literatura é contundente em relação à informação ser considerada como fator relevante para a adesão ao tratamento, uma vez que a falta de conhecimentos é fator predisponente ao abandono (Oliveira e Moreira Filho, 2000; Kaona, Tuba *et al.*, 2004; Driver *et al.*, 2005; Mishra, 2006; Paixão e Gontijo, 2007; Sá *et al.*, 2007).

Os efeitos adversos dos medicamentos igualmente mostraram-se significantes e estatisticamente associados com a não-adesão, os pacientes que os descreveram tiveram quase quatro vezes mais chances de abandonarem o tratamento, em consonância com o descrito na literatura (Cator, Brassard *et al.*, 2002; Cortezi, Silva, 2006; Mishra, 2006; Vieira, Gomes, 2008; Xu *et al.*, 2009). Conforme já anteriormente citado, Lefèvre (1991), advoga que o medicamento, por si só, tem pelo menos dois sentidos com significados contrários: o positivo, que está

relacionado à cura e ao restabelecimento da saúde; e o negativo, no qual estão colocados os efeitos colaterais, o tamanho e o gosto.

Os efeitos adversos associados à duração do tratamento atuam como um obstáculo a ser vencido para o doente. As dificuldades vivenciadas a partir desses efeitos indesejáveis determinam sentimentos ambíguos referentes à continuidade do tratamento. Nesse sentido, os doentes de tuberculose, logo no início do tratamento, precisam ser informados sobre a possibilidade da manifestação de efeitos colaterais. Os efeitos relatados com maior frequência durante o tratamento com o esquema I são: intolerância gástrica, manifestações cutâneas, icterícia e dores articulares. Os efeitos adversos menores ocorrem em 5,0% a 20,0% dos casos, geralmente não sendo necessárias mudanças terapêuticas. Os efeitos maiores ocorrem em 2,0% a 8,0% dos casos e implicam em alterações no tratamento, bem como demandam atendimento especializado em Unidades de Referência (UR) para o tratamento da tuberculose (Brasil, 2002c). Além disso, alterações no esquema terapêutico decorrentes desses efeitos adversos ocasionam a inclusão de uma ou mais drogas menos potentes e mais tóxicas, e, em algumas ocasiões, o aumento da duração do tratamento, aumento do risco de falência do tratamento, e recorrência da doença (Schaberg *et al.*, 1996; Schaberg, 1995).

Diante da possibilidade da ocorrência desses efeitos dificultadores concordamos com (Natal *et al.*, 1999; Munro, Lewin *et al.*, 2007; Xu *et al.*, 2009), que a percepção da própria doença e da importância do tratamento depende do recebimento de informações corretas e, para que isto ocorra, são fundamentais intervenções mais centradas no paciente e uma maior atenção em relação às barreiras estruturais para melhorar a adesão ao tratamento.

Consultas com menos de 15 minutos de duração foi outra variável que mostrou significância estatística associada à não-adesão. A consulta médica é o momento em que a comunicação deve fluir de forma plena, para que a troca de informações permita que o profissional possa compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e observe como interpretam a doença (Kleinman *et al.*, 1989). Sabemos que um dos fatores prejudiciais ao estabelecimento do vínculo e de uma comunicação de qualidade entre médico e paciente é a escassez do tempo do profissional devido à grande demanda no serviço público com isso, na maioria das vezes, a consulta configura-se como um momento que se restringe à busca de

sintomas e prescrição de medicamentos. A maioria dos profissionais concentra-se nos resultados clínicos, poucos examinam o impacto da tuberculose na de vida dos pacientes.

Lima *et al.* (2001), ao estudarem os fatores que determinaram o abandono ao tratamento entre pacientes de TB em um Centro de Saúde em Fortaleza - CE, no período de 1995 a 1996, apontam que os profissionais médicos, em geral, restringem-se ao momento clínico de abordagem ao doente, e isto é reiterado pelos doentes.

Em estudo realizado no México, Alvarez-Gordillo e colaboradores (2000) verificaram que a falta de conhecimento sobre a doença e a assistência inadequada fornecida pelos serviços de saúde, incluindo a relação insatisfatória médico-paciente, resultaram no atraso do diagnóstico e na não-adesão à terapia.

Conforme analisam Silveira e Ribeiro (2005), o adoecimento traz para o ser humano, em maior ou menor escala, apreensão e ameaça, podendo produzir desequilíbrio e desconforto que levam o indivíduo a debruçar-se sobre o limite de sua própria condição, indagar-se sobre ela e pensar na vulnerabilidade, na finitude e na imprevisibilidade, implícitas no ato de viver. Por conseguinte, esse encontro deve ir além, deve favorecer a adaptação a esta condição, deve propiciar a troca de informações, a atitude do profissional que cuida e respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento deve ser acolhedora, cuja finalidade, é promover e estimular ações que contribuam para que o sujeito portador possa caminhar em direção à eficácia do tratamento. Uma nova prática de atenção deve ser estabelecida, cuidar de cada paciente como um indivíduo deve estar subjacente a todos os aspectos do tratamento, é um momento de escuta, de ouvir e respeitar as queixas do paciente, bem como, de esclarecimento de dúvidas em relação à doença e ao tratamento, para que responsabilidades mútuas sejam desenvolvidas e decisões compartilhadas.

De acordo com Ferreira (2008), o termo “interação,” define uma “ação” que se exerce *mutuamente* entre duas ou mais coisas, ou duas ou mais pessoas. Ele refere-se a um processo que ocorre entre dois agentes, mais do que como a ação de um sujeito sobre outro. E ainda conforme o pensamento de Silveira e Ribeiro (2005) é um processo que transforma as relações de quem cuida com quem é cuidado, na medida em que, a partir desse entendimento a impessoalidade da

relação sujeito-objeto dá lugar à relação sujeito-sujeito, possibilitando aproximações mais compromissadas e humanizadas. O relacionamento que se estabelece nesse binômio torna-se a base de sustentação para a efetividade do sucesso do tratamento, trazendo também resultados positivos para o sistema de saúde, uma vez que reduz seus gastos devido à diminuição do número de internações e exames realizados pelos pacientes.

Conforme contribuição de Adami (1993), a avaliação pelos usuários, permitindo ouvir sua opinião sobre os serviços prestados em função de suas necessidades e expectativas, é uma das atividades que podem assegurar a qualidade dos serviços de saúde. Portanto é fundamental conhecer como os mesmos avaliam o atendimento para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma da organização dos serviços visando o seu aperfeiçoamento.

Neste estudo, os resultados apontam que a qualidade da atenção entendida como um bom acolhimento, uma conversa mais detalhada com um tempo mais prolongado no momento da consulta foi deficiente em algumas das unidades de saúde selecionadas e teve reflexo direto sobre a adesão ao tratamento.

Das variáveis relacionadas ao tema informações e oferta de serviços no presente estudo, a mais relevante estatisticamente foi relacionada sobre a disponibilidade de membros da equipe de saúde na resolução de dúvidas por parte do paciente, os pacientes que não tiveram acesso à equipe nesse sentido, tiveram quase oito vezes mais chances de não aderir ao tratamento. De acordo com Cecílio (2000), as necessidades de saúde são norteadas por três eixos fundamentais: a integralidade, a equidade e a universalidade; destacando que não há integralidade e equidade se a universalidade de acesso não é garantida. O autor defende que a integralidade pode absorver o princípio da equidade, porque se houvesse a máxima integralidade ampliada possível, com uma escuta eficiente, as iniquidades seriam reconhecidas naturalmente, como necessidades de saúde não atendidas. Sabemos que, em geral, devido às precárias condições de vida dos sujeitos portadores de TB, já vem subentendido uma quebra na universalidade do acesso devido as suas dificuldades para alcançar os diversos níveis da assistência, além do que, estes indivíduos, interessam-se mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria saúde, ou qualidade do serviço, ademais, os esquemas de tratamento de longa duração, em geral, estão associados a obstáculos no seu seguimento.

Portanto, o doente de TB desde o diagnóstico necessita de informações claras e em uma linguagem acessível no que se refere aos exames, tempo de tratamento, efeitos adversos, além de direitos e recursos disponíveis no serviço.

A adesão ao tratamento depende de vários fatores, incluindo a relação dos doentes com o serviço e com os profissionais de saúde, ressaltando a qualidade das informações transmitidas aos usuários e o vínculo que se constrói durante o atendimento, nesse sentido, a forma de atuação da equipe de saúde torna-se essencial para a garantia desse processo. Um dos aspectos imprescindíveis ao vínculo refere-se à facilidade de acesso a um profissional da equipe, um indivíduo a quem o doente sempre possa recorrer quando apresentar um problema seja de origem biológica ou não, havendo o fortalecimento das relações entre a equipe de saúde e o usuário, além do estabelecimento de ambiência acolhedora priorizando verdadeiramente a resolução dos problemas dos pacientes. Esses aspectos contribuem, fortemente, para a continuidade da atenção à TB, visto que, os muitos fatores que obstaculizam a continuidade terapêutica, seja de ordem biológica, psicológica ou social que, por ventura, se apresentarem no longo trajeto do tratamento, serão mais facilmente expostos pelo doente quanto mais fácil for o acesso à equipe.

Como refere Zoboli (2003), o estado de saúde e o processo saúde–doença em cada pessoa são vivenciados como condição única, enquanto que para os profissionais de saúde as situações individuais são vividas como casos, de um pretense ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos. Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de cooperação, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (Fortes, 2004).

De acordo com Carvalho *et. al.* (2006), a relação de vínculo está pautada em uma relação de compreensão, consiste em dar apoio e oferecer escuta, narrar fatos e provocar a narração por parte do outro. Conforme advoga Perini (1998), o estabelecimento de um bom vínculo terapêutico, em que as queixas do doente são analisadas à luz de suas histórias de vida, diretamente relacionadas à sua doença

ou simplesmente referentes às suas condições objetivas de vida e a adoção de novos hábitos poderá garantir uma maior ou menor adesão ao tratamento.

Na esteira dessas análises, a restrição nessa comunicação contribui significativamente para uma relação impessoal, sem diálogos, escutas, responsabilização, subjetividades, dificultando o estabelecimento do vínculo, e assim a adesão ao tratamento.

A comunicação entre trabalhadores de saúde e pacientes é tema de relevantes pesquisas na área, esse processo de estabelecer relações mais humanizadas com o paciente concorre para desenvolver os sentimentos de solidariedade e de responsabilidade tão necessários na assistência, bem como, para a cidadania e assim melhorar os níveis de adesão e a satisfação deste. Estudos internacionais e nacionais realizados nesse sentido concluíram que o desconhecimento sobre a doença e tratamento e a comunicação deficiente com os trabalhadores de saúde foi determinante para a não-adesão (Driver *et al.*, 2005; Mishra, 2006), enquanto que Paixão e Gontijo (2007) verificaram que o bom nível de informação sobre a doença apresentou-se como fator de proteção para a adesão ao tratamento. George (2008) concluiu que o abandono do tratamento é muitas vezes um problema de falha institucional e gerencial que nega aos pacientes o acesso a serviços e recursos e a responsabilidade não deve ser atribuída a eles.

Quanto às variáveis relacionadas à qualidade de vida:

Em relação à situação emocional houve alta significância estatística, os entrevistados que a referiram como impedimentos no cumprimento das tarefas cotidianas, tiveram seis vezes mais chances de não aderir ao tratamento. O cerceamento das atividades diárias, incluindo a laboral, desperta nos entrevistados frustrações pelas transformações que acontecem no seu cotidiano.

A doença além de trazer-lhes implicações orgânicas repercute no seu processo de produção e sustentação, o trabalho além de ser um meio de sustentação das necessidades de consumo é fundamental para a criação da identidade do ser humano. No momento em que a doença traz repercussões sobre as atividades do indivíduo como o afastamento evidencia a ruptura que traz a doença sobre a vida do doente, com implicações no seu processo de produção social, levando o paciente a sentir-se deprimido. Conforme defende Ballone (2007),

o sofrimento moral ou sentimento de menos-valia, é um fenômeno marcante e desagradável na trajetória depressiva. Trata-se de um sentimento de autodepreciação, auto-acusação, inferioridade, incompetência, pecaminosidade, culpa rejeição, fraqueza, fragilidade e mais um sem-número de adjetivos pejorativos. A autoestima é a imagem valorativa que a pessoa tem de si mesma e na depressão esta imagem está depreciada no aspecto que mais incomoda o paciente.

O que demonstra que apesar de a TB ser uma doença curável ainda traz uma carga simbólica que envolve o imaginário de muitos pacientes, causando impacto significativo sobre a qualidade de vida destes, além disso, os encargos financeiros e sociais são muito presentes, em países em desenvolvimento os doentes têm menos probabilidade de encontrar trabalho tornando-se menos capazes de cuidar de suas famílias, reforçando o estigma social imposto pela doença (Alvarez-Gordillo, Alvarez-Gordillo *et al.*, 2000; Chang, Wu *et al.*, 2004).

Nesse estudo verificou-se que, o impacto da TB refletiu bastante na vida de vários indivíduos portadores, tanto emocionalmente quanto em relação às tarefas cotidianas. Portanto, ao se deparar com a enfermidade como um fator limitante do seu cotidiano, a TB desencadeia nos mesmos processos e sentimentos conflitantes.

Quanto a sentir-se otimista em relação ao futuro, quem não se sentia motivado ou não vislumbrava dias melhores tiveram mais chances de não aderir ao tratamento. No passado a tuberculose foi considerada implacável, equivalia a uma sentença de morte para quem a contraía devido à impossibilidade de cura (Sontag, 1984 p.11). Atualmente mesmo que a cura se constitua como realidade, devido à eficácia dos medicamentos existentes, a doença continua a acarretar sentimentos negativos no imaginário de muitos portadores, resultando em fator prognóstico de insucesso no tratamento da TB. Ao realizarem estudo sobre fatores associados à não-adesão ao tratamento da TB, Naidoo, Dick *et al.* (2009) verificaram que entre outros o estigma e a sensação de desamparo e desesperança eram os mais relevantes.

Em relação ao lazer, teve significância estatística como preditora de não-adesão. O que aponta que a pessoa que não consegue sair para divertir-se, relaxar que se sente sozinha e desamparada, que não consegue fazer planos, ter perspectivas, tende a não sentir-se bem tanto física quanto emocionalmente, sem conseqüente motivação para o tratamento. Esse fato nos reporta a análise de

Bertolli Filho (2000) a cerca da tuberculose e do tuberculoso em uma época de poucos recursos terapêuticos, e que, ao descobrir-se doente de TB tinha como definitivo o padecimento da tosse, as hemoptises, o definhamento e o isolamento nos sanatórios “A morte física prometida pela doença tinha como etapa anterior a exclusão social que, nas confidencias pessoais era declarada como muito mais sombria e dolorida que os padecimentos físicos produzidos pela infecção.”

Sabe-se que a vivência de uma doença é permeada por muitos conflitos, mudanças de atitudes, hábitos, estilo de vida, perdas financeiras e sociais, baixa estima, limitação no trabalho e no lazer, além de outros fatores que envolvem sentimentos objetivos e subjetivos dos indivíduos portadores. E apesar de a TB ser uma doença curável, ainda há um impacto negativo significativo sobre o sujeito portador muitas vezes afetando a sua qualidade de vida, o espanto e o desalento são suscitados não apenas pela doença, mas, sobretudo pela carga simbólica por ela imposta através dos séculos.

A literatura é consensual no sentido de que é fundamental a presença de equipe multiprofissional de saúde e que estes profissionais tenham esse entendimento da atenção para além dos aspectos clínicos, esse olhar em relação a esse impacto que a condição de doente traz para os indivíduos e para a sua qualidade de vida, para os problemas vivenciados pelos pacientes em tratamento para tuberculose, essas práticas, no cotidiano dos serviços contribui para o fortalecimento dos níveis de adesão e o sucesso do tratamento (Chang *et al.*, 2004; Marra *et al.*, 2004; Lewis, Newell, 2009).

Na análise final, com referência às características comportamentais ou estilo de vida, chamou atenção o uso de substâncias tais como álcool, tabaco e drogas ilícitas não haverem apresentado associação com a não-adesão ao tratamento o que difere do descrito na literatura. Sabe-se que o consumo de álcool, tabaco e outras drogas são fatores predisponentes ao abandono do tratamento (Ribeiro *et al.*, 2000; Albuquerque *et al.*, 2001; Bergel, Gouveia, 2005; Almeida, Honer, 2006; Pelaquin, Silva, 2007; Vieira, Ribeiro, 2008). O fato de, nesse estudo, não haver sido encontrada diferença estatisticamente significativa pode ser decorrente da negação do paciente, ou da suspensão temporária após o diagnóstico de TB, haja vista que foi expressivo o número de pessoas que referiram usar tais substâncias no tempo pretérito. Pelo desenho deste estudo não foi possível averiguar esse fato.

Fatores relacionados como preditores de boa adesão:

As variáveis relacionadas ao PSF comportaram-se como fatores protetores para a adesão, apontando a influência deste na atenção básica, havendo associação, isto é, os pacientes tiveram maior adesão ao tratamento ao entrarem em contato com o PSF.

O PSF propõe inovações no modo de cuidar da saúde que abarcam os eixos apresentados por Mendes (1999), com mudança do objeto de atenção e da forma de organização do serviço e das ações: o foco de atenção passa a ser o indivíduo, a família e seu ambiente físico e social e a atenção à saúde orientada pelo princípio da vigilância à saúde, combinando ações de promoção, prevenção e cura, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com responsabilização sanitária sobre um território definido. A esta equipe cabe realizar amplo diagnóstico da situação de saúde da população adstrita, é essencial para o planejamento do enfrentamento dos problemas priorizados, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada (Brasil, 1997b, 2000b, 2001b).

Apesar da presença ainda marcante da cultura do modelo biomédico, o PSF vem propiciando o olhar e a atuação dos profissionais de saúde voltados para a realidade de vida das comunidades que estão sob sua responsabilidade sanitária e o estabelecimento de vínculos com os usuários. Esta aproximação, por sua vez, tem favorecido o reconhecimento da saúde enquanto direito de cidadania e a relação com os usuários não apenas como objetos, mas também como sujeitos das ações; despertando o interesse no cuidar da saúde como bem essencial à qualidade de vida; permitido o estabelecimento de diálogo e cooperação entre os atores sociais e fortalecido canais para a participação social (Santos, 2005).

O fato de os profissionais de saúde atuarem no ambiente no qual o doente está inserido, proporciona uma maior visibilidade das necessidades existentes facilitando para que contribuam na busca de superação das dificuldades relacionadas aos cuidados à saúde, favorecendo oportunidades que propiciem o diálogo para que os indivíduos explicitem suas reais dificuldades e a percepção dos recursos que dispõem para lidar com a situação de sofrimento, colocando equipe de saúde e paciente em uma relação direta, que estimule o compromisso e a implicação de ambos na busca de soluções para os problemas de saúde. Nesse sentido o ACS, sendo o principal elo entre a equipe e a comunidade, torna-se um

facilitador no tratamento proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, o que muito contribui para a melhoria dos indicadores do PCT.

Essas ações, no caso da TB, devem ser direcionadas principalmente a sustentar a estratégia do TS, a busca de casos novos e de abandono de tratamento, visto que, entre as diretrizes da ESF, destacam-se a ação de vigilância em saúde e a integralidade, que constitui um dos princípios da ESF (Brasil, 2005c). Xu et al. (2009), estudando pacientes portadores de TB em treze distritos na província de Jiangsu na China, verificaram que, visitas domiciliares regulares por profissionais de saúde ajudaram a reduzir o risco de não-adesão. Em síntese o estudo citado, reitera que, a adesão ao tratamento é facilitada através de ações de saúde que aproximem os atores envolvidos, nas quais, o cotidiano dos sujeitos doentes esteja presente na cena, que utilizem métodos de trabalho sem dissociar a história da pessoa do seu processo saúde/doença.

O TS foi outra variável que se mostrou associada à boa adesão, comportando-se como fator protetor, os que estavam sob essa modalidade de tratamento aderiram mais. Essa estratégia é uma das prioridades para que o PNCT atinja a meta de curar 85% dos doentes, diminuindo a percentagem de abandono, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da TB no País (Hijjar *et al.*, 2007). Sabemos que o TS, um dos pilares da estratégia DOTS, de uma maneira geral tem causado impacto significativo no controle da TB, aumentando a adesão ao tratamento. Estudos têm verificado a importância do TS na redução do abandono (Vieira, Ribeiro, 2008). Gomes e colaboradores (2008) constataram que o desfecho “abandono de tratamento” era menos frequente nas coortes de pacientes da região Centro – Oeste e Tocantins quando era utilizado o TS em relação àqueles utilizando o TA. Outros desfechos como o óbito e a cura verificada eram mais favoráveis ao TS.

O TS é uma estratégia que permite o profissional conhecer a realidade social na qual vive o paciente e interagir com essa realidade ampliando a compreensão das necessidades do paciente, possibilitando modificações na qualidade da atenção e no estabelecimento de diálogos e vínculos tão importantes entre os trabalhadores de saúde e usuários. Essa relação que se estabelece é de fundamental importância, permite que o paciente sinta-se acolhido e valorizado, compartilhando suas dúvidas e se constitui como excelente oportunidade para permitir a construção da base de

confiança entre os sujeitos, fortalecendo o processo terapêutico, é o momento ideal para o profissional informar e orientar sobre a doença, o tratamento e as consequências decorrentes do abandono. A informação, o acolhimento e o vínculo advindo deste são fundamentais no processo de adesão, permitindo a criação de possibilidades para o enfrentamento do momento de vulnerabilidade em que o paciente se encontra. Nesta perspectiva de ação, a atitude acolhedora do profissional que cuida e respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento e o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde.

Os achados do presente estudo corroboram os resultados de outras pesquisas e apontam que o TS se constitui em momento oportuno para o doente compartilhar dúvidas, angustias e necessidades, permitindo a ampliação do foco terapêutico para além do diagnóstico médico (Vendramini, 2001; Pinho, 2001; Xu *et al.*, 2009).

Outras variáveis relacionadas ao tema conhecimento, oferta de serviço, informações e orientações no presente estudo, que se comportaram como fatores de proteção para a boa adesão ao tratamento foram: se o paciente sabia por quanto tempo deveria tomar a medicação, se tinha conhecimento sobre os motivos que levam ao abandono do tratamento, se houve oferta do teste Anti – HIV, solicitação dos exames dos comunicantes, solicitação das baciloscopias de retorno do paciente, as interconsultas e informações sobre a importância da tomada regular dos medicamentos, sobre a interação medicamentosa, a compreensão por parte do paciente sobre as orientações fornecidas. Os serviços de saúde têm um papel decisivo no tratamento da tuberculose, no que se refere à qualidade de atenção oferecida que inclui o acolhimento mediado pela linguagem acessível, nesse sentido, os profissionais de saúde podem e muito colaborar com a adesão ao tratamento ao tentar compreender o sentido que a doença adquire para cada paciente e em cada contexto familiar oferecendo apoio aos pacientes e seus familiares em todo o processo terapêutico, muitas vezes complexo, permitindo que sejam ouvidos e proporcionando as orientações necessárias no decorrer do processo. A valorização da participação dos sujeitos portadores no seu tratamento contribui para aumentar a autonomia e elevar a auto – estima melhorando a qualidade de vida e de saúde dos mesmos, tornando-os sujeitos no processo do cuidado com a saúde e não somente

objetos de práticas e prescrições, sem o que será mais difícil promover a mobilização de recursos terapêuticos necessários à mudança dos padrões comportamentais estabelecidos. Concordamos com Olayemi, Oreagba *et al.* (2009) que a presença de equipe multidisciplinar no PCT contribui e muito para a compreensão da doença. Autores defendem que quando os pacientes tornam-se conhecedores de suas doenças, passam a aderir mais ao tratamento (Driver *et al.*, 2005).

Quanto ao suporte micro - social, o papel da família mostrou-se frequente e satisfatório no nosso estudo, a variável sobre realização de exames dos familiares e orientações sobre a doença, mostrou-se associada como fator protetor para adesão. A tuberculose afeta todos os aspectos da vida do doente, o significado da doença está associado às representações sociais, que são influenciadas pela história e pelo contexto social de que fazem parte os participantes. A família é indispensável no apoio e colaboração ao tratamento, sendo insubstituível como fonte de segurança e afeto ao paciente, a ausência desse suporte tem um impacto negativo na adesão ao tratamento. A participação dos familiares deve ser valorizada fazendo-os aliados e colaboradores do processo terapêutico. Em estudo realizado na Colômbia para verificar os fatores preditivos de adesão ao tratamento da TB, Mateus-Solarte e Carvajal-Barona (2008) identificaram que pacientes que viviam longe da família, bem como, aqueles que não contavam com apoio familiar tinham mais chances de não aderir ao tratamento.

6.2 RELATOS E DISCUSSÃO DO COMPONENTE QUALITATIVO

Neste estudo, os relatos dos pacientes sobre a doença, o tratamento, o serviço e os profissionais apontaram questões importantes. As representações sobre a tuberculose surgiram no discurso dos sujeitos de acordo com seus padrões, construídos nas relações e experiências vividas. Trata-se de um conhecimento originado no cotidiano, no senso comum, que forma uma percepção de vida e norteia as ações individuais.

A análise a seguir, permeada de algumas frases exemplificativas depreendidas das entrevistas dos sujeitos pretende elucidar como os sujeitos sociais constroem a experiência da doença e da adesão à terapêutica, e como percebem o serviço e o atendimento, as quais encontram-se representadas no Quadro 7.

Quadro 7– Percepções dos pacientes sobre a doença e o tratamento

Categorias	Subcategorias	Unidades de registro
Sentimento de descoberta da doença	Pavor	184
	Tristeza	137
	Preocupação	114
	Morte	110
	Desespero	70
	Normal	69
	Impotente	48
	Surpreso	42
Transmissão	Tosse	409
	Ar	90
	Contato	70
	Saliva	60
	Sexo	54
	Beijo	50
	Utensílios	40
	Gripe	30
	Fumaça de cigarro	2
	Verme	1
Preconceito	Trabalho	30
	Amigos	20
	Utensílios	20
	Conjugais	10
Abandono de Tratamento	Resistência	273
	Agrava	85
	Volta	61
	Demora	44
	Não cura	36
	Morre	21
Porque abandonam	Melhora	200
	Demora	188
	Desconforto	100
	Muito medicamento	100
	Desinformação	30
	Irresponsabilidade	27

A TB uma doença que remete ao risco de morte

Em relação ao sentimento de se deparar com o diagnóstico de tuberculose, a maioria dos participantes relatou que a primeira reação externada ao se descobrir doente de TB foi o “*pavor*”, “*tristeza*”, “*preocupação*”, “*sensação de morte*”, “*desespero*”, “*impotência*” e “*surpresa*”. Estas subcategorias que emergiram das falas dos sujeitos indicam que existe uma representação social da tuberculose como uma *doença apavorante, triste* e que remete a uma possibilidade de morte.

- “Pavor, não sabia que tinha cura” (E.33).
- “Senti pavor, pois além de tudo existe o preconceito” (E.91).
- “Fiquei triste, muito triste, abalado, sem plano, deprimi queria me isolar” (E.15).
- “Muito preocupado, não sabia nada sobre a doença e fiquei com muito medo de passar para a minha família” (E.24).
- “Pensei que ia morrer, tive a sensação de morte” (E.58).
- “Desesperada, faltou o chão foi muito difícil achei que não ia resistir” (E.67).
- “Muito impotente, fraco e incapaz” (E.77).
- “Surpresa, perplexa, porque comigo, como peguei, de quem peguei” (E.82).

Encontra-se a ancoragem dessa representação na história pregressa da doença, a TB, ancorada no medo da morte, é influenciada por informações do universo consensual, pois até meados do século XX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico da tuberculose ainda não era uma realidade, um indivíduo acometido por tuberculose em uma família causava horror e gerava sentimentos diversos, tanto em nível individual como coletivo. A moléstia estava associada a uma vida dedicada a excessos, portanto em desacordo com os padrões socialmente aceitáveis, e a morte era a única certeza (Porto, 2007).

Historicamente a tuberculose pode ser entendida como uma doença de morte relacionada ao pulmão, tosse, palidez, emagrecimento e face rosada. (Sontag, 2007, p. 18):

A tuberculose era - ainda é – vista como capaz de gerar períodos de euforia, de apetite intenso e de exacerbado desejo sexual. Ter tuberculose foi considerado afrodisíaco e fonte de extraordinários poderes de sedução. [...] animação que advém do nervosismo, faces rosadas que parece sinal de saúde, mas, provém da febre e um surto de vitalidade pode ser o sinal da morte que se avizinha.

Conforme discorre Bertolli Filho (2000), o espanto e o desalento eram suscitados não apenas pela doença que corrompia o corpo, mas também, e, sobretudo, pela carga simbólica que a tuberculose impunha às suas vítimas e às pessoas que lhes eram próximas.

Nesse sentido, a TB é uma doença que atravessa a história da humanidade e ainda carrega muito de seus conteúdos significativos que impressionaram o imaginário coletivo, a experiência dos indivíduos, da família e da sociedade com a morte pela TB, causou impacto marcante na representação da doença. O fantasma da morte desolava as almas, cheias de medo, sem que nada e nem ninguém pudesse impedi-la. Em qualquer época, em qualquer tempo, a sensação de perda da ilusão de invulnerabilidade que existe em todos os indivíduos no momento em que se depara com uma situação desconhecida é impactante, é quando se percebe a finitude da vida, a confirmação da doença faz emergir na consciência das pessoas a noção de limite e temporalidade do ser humano. Conforme Sontag (1984 p.7), a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa, todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Ainda de acordo com a autora citada, a morte é o mistério obscuro, a suprema afronta, o fenômeno que não pode ser controlado. Ela só pode ser negada (Sontag, 1984 p.71).

Tal como advoga Perini *et al.* (2001) o adoecer, dos seres humanos, apresentaria dimensões ainda não cogitadas pela epidemiologia, que muitas vezes têm nas representações simbólicas do homem uma incógnita. A doença, o adoecer e o doente são partes de construções sociais carregadas de significados a partir das quais o doente é um personagem social e estão imersas na cultura local (Helman, 2003; Kleinman, 1988).

Estudos de Liefoghe *et al.* (1995) relatam que o paciente, ao receber o diagnóstico de tuberculose, leva um choque ou tem dificuldade de aceitá-lo

inicialmente. Além disso, não é o único a ser afetado, a família também sofre o impacto da descoberta e nesse momento desempenha uma importante função.

Vários outros estudos (Yamada *et al.*, 1999; Long *et al.*, 2001), verificaram que a presença do estigma no ambiente familiar faz com que o recebimento do diagnóstico seja apreendido como uma sentença de morte ao doente. Esta reação de medo das pessoas quando sabem que estão com tuberculose está intimamente ligada à imagem que se faz do tuberculoso, além do que a esse pavor se agregam outras preocupações, a preocupação em transmitir a doença para a família está sempre presente, o que se torna uma situação bastante difícil para o sujeito doente, pois poderá ter como consequência o isolamento imposto pelo próprio doente e resultar na falta de apoio do grupo social mais próximo e importante, a família, para o enfrentamento da doença dificultando a adesão e favorecendo o abandono ao tratamento. Goffman (1988, p.14) descreve três tipos de estigma diferentes: o primeiro diz respeito às abominações do corpo - as várias deformações físicas, o segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, desonestidade e finalmente o terceiro que trata das questões de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. A figura do tuberculoso já foi densamente associada às três categorias no decorrer da história, adquiriu significados diferentes conforme a época, a sociedade a qual pertencia e a moral vigente. Do físico, devido ao esgotamento físico e a magreza excessiva, ao romântico quando se creditava a doença às almas sensíveis, ao hipersexualizado, vulgar, transgressor das regras morais e miseráveis quando se associou a etiologia e disseminação do bacilo, à distorção hereditária, quando antes, não se tinha noção do contágio e das aglomerações como fator de risco. Conforme Porto (2007, p. 46):

O doente via-se desqualificado para o casamento, para o exercício de certas atividades e até para o seguro de vida de outros membros da família. Portanto, o horror à tuberculose deve-se menos à condenação à morte física do que à condenação à morte moral.

Em pleno século XXI, de acordo com as reações de pavor expressas por vários dos sujeitos do nosso estudo, percebe-se o peso que a TB ainda carrega e aponta que o doente continua ocupando o lugar de negligenciado na sociedade,

muitas vezes desprovidos de informações sobre a doença e o tratamento, continuam impregnados com os significados do passado, em que a única certeza era a morte, o isolamento e o desprezo, levando-os a atitudes extremas de ocultarem a doença de familiares e amigos pelo medo da rejeição e estigmatização.

Bertazone e Gir (2000) verificaram em seus estudos que o medo apresentado pelos pacientes, se fazia presente pelo fato dos mesmos terem medo de transmitir a doença, principalmente no que diz respeito à (o) parceira (o). Terra (2007) em estudo realizado em São Paulo – SP, também verificou que o momento do recebimento do diagnóstico da TB é muito difícil para o doente, por medo do isolamento familiar, da possibilidade de ter que afastar-se do trabalho, assim como pelo fato de sentir que vai onerar as finanças da família.

Apesar da descoberta dos quimioterápicos na metade do século passado, permanece para alguns, os temores e os mitos tanto em relação à doença quanto ao tratamento e a cura. Isso demonstra que os profissionais de saúde devem elaborar novas práticas, proporcionar uma assistência de qualidade ao doente e a sua família, mais próxima e mais humanizada, corroborando para a desconstrução das representações em torno da doença, criando espaços de diálogo, informando sobre o tratamento e a cura, minimizando o desespero em um momento de extrema vulnerabilidade, contribuindo assim para facilitar a adesão à terapêutica e o controle da TB. A informação é fundamental para os doentes, na medida em que é através desta que são construídas atitudes positivas frente à doença, às respostas mais adequadas diante da situação, à participação real na tomada de decisões e a perspectiva do futuro.

A TB uma doença estigmatizante

Sabemos que a TB em diferentes momentos históricos e em diferentes sociedades, apresentou caracterizações culturais semelhantes como o preconceito, a discriminação e o estigma relacionados ao indivíduo acometido pela doença.

Sontag (1984 p.13) reitera que a tuberculose é uma doença envolta em tabus e crenças de natureza simbólica, e cercada por um forte estigma, evidenciado desde épocas remotas e entre os mais diferentes povos.

Ao final do século XIX, a associação da TB com as precárias condições de vida e higiene trouxe à tona a diferenciação e o repúdio social destes doentes,

rotulando-os como responsáveis por um tipo de mal social. Os doentes eram culpados e responsabilizados socialmente pelo modo de vida que levavam, não adotando os costumes de higiene e de alimentação preconizados pela medicina; eram responsabilizados pela saúde dos outros (Gonçalves, 2000). O horror diante da tuberculose fazia dela um tabu, um objeto de interdição e seu sintoma extremo eram a estigmatização do doente e seu conseqüente isolamento, devendo, portanto ser afastado, excluído, uma vez que era perigoso para a sociedade (Porto, 2007).

A indicação do isolamento trazia incorporado o preconceito diante da enfermidade, constituindo os sanatórios como espaços onde o paciente podia ser retirado da sociedade ou mesmo 'escondido' dela (Bertolli, 2001).

Como pode ser visto abaixo, ancorada na percepção da doença, continuam presentes, diversas práticas sociais, sobretudo as que enfatizam a segregação da pessoa com tuberculose, em diferentes espaços individuais e coletivos.

Alguns entrevistados revelaram ter sofrido algum tipo de preconceito:

- “As pessoas no trabalho se afastaram com medo de pegar” (E.201).
- “No trabalho quase fui demitido” (E.128).
- “Os amigos me rejeitaram” (E.16).
- “Foi o motivo de hoje não morar mais com os parentes” (E.329).

Long *et al.* (2001) em estudos realizados no Vietnã constataram que o isolamento foi manifestado no ambiente familiar e na comunidade. Os relatos indicaram que os pacientes de tuberculose muitas vezes são silenciosamente isolados pela comunidade, através de atitudes como evitar o contato, não cumprimentar, alguns pacientes relataram que ficaram isolados da família, pois parentes temiam pegar a doença, incluindo atitudes como separar louças e talheres, limitar contatos e dormir em área separada.

Neste estudo também foram encontrados resultados semelhantes, conforme ilustra os depoimentos abaixo:

- “Foi separado prato, copo, tudo até as roupas passaram a ser lavadas separadas” (E.516).
- “Tudo foi colocado em uma fogueira e as louças separadas” (E.23).

Terra (2007), Bertazone e Gir (2000) verificaram resultados semelhantes em seus estudos, de que a doença acarreta mudanças na vida e na rotina do paciente. Dentre tais relações destaca-se a relação com a parceria sexual, tornando-a susceptível a alterações causadas por fatores de ordem sócio-emocional.

- “A doença foi motivo da separação conjugal” (E.114).
- “O marido não quer ter relações sexuais com medo de pegar” (E.225).
- “Preconceito velado do marido” (E.82).

Com medo de transmitir a doença e se sentir culpado, afastava-se de todos, ou seja, da família e da (o) parceira (o), levando-o ao isolamento e consequentemente à solidão.

- “Eu mesma me isolei, fiquei no quarto dos fundos longe da família” (E.11).
- “Fiquei com medo de contaminar meu marido e meus filhos, separei as coisas e fervia tudo” (E.40).

E nesse sentido, o bacilo projeta-se sobre o indivíduo e o despersonaliza, o sujeito muda a sua condição de ser portador de uma doença para ser a própria doença – *o tuberculoso*. Dessa maneira cabe-lhe além de ser portador do bacilo, carregar todo o estigma que se criou na sociedade em torno da TB. Nessa perspectiva, neste estudo, verificou-se que não é só o pânico da doença que faz com que as pessoas com tuberculose em uma atitude antecipada isolem-se antes de serem isoladas, e às vezes, passem também a ocultar o diagnóstico. Há ainda o pavor do julgamento, da humilhação, da discriminação e, sobretudo, o temor do afastamento das pessoas de seu convívio.

A resistência do indivíduo para aceitar o novo papel de doente, é resultante do conhecimento que ele tem sobre os estereótipos e preconceitos que envolvem a doença. O diagnóstico e o tratamento de tuberculose provocam uma série de mudanças na rotina de vida dos pacientes, em sua maioria dispensáveis e muitas vezes impostas pelo próprio paciente e que podem ser agravadas tanto pela falta de informações precisas sobre a doença quanto pelo preconceito vivenciado.

Gonçalves (2000) descreve que, até o início do século XX, a pessoa acometida de tuberculose, mesmo tendo sido curada, era forçada a realizar

mudanças fundamentais em seu estilo de vida, devido ao fato de a enfermidade ser considerada uma doença social. Não bastava a cura, havia a necessidade de um preparo do doente e do contexto social para sua reinserção. Assim, mesmo após a cura, a doença deixava uma carga de discriminação duradoura.

Algumas vezes, os pacientes apenas relataram desconforto de parentes, em formas de isolamento mais sutis. No nosso estudo, conforme dito anteriormente nos depoimentos dos entrevistados, o preconceito ainda existe, ora velado, ora escancarado e revela que o isolamento determinado pelo próprio paciente é uma atitude que embora associada ao passado, guarda ainda uma espécie de ameaça, que tende a transformar de forma bastante radical a vida social do indivíduo portador.

De acordo com esse pensamento, Goffman (1988 p.143) afirma que “o doloroso de uma estigmatização repentina, então, pode ser resultado não da confusão do indivíduo sobre sua identidade, mas do fato de ele conhecer suficientemente a sua nova situação”. Ele deixa de ser considerado um ser comum e um ser total, reduzindo-se a uma pessoa carregada de atributos negativos, configurando-se no portador de um estigma que o coloca na situação de alguém que está inabilitado para sua aceitação plena.

Bertolozzi (1998) obteve achado em consonância com o nosso estudo, em que a ocorrência do estigma não se revela apenas da coletividade para o doente, existe uma relação inversa, que emerge do doente, em decorrência da enfermidade ele passa a assumir atitudes de afastamento provavelmente na tentativa de fugir de uma situação que para ele mesmo é difícil de vivenciar.

Em estudos realizados por Lima e colaboradores (2005), Vendramini e colaboradores (2002), Johansson e colaboradores (2000) também foi marcante a relação entre estigma e preconceito pelo próprio doente e outras vezes pela sociedade.

De acordo com Perini (1998), o isolamento ainda é vivo no caso da TB, e embora às vezes sutil, está relacionado a uma série de atitudes preconceituosas reforçando a culpa e o risco que o doente representa para o seu meio.

De acordo com o nosso estudo, verificamos que, apesar dos avanços científicos que tornaram disponíveis tecnologias e tratamentos eficazes, as crenças

que no passado povoaram o imaginário popular acerca da TB parecem preservar, na atualidade, muito dos significados que fizeram dela uma das doenças que mais inspirou medo, em todas as épocas da humanidade.

Ao serem indagados a respeito da transmissão da TB verificou-se que os entrevistados percebem a origem da doença de diferentes formas a maioria referiu: a tosse, ar, contato, saliva, gripe mal curada.

- “Através da tosse” (E.625).
- “Pelo ar e pelo vento” (E.140).
- “Convivência, contato com os outros” (E.31).
- “Pela saliva, quando você fala” (E.409).
- “Gripe mal curada e também problemas de bronquite asmática” (E.308).

Queiroz e Nogueira (2010), também verificaram em seus estudos sobre adesão que, sobretudo, as mulheres casadas associaram a TB como uma complicação de uma gripe ou pneumonia mal curada.

Alguns associaram a transmissão ao sexo, ao beijo, ao longo da história a tuberculose teve várias representações e observa-se na recorrência dos discursos que ela ainda é percebida como uma doença de pessoas promíscuas:

- “Se a pessoa fizer relação sexual com a outra” (E.55).
- “Através do contato sexual e do beijo” (E.127).

E outros entrevistados surpreenderam ao responderem que é através de utensílios domésticos e alimentos compartilhados, fumaça de cigarro e finalmente através de um verme.

- “Usar os mesmos pratos e utensílios domésticos” (E.28).
- “Restos de comida e utensílios sujos” (E.71).
- “Pela fumaça do cigarro” (E.30).
- “Um verme vai comendo por dentro, dá fraqueza e o vento toma conta” (E.715).

O conhecimento da doença é um dos elementos fundamentais para a adesão ao tratamento, da mesma forma, o desconhecimento gera o diagnóstico tardio, a

difusão do bacilo e eterniza preconceitos. Conforme foi verificado, as representações a cerca da doença pouco se modificaram, e outras se reelaboraram, vários dos entrevistados participantes do estudo desconhecem a forma de transmissão da TB ao atribuírem a utensílios domésticos compartilhados, alimentos, fumaça de cigarro e as relações sexuais a transmissão da doença. Conforme Gonçalves *et al.*, (1999) concepção que as pessoas têm sobre a etiologia e o contágio da tuberculose não se restringem aos conhecimentos biomédicos acerca da doença, mas incluem um amplo leque de diferentes compreensões e possibilidades, que não são reconhecidas pelos serviços de saúde, mas que são construções sociais da doença.

Estudos de Cortezi e Silva (2006) corroboram os nossos achados, ao verificarem que, em relação ao conhecimento prévio sobre a transmissão da TB, os pacientes relataram que a transmissão se dava através utilização de utensílios domésticos contaminados. Souza (2009) também verificou em seus estudos que, a percepção da origem da doença gera muitas controvérsias. O profissional de saúde, mediante o diálogo, deve atuar como um agente educador e facilitador no processo de conscientização do doente em referência a informações sobre a doença, sua transmissão e as condições de determinadas formas de viver e trabalhar que podem favorecer o seu desenvolvimento. Também devem contribuir com a elaboração do significado da doença como um componente a lidar em sua vida, que inclui, o processo do tratamento como um elemento que deve ser incorporado no seu cotidiano.

Verificou-se nesse estudo que, de acordo com o entendimento de vários pacientes em relação à transmissão da doença, ainda existe um distanciamento na comunicação existente em algumas unidades de saúde sugerindo a falta de ações educativas e informativas da equipe de saúde para os sujeitos portadores. De onde se conclui que a desinformação acerca da doença é sem dúvida um fator que contribui para o abandono do tratamento.

Ao abordar a questão de quais seriam as consequências da interrupção da medicação, observou-se que, a confiança da maioria dos sujeitos entrevistados pauta-se no crédito da ação medicamentosa, foi quase um consenso às respostas obtidas:

- “Se parar de tomar o remédio a bactéria fica mais forte e resistente” (E.273).

- “A doença não cura” (E.822).
- “A doença volta, pior, vai agravar” (E.61).
- “A doença volta mais resistente e aumenta os meses do tratamento” (E.136).
- “O tratamento falha e vai demorar ainda mais” (E.21).
- “Termina morrendo” (E.402).

A análise dos depoimentos aponta que o paciente foi informado sobre a importância da adesão ao tratamento e percebe as consequências que a interrupção à terapêutica pode trazer, como por exemplo, a resistência às drogas, o aumento do tempo do tratamento, a falência do tratamento e o óbito. Sabemos que o processo terapêutico não é isento de dificuldades, a manifestação dos efeitos colaterais e o período de duração do tratamento contribuem para a interrupção do mesmo, apesar do doente manifestar a intenção de cumprir o tratamento, pode deparar-se com a complexidade terapêutica. Conforme Carvalho (2008), aderir ao tratamento difere em sua substância do simples fato de cumprir a prescrição como se fosse uma ordem, torna-se necessário a adoção de uma postura ativa por parte de todos os atores envolvidos.

O TS torna-se uma estratégia de sustentação da adesão ao tratamento da TB, pois ao mesmo tempo em que reforça a adesão, diminui a prevalência da resistência às drogas e recidiva da doença. Nesse aspecto, o suporte dos atores sociais do convívio do doente integrado às atitudes dos profissionais de saúde, que inclui o vínculo e a troca de informações além de valorizar as necessidades do doente colabora para a concretização da adesão.

Em relação aos motivos para o abandono do tratamento a maioria dos depoentes ancorados no conceito de que a ausência de sintomas significa ausência da doença revelou que:

- “Melhora e acha que está curado, já não tem mais tosse e nem febre e que não precisa mais de tomar o remédio” (E.20).
- “A maioria acha que está curada porque não sente mais nada” (E.60).

Outros referiram a demora do tratamento:

— “A demora do tratamento, o tratamento é longo” (E.630).

Outros se reportaram à quantidade e as reações adversas provocadas pelos medicamentos:

— “Os remédios dão muita reação ruim, é triste, mas tem que levar até o fim” (E.548).

— “Os remédios são muito fortes, dão muita reação” (E.13).

— “É muito remédio, o gosto é muito ruim, mas tem que tomar se não fica curado” (E.73).

Outros colocaram a culpa exclusiva no paciente nomeando-os de irresponsáveis:

— “Falta de vontade de ficar bom” (E.155).

— “Safadeza” (E.94).

— “Falta de responsabilidade, ignorância, falta de amor próprio” (E.344).

E alguns se referiram a não mudança de hábitos como álcool e cigarro:

— “Algumas pessoas são ignorantes não querem largar o vício de beber e fumar” (E.58).

Apesar do aparente conhecimento da doença, contraditoriamente, na análise dos depoimentos verifica-se que para a maioria dos entrevistados o desaparecimento dos sintomas e a melhora que acontece nos primeiros meses do tratamento é a maior causa de abandono.

Ao lado da adesão ao tratamento, agregam-se outras questões que tornam complexo o controle da TB, a presença de sensações corporais desagradáveis lembra constantemente ao paciente que ele ainda está com alguma dificuldade decorrente da doença que o acomete. Assim para alguns, quando os sintomas melhoram, quando se sentem aptos para retornarem às atividades cotidianas e ao trabalho, acreditam que não estejam mais doentes, acreditam que estejam curados, já que a concepção de doença está ligada à presença de sintomas indesejáveis que não os deixam atuarem como antes (Fox *et al.*, 1987; Bloom, Murray, 1992; Menegoni, 1996; Nair *et al.*, 1997; Gonçalves, 1998, Terra, 2007).

Tomar os medicamentos é reviver a doença que não mais se revela fisicamente (Conrad, 1985). Nesse sentido, a doença em si coloca-se como um problema, com o desaparecimento dessas sensações que o levaram a consulta, a adesão ao tratamento tende a diminuir na medida em que a saúde equivale à ausência de sinais físicos desagradáveis. A percepção das pessoas com tuberculose com relação à sua condição de saúde parece ser um fator importante, e até decisivo, na continuidade ou não do tratamento.

De acordo com Bertolozzi (1998, 2005), essa tendência a deixar de fazer uso da medicação, quando o doente deixa de perceber sua necessidade, está relacionado como se interpreta a saúde e a doença e o seu significado no cotidiano. Pois na medida em que se visualiza a saúde como ausência de sintomas será esperada que o doente deixe de ingerir a medicação quando os sintomas desaparecem. Além disso, segundo a autora, a depender das condições em que se encontra o momento de vida do paciente, outras questões podem apresentar-se mais relevantes, como as demandas decorrentes da própria sobrevivência e de sua família, processo que pode fazê-lo deixar em segundo plano o cuidar de si mesmo.

Cayla *et al.* (2009), ao realizarem na Espanha estudos sobre adesão ao tratamento da TB, verificaram que a baixa adesão está associada a dificuldades encontradas pelos pacientes em compreender o tratamento. O que aponta a falta de conhecimento destes sobre a doença e, sobretudo a falta de vínculo e diálogo entre os profissionais e pacientes.

Driver *et al.* (2005), em estudo realizado em New York concluíram que a falta de consciência da gravidade da tuberculose está associada à interrupção do tratamento, e que esforços devem ser empenhados no sentido de melhorar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e o tratamento devendo ser enfatizado no início do tratamento e em intervalos durante todo o curso do tratamento para minimizar a interrupção do tratamento.

Kaona *et al.* (2004), em estudo realizado em Ndola, Zâmbia, para investigar os fatores contribuintes para a não-adesão ao tratamento e conhecimento da transmissão da TB entre os pacientes em tratamento, verificaram que, os pacientes ao sentirem a melhora nos primeiros meses do tratamento tendem a abandoná-lo. Reiterando que a falta de conhecimento sobre a doença e tratamento é fator contribuinte para a não-adesão.

Widjanarko *et al.* (2009), ao estudarem em Java, na Indonésia, os fatores que influenciam na adesão ao tratamento para TB, verificaram igualmente que, um dos principais motivos de não-adesão é a melhora inicial dos pacientes. E concluíram que os percentuais de adesão possa se elevar a partir de um trabalho de educação em saúde com os pacientes, informando-os melhor sobre a doença, o tempo de duração do tratamento e os efeitos adversos dos medicamentos. E que os profissionais devem estar qualificados para um tratamento mais humanizado.

Constatou-se ainda nos depoimentos que, o período de duração do tratamento é uma das questões ameaçadoras para a adesão, associado à quantidade de comprimidos e a regressão dos sintomas no início da terapêutica, que cria no doente a ilusão de cura, são citados como elementos mais fortemente contribuintes para o abandono. Há um reconhecimento, por parte de vários dos sujeitos do estudo de que o tratamento não é fácil e, portanto é necessário empenhar-se para superar a longa demora.

De acordo com Perini (1998), após uma auto avaliação constatada pela grande melhora clínica comum nos primeiros meses de tratamento aliada ao período que ainda têm a cumprir, muitos pacientes entendem que não necessitam retornar ao serviço de saúde para dar continuidade ao tratamento e retornam ao lazer e a vida normal.

Outro fator abordado pelos entrevistados como contribuinte para o abandono, refere-se aos efeitos adversos provocados pelos medicamentos, à associação provável de alguns pacientes foi a idéia do *gosto ruim e amargo da cura* através do medicamento. Não se trata apenas de tomar alguns medicamentos, é muito mais o tratamento requer que sejam fortes e que tenham força de vontade para levá-lo adiante.

A representação de que a tuberculose tem um tratamento que é complexo está ancorada nos desconfortos, nos efeitos desagradáveis que os medicamentos produzem. Segundo Lefèvre (1991) na cura, o medicamento representa a saúde definitiva, o que lhe confere um alto grau de eficiência e eficácia simbólicas. Os depoimentos desse estudo mostram um aspecto relevante da ambiguidade do medicamento como símbolo, o remédio é algo *“ruim”, “forte”,* causando, portanto efeitos adversos que, no entanto, é concebido como imprescindível porque a terapêutica ofertada almeja o restabelecimento, a cura do paciente, evidenciando o

crédito na ação medicamentosa e todo o desconforto que este possa causar-lhe, garantirá o resultado desejado.

Em uma perspectiva semelhante, Souza (2006) refere que ao relatarem sobre o tratamento, os sujeitos colocavam-se como pessoas que estavam travando uma luta, construindo uma imagem de vencedores ao conseguirem levar o tratamento adiante, ou justificando, quando não conseguiram realizá-lo em uma primeira tentativa. É fato que a longa duração do tratamento e utilização de medicamentos que usualmente proporcionam reações adversas acaba por comprometer esta adesão. Xu, Lu *et al.*,(2009); Kaona, Tuba *et al.* (2004) também constataram dentre outros fatores que as reações adversas favoreceram a não-adesão.

Como já havia sido abordado anteriormente neste estudo, o processo terapêutico no enfrentamento de qualquer enfermidade não é um caminho fácil, acarreta uma mudança na rotina dos portadores que não é isenta de dificuldades. Em relação à TB, tornou-se claro que a necessidade do cumprimento da terapêutica e as reações advindas de seu uso provocam sentimentos de ambiguidade nos sujeitos portadores e esses efeitos podem contribuir para o abandono.

E baseado nessa questão fundamental para a adesão, o serviço de saúde deve promover informações contínuas sobre a doença e o tratamento, estratégia que pode ser otimizada através de visitas domiciliares e TS. Concordando com Carvalho (2008), por toda sua complexidade, o tratamento aderente necessita ser pensado de forma relacional, exigindo condução conjunta tanto do profissional quanto do paciente.

O monitoramento de possíveis obstáculos é de fundamental importância, além de acolher as aflições decorrentes desses efeitos provocados pelos medicamentos, a função do profissional de saúde deve ser o de colocar-se disponível para o esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento, fazendo-o perceber a importância da terapêutica e proporcionar elementos que ajudem o doente a superar as dificuldades advindas desse processo.

De acordo com pesquisa realizada por Oliveira e Moreira Filho (2000b) a respeito de recidiva de tuberculose, embora a maioria dos efeitos colaterais seja de leve intensidade, é preciso que os serviços de saúde dêem atenção redobrada aos pacientes com essa queixa, para que esses transtornos sejam reduzidos sem que

haja a interrupção do tratamento. Conforme a contribuição de Surribas e Fontanella (2006), de que a informação é essencial porque condiciona a atitude perante a própria doença, as decisões que se tomam e as atuações posteriores do próprio doente e da família, que vão influenciar a qualidade de vida.

Mishra *et al.* (2006), em estudo realizado no Nepal concluíram que o sucesso da manutenção de elevados percentuais de adesão ocorreu devido à estratégia DOTS e, sobretudo, ao empenho dos profissionais de saúde em manter um canal de comunicação adequada com os pacientes. Vendramini (2001) corrobora acrescentando que o TS se constitui como o momento oportuno para o doente compartilhar dúvidas, problemas e necessidades, ampliando o foco terapêutico para além do diagnóstico médico. A observação direta e visitas domiciliares regulares por profissionais de saúde contribuem para reduzir o risco de não-adesão. Intervenções mais centradas no paciente e uma maior atenção para as barreiras estruturais são necessárias para melhorar a adesão ao tratamento (Xu, Lu *et al.*, 2009)

Estudos realizados por Manders, Banerjee *et al.* (2001) no distrito de Ntcheu, Malawi, na África subsaariana, em que o aumento de casos e a falta de recursos humanos e financeiros é cada vez mais difícil para garantir o tratamento diretamente observado nas enfermarias de TB, os doentes receberam tratamento de um tutor, ou seja, um membro da família devidamente instruído para tal, e os resultados apontaram que o atendimento descentralizado é uma opção viável para o tratamento anti-tuberculose e que os responsáveis podem supervisionar o tratamento da TB tão bem quanto os trabalhadores de saúde durante a fase intensiva de tratamento.

Concordamos e entendemos que o TS pela proximidade de um contato mais direto, propicia o estabelecimento do vínculo entre os atores envolvidos, profissionais, pacientes, e familiares, possibilitando o desenvolvimento de compromisso e responsabilidades mútuas e decisões compartilhadas, favorecendo sobremaneira o paciente e contribuindo para a adesão ao tratamento, que é um processo construído no cotidiano e que envolve o paciente, os profissionais e o grupo familiar no qual o paciente está inserido. E que a adesão se consolida no momento em que o doente começa a entender os riscos do tratamento interrompido.

Outro aspecto relatado pelos pacientes entrevistados foi à responsabilidade única e exclusiva do paciente pela continuidade ou não do seu tratamento. De acordo com Sontag (1984, p.61) “a cura é tida como dependente, sobretudo da

capacidade já seriamente provada ou enfraquecida do paciente de ter amor – próprio”. Ou seja, a adesão é vista como um ato individual e particular, que depende somente do indivíduo doente, mostrando-se como uma obrigação individual a ser cumprida negando a existência de vários fatores intervenientes. Ora sabe-se que a adesão a uma terapêutica estabelecida não é linear, é um processo que é construído no cotidiano do sujeito portador e depende de vários fatores. Conforme diz Libertad (2004), a adesão é um fenômeno complexo que está condicionado a múltiplas causas, é um comportamento humano, modulado por componentes subjetivos que devem ser abordados e investigados. Portanto, entendemos que vários são os fatores que contribuem para a não-adesão ao tratamento e muitos deles se interpõem, além das causas perceptíveis, existem questões não aparentes, mais complexas, de caráter subjetivo, que estão ligadas ao contexto sociocultural do paciente, atribuir o ônus da doença e imputar ao paciente a culpa exclusiva da não-adesão reflete o desconhecimento desses fatores.

Outra questão abordada pelos entrevistados foi a não mudança de hábitos, como álcool e cigarro. A continuidade do tratamento é, portanto influenciada por inúmeros elementos. Conforme descrito na literatura, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas são fatores predisponentes ao abandono do tratamento (Bertolozzi, 1998; Ribeiro *et al.*, 2000; Albuquerque *et al.*, 2001; Bergel, Gouveia, 2005; Almeida, Honer, 2006; Pelaquin, Silva, 2007; Vieira, Ribeiro, 2008). Os estudos corroboram e apontam que a interrupção de antigos hábitos na concepção do doente é uma espécie de sacrifício mesmo que por tempo determinado, que ao vivenciar a doença ele é levado à privação, uma espécie de exílio social, para encontrar a cura.

Como os serviços de saúde cuidam dos portadores de TB

No cotidiano dos serviços, o modelo de assistência biomédico ainda predominante, desconsidera que lida com histórias de vida, com um conjunto de crenças e valores, com a subjetividade do sujeito. As representações estão fortemente alicerçadas na experiência de viver com a tuberculose, envolvendo sentimentos próprios, relacionamentos familiares e profissionais, e que conseqüentemente reflete na adesão ao tratamento. Os resultados revelam como os sujeitos do estudo percebem o serviço e o atendimento.

Em relação ao grau de satisfação com o serviço e com o acolhimento por parte da equipe constatou-se que, embora grande parte dos entrevistados tenha

afirmado satisfação, mesmo assim, críticas foram reveladas, uma parcela significativa revelou-se parcialmente satisfeita e insatisfeita, e quando os entrevistados se dispunham a alguma crítica, ela usualmente se mostrava objetiva, como consequência de alguma experiência negativa concreta vivenciada no serviço.

O acolhimento expressa a postura dos profissionais da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Essa postura, conforme percebida pelos entrevistados, permitiu a constatação de fatores que facilitam esse atendimento e evidenciou situações que geram dificuldades nas relações.

Conforme Silva *et al.* (1995), os resultados desfavoráveis, a insatisfação, encontrados nos estudos se tornam indicadores relevantes sobre o serviço revelando aspectos que necessitam ser melhorados. Há que se lembrar que se trata de um indivíduo que convive com uma doença que gera vários tipos de estigma, porquanto os serviços precisam ser acolhedores.

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (Franco *et al.*, 1999).

O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários (Merhy *et al.*, 1994). O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção.

Ramos e Lima (2003) definem o acolhimento como a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário, para sentir quais são as suas necessidades e, na medida do possível, atende-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas.

O Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS, implantado pelo Ministério da Saúde é uma

proposta que convoca todos, gestores, trabalhadores e usuários, a se comprometerem com o processo de humanização, visto que o próprio Ministério identificou número crescente de queixas, por parte dos usuários, relacionadas à falta de acolhimento, de acesso e de condições de trabalho, entre outras (Brasil, 2000c).

De acordo com os princípios que norteiam a humanização na atenção à saúde, a conduta é a de valorizar a dimensão subjetiva e cultural do paciente, com consequente construção de sua autonomia e co-responsabilidade perante o processo terapêutico e deve estar presente em todo ato de assistência à saúde, levando em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo o relacionamento humano (Brasil, 2006b).

Uma política, porém, não será concretizada apenas pela vontade dos órgãos governamentais e/ou institucionais. Requer-se o comprometimento de todos, principalmente daqueles que estão, diariamente, junto aos usuários e demais profissionais, que mostram, através de seu trabalho e atitudes, quais são as características do serviço de saúde que está sendo oferecido à população.

Conforme Bettinelli *et al.* (2003), para alcançar uma nova compreensão dos princípios e valores que balizam a humanização, o profissional da saúde necessita articular o conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que estabelece através de sua prática, para que a humanização não fique restrita às atribuições meramente técnicas, mas, principalmente, à capacidade de compreender e respeitar o ser humano nas suas diferentes formas de ser e existir.

Segundo as análises Ribeiro (2009) e Campos (2009) a humanização significa entender o outro como um ser singular, e sendo assim, devem-se considerar as suas necessidades e os aspectos subjetivos indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Seria adotar uma prática na qual seja considerado o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Trata-se de um esforço no sentido de fazer valer a dimensão ética do agir de cada um dos envolvidos neste processo, estabelecendo relações que extraem sua força do reconhecimento de objetivos comuns e do exercício de um trabalho solidário, a essência da humanização é a experiência intersubjetiva, o processo de troca, o compartilhamento, é buscar soluções solidárias para as dificuldades encontradas.

A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propicia a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, frequentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso. Confirma-se a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como acolhimento humanizado nos serviços (Ramos, Lima, 2003).

A TB é uma doença curável, e o seu controle sustenta-se principalmente sobre dois pilares: a descoberta de casos e o tratamento dos doentes, portanto faz-se necessário uma boa comunicação em que o doente possa exprimir todas as suas angústias e dúvidas. A adesão ao tratamento depende de vários fatores, que vai desde o acesso ao serviço incluindo a relação dos doentes com os profissionais de saúde, ressaltando a qualidade das informações transmitidas aos usuários e o vínculo que se constrói durante o atendimento, nesse sentido, a forma de atuação da equipe de saúde torna-se essencial para a garantia desse processo. Entendemos que a informação é um dever do profissional em relação ao doente não só como um requisito ao respeito pela sua autonomia, mas também como um benefício efetivo.

Em relação à satisfação com o serviço, foi relevante o dado de que as principais características que os pacientes buscam nos profissionais são de ordem relacional e afetiva, reiterando a necessidade de um atendimento mais humanizado que permita aos atores envolvidos desenvolver interação pessoal mais próxima. De maneira geral, em relação a este tema os integrantes do estudo trouxeram como questões principais a *rapidez no atendimento, a falta de atenção e acolhimento*:

Quadro 8 – Satisfação do paciente com o serviço e o atendimento

Categorias	Subcategorias	Unidades de registros
Atendimento	Rápido	32
Atenção	Escassa	32
Acolhimento	Escasso	32

- “O atendimento é muito rápido” (E.658).
- “O médico atende muito rápido não conversa direito” (E.202).
- “A falta de acolhimento” (E.302).
- “O acolhimento é mais pela enfermagem do que o médico” (E.150).

- “O médico não presta muita atenção na gente” (E.48).
- “Quando estão de bom humor é bom, e dão atenção, quando não é terrível” (E.801).
- “Às vezes são bem ignorantes, sem paciência, não atenção pra gente” (E.228).

A prática das consultas rápidas e objetivas traduzida na fala de alguns participantes do presente estudo é o reflexo da falta de acolhimento e não permite o estabelecimento da confiança entre profissionais e pacientes constituindo-se em um impedimento para a construção do diálogo e o vínculo que advém deste e geram sérias consequências para o entendimento sobre a doença, a importância do tratamento e as consequências do abandono deste.

O tempo da consulta, para o paciente, é uma forma de consolidar sua relação com o seu médico, e traduz o cuidado e a preocupação que o profissional tem para com ele, o paciente espera muito mais do que uma avaliação superficial, mecânica ou uma breve orientação sobre o seu estado clínico, o profissional que acolhe é aquele que se predispõe a dedicar um tempo mais prolongado para aprofundar o relacionamento com seu paciente.

Kleinman e colaboradores (1989) sugerem que o médico procure, primeiramente, compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo lugar, observe como interpretam a doença. O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.

Vários estudos contribuem que o tratamento oferecido pelo médico constitui fator fundamental para emissão de juízo de satisfação e na percepção da qualidade da atenção (Vera, 1993; Pérez Cuevas *et al.*, 1994; Gonzáles Castillo *et al.*, 2002; Ortiz Espinosa *et al.*, 2003). Corroborando, Ramos e Lima (2003), advogam que, o exame físico criterioso e detalhado demonstra o interesse do profissional pelo cliente. Para o usuário isso significa maior precisão no diagnóstico e tratamento.

González e Jodra (2000) estudando a qualidade percebida pela população adscrita aos centros de saúde da província de Cuenca – Espanha observaram que o tempo de duração da consulta encontrava-se aproximadamente entre seis a oito

minutos. Assim como no estudo de Ogden *et al.* (2004) realizado no Reino Unido verificou-se que a duração da consulta foi próxima de nove minutos.

Entendemos e concordamos que é necessário conquistar a confiança do doente, e esta confiança pauta-se na comunicação no incentivo para o paciente abrir-se, exteriorizar os seus sentimentos, a relação de confiança se estabelece, portanto através do diálogo, no princípio da solidariedade, do cuidado com o outro, da atenção individualizada, da informação, da construção de espaços de escuta onde o sujeito doente procura o alívio para a dor e sofrimentos mais imediatos. Que de acordo com Savard (2004), consiste em explicações detalhadas sobre o diagnóstico e tratamento proposto (opções, tempo estimado, regularidade das consultas), discussão sobre os efeitos colaterais, informações sobre os motivos de sucesso ou falha do tratamento, enfim, o estabelecimento de um diálogo que trate sobre a importância e efeitos da adesão ao tratamento.

Em diferentes momentos do nosso estudo, percebemos através dos relatos dos entrevistados que a relação entre pacientes e profissionais médicos, ainda é um encontro centrado na doença, na visão reducionista biomédica e hegemônica de alguns profissionais de saúde, ora, sabemos que, a doença não é uma experiência centrada apenas no biológico, ela é permeada pela construção de uma representação social que segundo Helman (2003), é concebida por indivíduos a partir de sua experiência com o adoecer e a realidade local.

A solução passa por mudanças de comportamentos e práticas em que devem ser levadas em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos mesmos. E assim sendo, é importante que os serviços de saúde modifiquem o seu modo de atuação, de forma articulada, com uma abordagem multidisciplinar, uma vez que, o homem sendo um ser biopsicossocial, a não-adesão ao tratamento torna-se um fenômeno multifatorial, portanto, é necessário um atendimento mais humanizado que não esteja centrado apenas na dimensão biológica da doença, ignorando a singularidade do adoecer. É fundamental que se observe o doente em sua totalidade, as questões subjacentes, bem como o impacto que a doença traz para o indivíduo com consequentes modificações em sua qualidade de vida e que refletem no seu cotidiano. E dessa maneira, os profissionais de saúde contribuirão para a

construção de novos conhecimentos, tornando-se assim agentes de transformação das representações.

Como o PSF cuida do portador de TB

No que se refere a sua importância para a população, o que pensam sobre a visita do ACS e o que deve ser feito para melhorar a atuação do programa. A respeito da importância do PSF para a população, os depoimentos dos pacientes ancoraram-se no descaso e situação de desamparo em que a população mais carente sempre esteve em relação à saúde, observou-se que a impressão que têm do programa pauta-se na ajuda para facilitar o acesso aos serviços, na rapidez do atendimento, na descoberta das doenças na comunidade, na prevenção destas e na orientação do tratamento. Conforme ilustra o Quadro 9.

Quadro 9 – Importância do PSF na percepção dos pacientes

Categorias	Subcategorias	Unidades de registro
Importância	Ajuda	296
	Prevenção	82
	Acompanhamento	64

- “Facilitam o contato com o médico, pois o acesso é muito burocrático, encaminham a gente o acesso aos hospitais é difícil” (E.210).
- “Quando alguém passa mal o atendimento é rápido e não tem fila” (E.157).
- “Porque eles olham as situações de risco da população e descobrem doenças na comunidade” (E.512).
- “Muito importante, ajudam a população a prevenir contra as doenças” (E.625).
- “Apóiam a gente e tiram nossas dúvidas sobre o tratamento, conversam com a gente, dão atenção” (E.37).
- “Ajudam muito, acompanham e orientam a gente” (E.84).
- “Total apoio, principalmente para os menos favorecidos e os idosos que não tem como se deslocar” (E.450).
- “Tem coisas que a gente não sabe e eles ensinam, ficamos informados para ter uma saúde melhor” (E.140).

- “Para as pessoas que tem dificuldade de se locomover, atendem na nossa casa e ainda desafoga os hospitais” (E.28).
- “Prestam assistência na residência da pessoa é uma comodidade para a gente” (E.62).

O PSF é tido enquanto estratégia prioritária para construção da identidade do modelo de atenção, como mecanismo de estruturação da lógica assistencial, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. O Programa tem como base a idéia de porta de entrada ordenadora e racionalizadora do sistema, sintonizada com a realidade e cultura local, bem como a democratização da saúde (Brasil, 1997b).

Com a sua implementação, pretendeu-se não apenas introduzir novas práticas, centradas nas propostas de promoção da saúde e de atenção primária, mas superar o modo historicamente predominante no Brasil de organizar, produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, que esteve orientado pelo paradigma flexeriano e biologicista, centrado na doença, no hospital e na atenção médica curativa e individual (Santos, 2005). Desse modo, é preciso também superar a imagem do sujeito passivo diante de seu estado de saúde, reduzida a um processo mórbido e desvinculada de sua dimensão social, bem como a postura do profissional de saúde alheia aos determinantes sociais do processo saúde-doença e ao planejamento das ações necessárias para seu enfrentamento.

O que foi percebido nos relatos dos sujeitos do estudo é certa passividade, um estado contemplativo e a confiança de que os profissionais do PSF resolvem tudo, conferindo a estes uma postura de amparo, com uma disposição quase paternalista para aquela comunidade. É evidente que o acolhimento representa um importante instrumento para a humanização da atenção à saúde, considerando que o mesmo envolve todas as ações de saúde, entendemos que acolher é, sobretudo, uma escuta mais demorada e sensível é compreender e solidarizar-se, uma vez que, a maioria dos problemas de saúde da população é o resultado de um processo complexo e dinâmico dos fatores sociais, econômicos, comportamentais e também biológicos que se produz no interior da sociedade. E nesse sentido, muitas vezes o profissional de saúde transcende a sua formação acadêmica, uma vez que, além de acolher o doente, acolhe também a situação de pobreza extrema que acompanha esse sujeito.

Seguindo o pensamento de Fracolli e Bertolozzi (2003), “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações da saúde.

É óbvio que a garantia da atenção à saúde, assim como o direito de todos à saúde, somente será conquistada se a população tiver condições de acessibilidade aos serviços, é de vital importância para a garantia da universalidade da atenção. No Brasil, historicamente estes direitos foram sendo conquistados, através de movimentos sociais, que culminaram com a construção do SUS.

Na *Carta de Ottawa*, a promoção da saúde é definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, que se dá através de ações comunitárias concretas e efetivas na identificação das prioridades, na tomada de decisão e na construção e implementação de estratégias. O centro deste processo é o “incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino”, o que vem sendo denominado de *empowerment* (OMS, 1986, p. 1 e 3).

A Declaração de Jacarta, afirma que, a “promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo”, ressaltando a importância do direito de voz e do fortalecimento da habilidade das pessoas para agir, como da capacidade de grupos ou comunidades para influenciar os determinantes da saúde, além do reforço da atuação individual (OMS, 1997, p.3).

De acordo com Machado e Vieira (2009), a participação deve ser compreendida como um processo que implica conquista compromisso, envolvimento e compartilhamento, possibilitando ao indivíduo formar uma consciência crítica sobre a realidade na qual está inserido e, dessa forma, tornar-se um ser autônomo e emancipado, podendo tomar decisões que afetem, não apenas sua vida, mas também da sua família e da coletividade. Nessa concepção, insere-se um sujeito cidadão, idealizado e almejado para a efetivação do projeto da promoção da saúde. Nietzsche (2000) corrobora afirmando que, a participação é um ato processual de conquista do sujeito na construção coletiva.

Portanto, entendemos que um dos pontos primordiais da estratégia é procurar romper com o padrão de tutela na relação com a comunidade, pautando a co-responsabilização com a saúde, de cada um e do coletivo, trabalhar a saúde como direito do cidadão e enquanto produto de uma construção social, recurso essencial para qualidade de vida e realização dos atores sociais.

Nesse sentido, a ESF em torno do reforço da ação comunitária, ressalta a importância do relacionamento equipe de saúde e comunidade com base no diálogo permanente entre os distintos saberes, técnico e popular, e o estabelecimento de vínculos de confiança e de co-responsabilidade no cuidar da saúde. As equipes de saúde são responsabilizadas em democratizar o conhecimento acerca da produção social da saúde, do processo saúde-doença e da organização dos serviços, trabalhando a saúde como direito dos cidadãos e em estimular a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações, bem como sua organização para o efetivo exercício do controle social. Enquanto atividades, dentre outras, lhes são atribuídas à realização de reuniões com a comunidade para discussão de assuntos relacionados à sua situação de saúde e de grupos de educação em saúde voltados à recuperação da autoestima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto cuidado, utilizando-se da simbologia da cultura local (Brasil, 1997b, 2000b, 2001b).

Em relação à visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Quadro 10 – Percepção dos pacientes sobre a visita do ACS

Categorias	Subcategorias	Unidades de registro
ACS	Atenciosos	205
	Orientadores	56
	Despreparados	55

A maioria dos participantes do estudo revelou satisfação com a visita que recebe dos ACS e o reconhecimento do seu trabalho pode ser verificado nas seguintes falas:

- “Eu estava com um problema em casa e ela me deu uma força” (E.50).
- “É como se alguém se preocupasse de verdade com você, explicam sobre o tratamento” (E.327).

- “Boas pessoas, atenciosos, amigos, explicam sobre saúde e doenças, acompanham a gente até o fim, deveria ter mais gente para o fim – de – semana” (E.722).
- “O agente dá orientações e cuida das crianças” (E.181).
- “Despertou curiosidades para eu buscar conhecimentos sobre prevenção” (E.199).
- “O esclarecimento deles é mais próximo da gente, deixam a gente bem à vontade para perguntar” (E.851).

O PSF implantado em 1994 teve como embrião a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, em 1991, e foi a partir daí, que a família começou a ser enfocada como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo. A atenção passou a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes que trabalham junto a estes sujeitos, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas (Brasil, 2000b).

O PACS, portanto, vem servir de base para a conversão do modelo assistencial de saúde, saindo de uma prática de assistência caracterizada essencialmente por consulta médica, medicalização da doença e centrada em hospitais, para uma saúde com compromisso social e responsabilidade com a população, visando à resolutividade e à integralização da assistência, fazendo a saúde sair de dentro das unidades rumo à comunidade e tornando a informação acessível a todos (Oliveira *et al.*, 2003).

É hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. O que vem causando alterações importantes no modelo de assistência em saúde, e dessa forma, apresentando uma discriminação positiva em favor da população atendida, atuando na prevenção e promoção da saúde, provocando a antecipação da demanda e melhor reorganização dos serviços de saúde.

Os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontra-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (Brasil, 2010 a).

O ACS é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas (Brasil, 1995). De acordo com Sousa (2001), o ACS tem uma missão social bem clara, pois é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde, apoiada pela ação governamental. Segundo Oliveira *et al.* (2003), o trabalho do ACS é baseado em ações educativas e preventivas que buscam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade. Ainda de acordo com Oliveira *et al.* (2003) na prática, o ACS deve estar atento para quatro verbos importantes na execução de seu trabalho, pois refletem a maioria de suas ações: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar.

Em estudo realizado sobre as práticas dos ACS em Itapeçerica da Serra – SP, Carvalho (2002) verificou que, o ACS vem ocupar uma lacuna existente nas práticas de saúde, e que este profissional, é o principal elo vivo entre a unidade de saúde e a comunidade, permitindo o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, aumentando com isso, a capacidade da população de enfrentar os problemas. Ainda de acordo com o autor, “vivem solidariamente as mesmas condições de vida e usufruem os mesmos bens sociais”.

Conforme advogam Nunes *et al.* (2002), o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do local onde mora e trabalha, de ser um membro da própria comunidade, torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas e faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e

práticas. Campinas e Almeida (2004) contribuem ratificando que o vínculo formado entre ACS e o doente favorece a comunicação, e a compreensão do processo saúde doença, fortalecendo os doentes mais fragilizados.

Através dos discursos dos participantes do nosso estudo, fica claro que, o ACS sendo um sujeito social daquela comunidade na qual atua como profissional, entende muito mais os problemas e as dificuldades vivenciadas por eles. É, portanto, de grande importância a presença desse profissional nos serviços de saúde, como agente de transformação e mudança. O vínculo que se estabelece entre o grupo familiar e o ACS favorece a comunicação e o processo terapêutico, fortalecendo o doente que se encontra em um momento de grande fragilidade. Em relação à TB, o ACS é o que apreende melhor a complexidade da doença no meio onde vive e forma maior vínculo com os doentes em tratamento. Neste sentido, conclui-se que o ACS é fundamental na proposta de controle da tuberculose nos locais onde o PSF está implantado.

Porém vários outros depoentes do estudo tiveram outra visão crítica da atuação do ACS e expressaram da seguinte maneira:

- “São despreparados, poderia atender melhor as pessoas” (E.749).
- “Falta orientar melhor, falta de diálogo, falta de preparo” (E.264).
- “Não estão preparados para esse tipo de doença” (E.529).
- “Às vezes são bem ignorantes” (E.542).
- “Não gosto da visita, do tratamento e nem confio em agente” (E.368).
- “Não pesa a gente, não encaminha para o médico só pergunta como vai” (E.479).
- “Não trata bem e não vi interesse no meu quadro clínico” (E.346).

A percepção dos usuários sobre a prática do PSF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde. De acordo com Teixeira (2004), a avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à

oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita.

Conforme já foi mencionado anteriormente, o ACS está em contato permanente com a comunidade, unindo dois universos culturais distintos, o científico e o popular, ajudando, assim, no trabalho de vigilância e na promoção da saúde. É, portanto, a ponte entre a população e os profissionais e serviço de saúde, é o mensageiro de saúde e de sua comunidade (Brasil, 1991).

Segundo afirmação de Nunes *et al.* (2002), devido à posição particular que o ACS possui dentro da sua comunidade o revela um ator intrigante, ao mesmo tempo em que faz parte desta, possui conhecimentos com referenciais biomédicos, o que faz desse ator social, um caráter híbrido e polifônico, o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação.

Sabe-se que em doenças que necessitam de um tratamento de longa duração, mediado pela complexidade de fatores que envolvem o processo de adoecimento, muitas questões precisam ser trabalhadas junto ao doente e aos profissionais, no sentido de entender o seu significado e os fatores que influenciam na compreensão do processo saúde-doença.

No caso da TB, o ACS é um ator fundamental na proposta do controle da doença nas localidades onde existe o PSF e o PACS, a demanda, e as dúvidas dos doentes voltam-se para este profissional, sendo ele quem, na maioria das vezes, faz a suspeita dos casos. A visita domiciliar é uma ferramenta de trabalho da ESF e condição essencial para o acompanhamento dos casos de TB em regime supervisionado. Portanto, este profissional, conforme descrição anterior representa a ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, disponibilizando informações que possibilitam o desencadeamento de ação sob supervisão da equipe de saúde. Assim pode-se dizer que o ACS atua como um facilitador da criação de vínculos que envolvem equipe de saúde, instituições e família.

Ainda de acordo com Nunes *et al.* (2002), Vale notar que as expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em um verdadeiro

"fogo cruzado", onde demandas às vezes paradoxais se superpõem. Assim, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos. Observa-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação.

E devido a essa importância que o ACS tem para a comunidade e para o serviço que ele deve ser preparado adequadamente e mais auxiliado dentro do PCT, com um enfoque mais amplo para além das ações curativas. O ACS necessita de treinamento contínuo adequado e voltado para as realidades locais, que valorizem a organização e o desenvolvimento da comunidade.

Mais do que isso, conforme o enfoque de Matumoto et al. (2005), esse aprimoramento perpassa ações de saúde que se focam na lógica da produção do cuidado traduzindo-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo e no acolhimento, além da autonomia do usuário no cuidado de si.

Além do que, se sabe também que a avaliação do desempenho da equipe de saúde, em particular do ACS, deve levar em consideração a dinâmica relacional comunitária que se desenvolve em torno desse agente. Conforme discursa Costa (2004), é de especial importância ao analisar-se o fato de que o encontro entre usuário e profissionais de saúde deve ser destinado à aproximação dos mesmos, através da capacidade de escuta, que permite a apreensão das necessidades de saúde do usuário, pois a necessidade pode estar relacionada com os desejos e aspirações subjetivas diferentes dos sintomas que o levaram à consulta.

Neste aspecto se situa a humanização da atenção à saúde, referindo-se a uma possibilidade de transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde ao adotar uma postura ética de respeito e acolhimento ao usuário, entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor do serviço de saúde (Fortes, 2004).

De acordo com a análise dos fatos verificados no presente estudo, entendemos que o êxito do PSF não depende apenas do ACS, mas de um conjunto de atividades e de ações planejadas com base nas prioridades levantadas e analisadas por todos os membros da equipe de saúde. De nossa leitura, entendemos que é necessário que os gestores tenham uma visão mais ampla dos problemas da comunidade, um comprometimento maior com as necessidades da população, e do serviço e, sobretudo uma maior interação entre os membros da equipe de saúde, como a valorização do trabalho do outro e a construção de entendimentos para alcançar os objetivos para uma assistência integrada e com qualidade às reais necessidades dos usuários, de acordo com cada situação, construindo uma assistência assentada no vínculo, bem como, estimulando a sua co-participação e autonomia para os cuidados com o tratamento e consequentemente com a sua saúde. Dessa maneira, oferecendo na prática a sua inclusão nas decisões sobre sua saúde e, portanto incentivando a promoção da cidadania.

Em relação ao que deve ser feito para melhorar a atuação do PSF

De acordo com a fala dos entrevistados verificou-se que as reivindicações e sugestões são relacionadas à: aumentar o numero de profissionais, mais capacitação, mais frequência nas visitas estreitando o vínculo com as famílias, mais unidades de saúde, mais agilidade na resolução dos problemas de saúde da comunidade, aumento salarial, sobretudo para os ACS, e mais divulgação do programa. Conforme se encontram representadas no Quadro 11.

Quadro 11 – Providências para melhorar o PSF

Categorias	Subcategorias	Unidades de registro
Providências	Profissionais e unidades de saúde	201
	Visitas	85
	Capacitação	59
	Salários	41
	Divulgação	19

- “Mais profissionais para atender a demanda da população, mais ambulância, mais medicamentos, mais hospitais” (E.839)
- “Mais Agente Comunitário” (E.413)

- “Contratar mais profissionais, mais ACS” (E.530)
- “Abrir mais postos de saúde, colocar mais agentes, mais médicos” (E.612)

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do PSF que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (Brasil, 1997b).

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de três mil a quatro mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde (Brasil, 2010 a).

Concordando com Silvestre e Costa (2003), o modelo "biologicista", centrado na doença ainda é forte no País, quer seja incorporado na prática dos profissionais ou na percepção da população. O PSF foi proposto como uma dinâmica diferente para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade. Faz-se necessário que os profissionais tenham uma visão integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde:

O desafio básico para o SUS é atender as necessidades reais da população brasileira. Ele deve buscar equilíbrios dinâmicos entre interesses coletivos e individuais, entre os diferentes atores sociais de um sistema de atenção, entre a equidade e a eficiência e entre os controles e liberdades dos profissionais (Camelo *et al.*, 2000).

Nesse sentido e de acordo com o pensamento de Rosa e Labate (2005), o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como o centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a

população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Entendemos que o novo modelo de assistência à saúde ainda não está pronto, é uma estratégia em contínua construção, não é a edificação de mais “*postos de saúde*,” “*mais hospitais*”, tantas vezes repetido nas falas dos pacientes que vai modificar o atendimento ou vencer a demanda, o desafio da mudança está nos recursos humanos enquanto instrumento de transformação. Segundo Camelo *et al.* (2000), são eles que, sendo capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população e na expectativa de uma sociedade saudável, influirão diretamente na atenção à saúde e na terapêutica prestados aos indivíduos e coletividades. A saúde exige profissional ético e responsável, na medida em que este passe a reconhecer no usuário dos serviços um ser repleto de necessidades complexas e nem sempre objetivadas em uma doença. Ainda segundo os autores citados, a equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos e sim buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisa de ajuda.

O PSF tem como diretriz a promoção da saúde, cabendo à equipe de saúde empenhar todos os esforços para que as mudanças de comportamento para a saúde ocorram no contínuo processo de aprendizagem e participação dos usuários na forma do agir sobre si, na família e em outros que o rodeiam, possibilitando a transformação da pessoa em sujeito ativo e coletivo. Nesse sentido, a educação em saúde e a participação dos usuários são elementos essenciais para que as mudanças pessoais e estruturais ocorram nas ações de promoção da saúde, o poder e o controle pelos usuários, só poderão ser exercidos através de sua plena participação na educação em saúde (Machado, Vieira, 2009).

Afirmativas que estão presentes desde a primeira conferência internacional de saúde, através da Carta de Ottawa, de 1986. Movimento que foi seguido por outras conferências e que têm ratificado a direção para maior interação entre profissionais e usuários, valorizando sobretudo as ações de prevenção e de cuidados à saúde, numa dimensão sócia sanitária, inclusiva, ecológica e solidária para a melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2001b).

Vários outros sujeitos expressaram-se da seguinte forma:

- “Visitarem mais as casas para ver quem está doente e ter mais agilidade” (E.147).
- “Passar nas casas das pessoas com mais frequência, ter visita no fim de semana” (E.214).
- “Fazer mais visitas nas casas” (E.317).
- “Mais visitas e mais vínculo com o povo” (E.450).

A atuação das equipes ocorre nas unidades básicas de saúde bem como, nas residências, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade, por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. E, ainda, por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (Brasil, 2010 a).

De acordo com Sousa (2000), o PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta intervindo de forma apropriada. Propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania.

Fica claro no relato desses pacientes a insatisfação com o atendimento e a falta de vínculo de alguns profissionais de saúde traduzidos na escassez de visitas domiciliares. Estudo realizado por Sá *et al.* (2007), verificaram que o abandono do

tratamento da TB também está relacionado ao trabalho realizado pelos profissionais do PSF; ressaltando que, algumas vezes, o serviço de saúde abandona o doente, negligencia o acompanhamento dos casos, fragilizando as relações imprescindíveis ao êxito do tratamento e, em consequência, o doente deixa de tomar a medicação. Reiterando que a quebra de um vínculo compromete o sucesso do tratamento, principalmente quando se trata do agente comunitário de saúde, profissional, que vem sendo reconhecido como um dos mais envolvidos nas ações do controle da tuberculose na atenção básica à saúde.

Concordando com o pensamento de Machado e Vieira (2009) os profissionais de saúde e usuários são os atores sociais que estão em contínua interação. Portanto, o projeto terapêutico deve incorporar ações de cuidado à saúde que transcenda a clínica limitada à cura de doença e valorize o contexto, os determinantes sociais, a subjetividade do processo saúde-doença, bem como a inserção dos usuários como seres ativos, autônomos e participativos.

O vínculo é consequência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde por consequência das visitas domiciliares, que facilita a adesão da população ao serviço de saúde. A população sente-se melhor cuidada, pois a equipe intervém com visão mais ampliada pelo conhecimento da população, estimulando sua autonomia e participação no tratamento, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive co-responsabilizando a população pelo seu próprio bem-estar (Teixeira, Mishima, 2000; Souza, Carvalho, 2003).

A responsabilização do profissional para com o estado de saúde do sujeito portador se constitui em um dos elementos essenciais de um efetivo acolhimento. Além disso, desperta no doente um sentimento de confiança em relação ao profissional que presta a assistência. Concordamos com Lima *et al.* (2007), que o bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e um desempenho profissional de qualidade propiciam o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Nos casos de doenças crônicas como a TB, as estratégias de controle deverão estar acima da terapêutica ofertada que é gratuita e acessível, ou da supervisão do tratamento, inclui o vínculo que se estabelece entre o profissional e paciente. Esse vínculo completa o processo da assistência, proporcionando aos profissionais conhecerem os seus pacientes e as necessidades de cada um, o que é de fundamental importância na adesão ao tratamento.

Vários entrevistados reportaram-se a falta de capacitação técnica e humana dos profissionais para atender as pessoas:

- “Os agentes de saúde precisam de cursos e treinamento, se profissionalizar mais” (E.482)”
- “Capacitação falta preparo, para os agentes de saúde tanto no saber quanto de ser humano para atender o povo” (E.333).

Como já foi dito anteriormente, a avaliação do usuário e sua opinião sobre os serviços prestados em função de suas necessidades e expectativas, é uma das atividades que podem assegurar a qualidade dos serviços de saúde. É de fundamental importância conhecer como avaliam o atendimento, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento. Obter acesso aos serviços é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (Lima *et al.*, 2007).

A qualificação dos recursos humanos tem sido um grande desafio para a consolidação do SUS e do PSF, pois, historicamente, a formação na área da saúde esteve predominantemente voltada para a doença enquanto objeto de atenção e para o hospital enquanto local de atuação. Uma formação distante do olhar da saúde como qualidade de vida, com abordagens descoladas do cotidiano e da realidade das comunidades, considerando apenas como objeto de atenção os fatores fisiopatológicos do processo saúde-doença, desconhecendo seus determinantes mais amplos (Campos, 1997).

Sousa (2009) corrobora complementando que a estratégia de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal do PSF continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto uma política de Estado capaz de levar adiante mudanças em curso na formação, sobretudo dos profissionais da medicina. Ainda segundo a autora, trabalhar com modelo de atenção à saúde voltado à comunidade não é tarefa simples, pois exige um olhar voltado para os grupos sociais específicos, supõe um rompimento dos muros dos serviços de saúde e, sobretudo, um alto grau de complexidade do conhecimento.

De acordo com Oliveira *et al.* (2006), o problema em muitos locais é justamente a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, e

torna-se desumanizante pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais também podem induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária.

Conforme advoga Nascimento (2008), apesar dos mais de quinze anos de ações desenvolvidas pelos ACS são muitos os desafios e problemas verificados, que vão desde formas de contratações, formação, capacitação e da maneira como o conjunto de ações desses profissionais é desenvolvido. Segundo a autora, sobre este último aspecto, ainda são escassos os estudos que verificam se a prática desenvolvida por estes profissionais condiz com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Segundo Merhy (1994) o usuário espera que a relação que possa se estabelecer entre ele e o trabalhador de saúde, seja capaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema. Há uma grande expectativa por parte do usuário, de que o trabalhador - individual ou coletivamente - responda com resolutividade ao seu problema. Espera-se que o conjunto das ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter, lhe traga benefícios, isto é, consiga alterar sua situação. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam.

O cotidiano de trabalho do agente comunitário constitui o lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de estranhamentos, ruídos e falhas, em um panorama repleto de significados, onde acordos e contratos existem e, ao mesmo tempo, onde os agentes impõem estranhamentos, quebras e linhas de fuga (Merhy, 2003).

O conhecimento do ACS está entre o conhecimento popular e o científico, sendo um dos desafios desse trabalhador reconhecer as necessidades e as práticas da comunidade, dialogar com seus conhecimentos e confrontar com a ciência, contribuindo para a garantia do direito à saúde. Há limites e contradições nas demandas postas para o seu trabalho e contradições reais para realizá-lo. Porém, não se pode dizer que a natureza desse tipo de trabalho seja simples e, assim, bastaria que esses trabalhadores desenvolvessem competências que lhes assegurassem um bom desempenho no cumprimento do seu protocolo de trabalho (Ramos, 2009).

O ACS exerce a função de elo entre a equipe e a comunidade, convivendo com seu cotidiano, estando mais próximo do usuário, com a singularidade, se comparada aos demais profissionais, de preferencialmente residir na sua área de atuação (Fortes, Spinetti, 2004). Entendemos, portanto, que a comunidade o reconhecendo como um dos “seus”, um sujeito que faz parte desta, vive a sua realidade, fala sua linguagem, que tem as mesmas crenças e as mesmas necessidades, espera do mesmo uma resposta imediata para a resolução de seus problemas. Porém as limitações desse profissional são evidentes, é fundamental investir de forma mais elaborada na sua capacitação, é necessário supervisionar e orientar sempre o seu processo de trabalho para que possa desenvolver ações eficientes e com a qualidade requerida para a humanização dos serviços de saúde, uma vez que é o profissional que interage mais diretamente com a comunidade e dessa forma está mais exposto a diversas vulnerabilidades desta e dele depende grande parte do processo de vínculo e humanização da assistência.

Portanto, o grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões físicas, psíquicas e sociais, com competências técnicas, científicas e humanas.

Concordando com Camelo (2000), sendo uma interação, a relação de ajuda sofre condicionamentos tanto da formação dos profissionais quanto da situação de cidadania. O compromisso profissional e os direitos dos usuários são faces complementares e interdependentes deste mesmo processo de melhora da qualidade do atendimento, do qual o acolhimento é parte significativa. Levcovitz e Garrido (1996), vão além, e advogam que, para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, “para uma nova estratégia, um novo profissional,” evidenciando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia a dia. A ESF visa resgatar habilidades perdidas pelo abuso da tecnologia excessiva, Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo “chamamento” do setor.

E nesse sentido, uma prática humanizada em saúde é aquela capaz de oferecer um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento, incentivo do diálogo entre os profissionais e com os usuários,

estabelecer vínculos entre profissionais e usuários, proporcionando assim, um tratamento digno e de respeito ao ser humano contribuindo dessa maneira para a promoção da cidadania. No caso da TB, a equipe de saúde é um dos principais pilares de sustentação no processo de adesão ao tratamento, tem como papel principal orientar o doente e sua família sobre a doença, a importância do tratamento, bem como, as consequências da interrupção deste, estimulando-os a completar a terapêutica ofertada, com informações adequadas e atitudes criativas evitando assim que os obstáculos que surjam em torno do paciente interfiram no tratamento. O ACS é, portanto um ator importante e fundamental na proposta do controle da doença, a demanda, e as dúvidas dos doentes voltam-se para este profissional, que se dispuser de uma formação adequada, pode tornar-se um recurso humano em potencial, que poderá causar impacto positivo na saúde da população assistida, fortalecendo assim, a atenção básica.

6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta alguns aspectos passíveis de crítica, sendo do tipo transversal, depende de uma amostra disponível no momento e retrata a situação do paciente e do serviço uma única vez, e não sendo dinâmico, não detecta os desdobramentos. Portanto não é possível que o pesquisador possa acompanhar a temporalidade dos eventos; não afastando a possibilidade de haver viés de prevalência influenciando o resultado obtido para algumas das variáveis, fato este que seria contornado através de um estudo de coorte.

Ao se utilizar a entrevista como método de avaliação, devemos levar em consideração as limitações intrínsecas a esse método, pois é comum nos depararmos com informações duvidosas, principalmente com referencia a hábitos e fatores de risco. Comumente os pacientes tendem a negar ou amenizar a quantidade de cigarros, álcool ou drogas ilícitas, e entre aqueles que faziam uso de bebida alcoólica provavelmente incluíam os dependentes, dentre os quais havia maior tendência a abandonar o tratamento. Além do que, em face do tamanho da equipe e do longo tempo de coleta dos dados, é difícil assegurar perfeita

padronização na atuação dos entrevistadores, porém, como foi feita a análise de cada questionário no momento da entrega, pode-se inferir que o erro seja desprezível.

Outro fator que pode ter influenciado a qualidade dos dados foi em relação à seleção da amostra que não foi probabilística, ou seja, nem todos os indivíduos que estavam em tratamento para TB naquela ocasião e naquelas localidades tiveram a mesma probabilidade de serem entrevistados. Em relação ao universo do estudo, com exceção do DF, os municípios da RIDE que fizeram parte, embora tenha sido respeitado o critério quanto ao número de habitantes, foram selecionados de maneira convencional, por serem mais populosos (onde a tuberculose é mais provável), sendo ao mesmo tempo os mais próximos do DF e nesse sentido tornando-se de mais fácil acesso.

7 CONCLUSÕES

A realização desse estudo verificou que a não adesão ao tratamento da TB esteve associada a vários fatores de natureza distinta, além das questões de ordem socioeconômicas, da doença, do tratamento e do serviço que inclui o atendimento, fatores relacionados à qualidade de vida e ao suporte social incluindo situações vivenciadas de preconceitos foram relevantes. A análise desse estudo constatou a importância dessas questões mais abrangentes de acordo com os depoimentos dos entrevistados, que aderir ao tratamento está além da responsabilidade particular do paciente, que envolve mais do que simplesmente ingerir ou não o medicamento, está agregada a diferentes aspectos e envolve vários determinantes que estão associados a diversos atores que estão presentes no seu cotidiano.

Os dados epidemiológicos mostraram que a frequência de não-adesão ao tratamento da TB nos locais de realização deste estudo foi satisfatória, positiva e com um baixo percentual de não aderentes, sendo que a não-adesão foi mais elevada no DF (3,7%) em relação ao entorno (0,8%). Diversas questões contribuíram para essa ocorrência:

Em relação às variáveis relacionadas ao serviço que inclui as ações de assistência prestada aos pacientes, os do entorno, tiveram mais informações sobre a doença, o tratamento e as demais questões pertinentes que os entrevistados do DF. A oferta de serviços também foi maior no entorno. A satisfação com o atendimento foi relatada pela maioria dos pacientes, apesar disso, as falas dos pacientes apontaram para aspectos relevantes no âmbito da relação entre estes e os profissionais de saúde, a satisfação descrita com o acolhimento é direcionada ao profissional de enfermagem (enfermeiros e auxiliares).

O estudo evidenciou que a presença e o contato com o PSF, contribuíram para a adesão, uma vez que, nas visitas domiciliares existe a possibilidade de um diálogo mais próximo, informal, humanizado e detalhado por meio do qual são esclarecidas dúvidas pertinentes à doença e ao tratamento, sendo que a cobertura maior foi no entorno.

Em relação às variáveis relacionadas ao suporte social, constatou-se que, o apoio fornecido pela família foi percebido pela maioria dos participantes em relação à ajuda prestada no período da doença e tratamento, na medida em que este se sente amparado em um momento tão vulnerável de sua vida, correspondendo suas necessidades e expectativas, tendo repercussões significativas no processo de adesão.

O TS foi outra variável protetora para a adesão, mais da metade da amostra estudada estava sob essa modalidade de tratamento. O TS constitui-se em uma importante ferramenta para o seguimento da terapêutica dos doentes de TB, e de uma maneira geral tem causado um impacto significativo na adesão ao tratamento, reiterando que, as necessidades expostas pelos pacientes nessa oportunidade poderão ser identificadas pelos profissionais e estes direcionarem suas ações para questões essenciais corroborando para o sucesso do tratamento.

Em relação aos fatores associados à não-adesão:

Das variáveis socioeconômicas e demográficas destacaram-se neste estudo que, a baixa escolaridade, a faixa etária menor de quarenta anos e o local de residência, foram contribuintes para a não-adesão.

No que se refere ao processo terapêutico, o estudo destacou que os efeitos adversos dos medicamentos e o desconhecimento sobre a interação medicamentosa foram associados à não-adesão ao tratamento. É fato que os efeitos adversos, e sobretudo os mais graves, estão relacionados a um maior percentual de abandono. A importância do monitoramento destes pelos profissionais de saúde traduzida em escuta, acolhimento e informação proporcionam elementos de sustentação para a continuidade do tratamento amenizando a angústia tão comum em tal situação.

Para alguns participantes a dificuldade de acesso a algum profissional da equipe de saúde foi contribuinte para a não-adesão. (embora após a análise de regressão tenha perdido a significância estatística). Sabe-se que, um dos aspectos imprescindíveis ao vínculo refere-se à facilidade de acesso ao profissional, alguém a quem o doente possa recorrer. A restrição nessa comunicação contribui significativamente para o insucesso do tratamento.

Outra variável de destaque foi em relação ao tempo de duração das consultas médicas, aquelas com menos de 15 minutos estiveram associadas à não-adesão (embora após a análise de regressão tenha perdido a significância estatística). A assistência representada pela figura do profissional médico configurou-se para vários pacientes como um momento que se restringiu a busca de sintomas e a prescrição de medicamento, inexistindo o acolhimento, o diálogo e informações detalhadas, pautada em um atendimento rápido, frio e impessoal.

Outro aspecto importante foi em relação à doença e ao estado clínico, o desaparecimento dos sintomas associado à melhora nos três primeiros meses de tratamento, foi uma das primeiras e mais frequentes citações de causas de abandono ao tratamento, ocorrência que está associada à desinformação e conseqüentemente à precária interação do profissional de saúde com o paciente. Na medida em que o mesmo entende que a ausência dos sintomas significa a cura da doença. (embora após a análise de regressão tenha perdido a significância estatística). É importante explicar ao paciente desde o momento do diagnóstico e em linguagem simples, sobre a doença e a duração do tratamento.

Quanto à qualidade de vida, o estudo revelou que a depressão e a insatisfação com a vida sexual, atuaram como fatores contribuintes para a não-adesão. O que reforça a importância da presença de equipe multidisciplinar e interconsultas para que o paciente possa ser visto em todas as suas necessidades.

Verificou-se que as Representações Sociais da doença ainda estão vivas, e são reelaboradas constantemente no imaginário coletivo. As percepções dos sujeitos portadores, de acordo com seus padrões construídos nas relações e experiências vividas no cotidiano, apontaram questões importantes sobre a doença:

Em relação às reações emocionais vivenciadas diante do diagnóstico de TB, verificou-se que as de maior expressão foram: pavor, tristeza, preocupação, sensação de morte, desespero, impotência e surpresa. E diante dessas reações que emergiram das falas dos sujeitos portadores identifica-se as representações sociais da tuberculose como uma doença apavorante e que remete a possibilidade de morte.

Verificou-se que ancoradas na percepção da doença, as situações de preconceito continuam presentes, diversas práticas sociais foram enfatizadas,

sobretudo as que enfatizam a segregação da pessoa com tuberculose, e de acordo com os relatos, o principal foco discriminatório surgiu do meio microssocial do indivíduo: amigos, colegas de trabalho e família. Devido a esse fato alguns pacientes ainda ocultam a doença das pessoas mais próximas o que reforça que a TB ainda é uma doença envolta em tabus. O estigma e o preconceito, muitas vezes, impedem que sejam feitos o diagnóstico e o tratamento precoces o que dificulta o controle da doença.

8 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados cabe apresentar algumas recomendações:

A prática de assistência aos portadores de tuberculose deve ser iniciada a partir de processos de sensibilização da equipe de saúde, de maneira que, o acolhimento e o vínculo sejam estabelecidos, criando relações próximas, a humanização do atendimento é fundamental para o fortalecimento da adesão.

Fortalecer o processo de trabalho na atenção básica, uma vez que as ações de controle da tuberculose devem ser largamente difundidas nesse nível de atenção, ampliando a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Essas ações, no caso da TB, devem ser direcionadas principalmente a sustentar a estratégia do TS, a prática das visitas domiciliares, a busca de casos novos e de abandono de tratamento, visto que, entre as diretrizes da ESF, destacam-se a ação de vigilância em saúde e a integralidade.

A tuberculose afeta todos os aspectos da vida do doente, sendo necessário a presença de uma equipe multidisciplinar com a realização de interconsultas reforçando a integralidade das ações, bem como a comunicação destes profissionais através de uma linguagem acessível, com informações sobre a doença, o tempo de duração do tratamento, assim como, sobre as consequências do abandono são ferramentas de grande valia para garantir a adesão desses pacientes.

Que o acesso a qualquer membro da equipe seja isento de dificuldades para que dúvidas tão comuns em relação à doença e ao tratamento sejam esclarecidas.

Investir em recursos humanos, na capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, estes, sendo o principal elo entre a equipe e a comunidade, tornam-se facilitadores no tratamento proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, o que muito contribui para a melhoria dos indicadores do PCT.

Criar espaços de educação em saúde, com ações centradas no paciente e em sua família, primordial para a desmistificação e promoção do conhecimento da doença, evitando que o estigma e o preconceito ainda muito presentes em relação à TB sejam reforçados, bem como, que representações sociais sejam produzidas,

reelaboradas e eternizadas. O conhecimento sobre a doença e a forma como as pessoas vivenciam a situação do processo de adoecimento, são elementos fundamentais para a adesão ao tratamento.

9 REFERÊNCIAS

Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91-108.

Amorim, de M. W. A tuberculose em um espaço urbano na região da Penha – Rio de Janeiro. Rio de Janeiro Universidade do Rio de Janeiro, 1997. 96 p. Tese de Mestrado em Enfermagem.

Antunes JLF, Waldman EA, Moraes Md. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5:367-79.

Antunes JL, Waldman EA. The impact of AIDS, immigration and housing overcrowding on tuberculosis deaths in Sao Paulo, Brazil, 1994-1998. *Soc Sci Med* 2001 Apr; 52(7): 1071-80.

Alvarez-Gordillo GC, Alvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jimenez JE, Halperin-Frisch D. [Perceptions and practices related with tuberculosis and treatment compliance in Chiapas, Mexico]. *Salud Publica Mex* 2000 Nov-Dec;42(6):520-8.

Albuquerque MdFMd, Leitão CCdS, Campelo ARL, Souza WVd, Salustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2001; 9:368-74.

Alves PC, Rabelo MC. 1999. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: *Experiência de Doença e Narrativa* (MCM Rabelo, PCB Alves & I M A Souza, org.), pp. 171-185, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ahlburg D. The economic impacts of tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/CDS/STB/2000.5, <http://www.stoptb.org/conference/ahlburg.pdf>). Acesso em novembro de 2008.

Almeida SAD de, Honer MR. Abandono do tratamento da tuberculose em duas unidades de referência de Campo Grande, MS - 2002 e 2003. Bol. Pneumol Sanit dez. 2006; 14:3:167-171.

Arocha-Rodriguez, R.; Vázquez-Cruz, C.M.; González-Gorrin, M. & Leal-Musuli, A. Tuberculosis y Sida. A propósito de 2 casos. Rev. Cubana. Med., 2003; 42(2): 1-4.

Adami NP. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. Revista Paulista de Enfermagem 1993; 12:82-86.

Barreira, I. de A. A enfermeira Ana Néri no “País do Futuro”: a aventura da luta contra a tuberculose. Rio de Janeiro, 1992. 355p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem Ana Néri da UFRJ.

Barroso EC, Rodrigues JLN, Pinheiro VGF, Campelo CL. Prevalência da tuberculose multirresistente no Estado do Ceará, 1990-1999. Jornal de Pneumologia 2001; 27:310-4.

Ballone GJ - Sintomas da Depressão - in. PsiqWeb, Internet, disponível em [http\\www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br). Acesso em outubro de 2007.

Belluomini, M. et al., Associação tuberculose/HIV/AIDS na grande São Paulo, Brasil, 1993. Bol Pneum Sanit.1995; 3:35-50.

Bertolozzi, M. R. A Adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário de Butantã, São Paulo, 1998. 211 p. Tese de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (“DOTS”) no Município de São Paulo – SP [tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Bertolli Filho C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. História, Ciências, Saúde-Manguinhos 2000;6 (3):493-522.

Bertolli Filho, Cláudio. História social da tuberculose e do tuberculoso:1900-1950. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

Bertazone ÉdC, Gir E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. Revista Latino-Americana de Enfermagem2000; 8:115-22.

Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. O Mundo da Saude-São Paulo 2003; 27 (27): 2.

Bergel FS, Gouveia N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. Revista de Saúde Pública2005; 39:898-905.

Bevilcqua S, Rabaud C, May T. HIV- tuberculosis co infection. Annales Mèdecine Interne (Paris) 2002 Mar153:113-8.

Bloom BR, Murray CJ. Tuberculosis: commentary on a reemergent killer. Science1992 Aug 21;257(5073):1055-64.

Bova CA, Fennie K, Knafl G, Dieckhaus K, Watrous E, Williams AB. Evaluating electronic monitoring device use to measure antiretroviral adherence. International Conference on AIDS. Int Conf AIDS. 2002 [acesso em 2009 Ago 15]; 14: abstract no. WePeB5821. Disponível em: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102251048.html>

Borges ZN. A Construção social da doença: Um estudo das representações sobre o transplante renal. In: Leal OF (Org.). Corpo e significado: Ensaio de Antropologia Social. Porto Alegre: Universidade, 1995. p.363-377.

Brawley LR, Culos - Reed N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. Controlled Clinical Trials oct 2000; 21(5): supl. 1: S156-S63.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de agentes Comunitários de Saúde. Manual do agente comunitário de saúde. Brasília; 1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de normas para o controle da tuberculose. 4. ed. Brasília, 1993. (Série A: Normas e Manuais Técnicos 13).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária Contra a Tuberculose. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino – serviço. 4ª ed. Brasília, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa de controle da tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários. Brasília, 1997a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997 b. 36p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde/Coordenação Nacional de dst/aids. Boletim Epidemiológico de Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

Brasil. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil – Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988b.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano nacional de controle da tuberculose. Brasília, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001 – 2005. Brasília; 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: A implantação da unidade de saúde da família. Cadernos de Atenção Básica, caderno 1. Brasília DF, 2000 b, 44p.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. – 4ª ed. Brasília, 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2001 b, 128 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica - 6. ed.rev. e ampl - Brasília, 2002 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Aids: Boletim Epidemiológico – AIDS 2002 b; XV (2):1.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino – serviço. FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002 c; 1-236.

Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica / elaborado pelo Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para co-infecção HIV – Tuberculose - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002 d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: MS, 2004 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005a.816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento Técnico. Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF – Julho de 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 21 de 05 de janeiro de 2005. Brasília, 2005c.

Brasil. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida: em defesa do SUS e da Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Humaniza SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 b 51p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 32 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. Tuberculose Multirresistente – Guia de Vigilância Epidemiológica – 1º edição. Rio de Janeiro, 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008a. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a

Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2.ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008b. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SVS/MS. Boletim eletrônico epidemiológico. SVS/MS. ano 9. nº 2. julho 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação. Distrito Federal, Brasília – DF, 2009b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/005_df_relatorio_de_situacao.pdf.

Acesso em fevereiro de 2010.

Brasil. SAS – DAB – PSF - Saúde da Família – Atenção Primária <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> acessado em fevereiro de 2010.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> acessado em maio de 2010 b.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Fundo Global Tuberculose – Brasil <http://www.fundoglobaltb.org.br/Boletim20/index.php> acessado em julho de 2010 c.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Fundo Global Tuberculose – Brasil http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_conten t=1301 acessado em junho de 2010 d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico de Tuberculose. Brasília, DF, julho\2010. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tb_julho10_certo_22_07_2010.pdf acessado em 07 de dezembro de 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Tuberculose. Dados dos Municípios do Entorno do Distrito Federal, Brasília – DF, 2010 f.

Brito R, Zuim R, Carvalho RMG, Siqueira-Batista R, Bethlem EP, Bevilaqua ALT, Kritski AL, Selig, L. Recomendações da Assessoria de Pneumologia Sanitária do

Estado do Rio de Janeiro Para o Controle de Tuberculose em Hospitais Gerais. Pulmão RJ 2003; 12(3): 169-173.

Browner WS, Newmans TB, Cummings SR. & Hulley SB., Estimating sample size and power: the nitty-gritty, in: Designing Clinical Research (editado por Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hjeerst N. & Newmans TB), Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001, p. 65 – 91.

Bruce L, Davidson MD. Comparação controlada de terapia auto administrada para tuberculose ativa nas áreas urbanas dos Estados Unidos. PLE CHEST. 1999. Março-abril; 1 (2):72 – 6.

Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2000; 8:30-7.

Carbonetti AC. La tuberculosis em la literatura Argentina: três ejempos a través de la novela el cuento y la poesia. Cadernos de História, Ciências, Saúde – Manguinhos 1999; VI (3), 479-492.

Cardozo Gonzáles RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MFd, Ruffino Netto A, Villa TCS. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2008; 16:95-100.

Carvalho VLM. A prática do Agente Comunitário de Saúde. Um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra. [dissertação de mestrado] Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo; 2002.

Carvalho CV, Mércan - Hamann E, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. Cad saúde pública, 2003;19(2):593-604.

Carvalho AMA, Bastos ACSB, Rabinovich EP, Sampaio SMR. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. Psicol Estud. 2006; 11(3): 589-98.

Carvalho, Cláudio Viveiros de. Determinantes da adesão ao tratamento anti – retroviral para HIV – Aids no Distrito Federal. Tese (Doutorado em ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, 2008.

Castelo Filho, A. Tratamento intermitente para tuberculose pulmonar: oportunidade de uso no Brasil. *Jornal de Pneumologia*1993; 19 (1): 50 – 51.

Campos, H. S., 1989. Diagnóstico e tratamento da tuberculose. *A revista do clínico geral*, p. 84.

Campos, H. S. Tuberculose: um perigo real e crescente. *Jornal Brasileiro de Medicina*1996Maio; 7051:73 – 105.

Campos, Gastão WS. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS. In: *Reforma da Reforma: repensando a saúde*, 2. ed.. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 4. Saúde em Debate, 52.

Campos, R.O. (2000) Reflexões sobre o conceito de humanização. Disponível em www.humaniza.org.br. Acesso em: 11 de Dez. 2009.

Campinas LLSL, Almeida MMMB. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. *Bol Pneumol Sanit* 2004; 12(3): 145-154.

Cator M, Brassard P, Ducic S, Culman K. [Factors related to non-compliance with active tuberculosis treatment in Montreal 1992-1995]. *Can J Public Health*2002 Mar-Apr; 93(2):92-7.

Cayla JA, Rodrigo T, Ruiz-Manzano J, Caminero JA, Vidal R, Garcia JM, et al. Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain. *Respir Res*2009;10:121.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. 34-9.

Chaisson RE, Slutkin G. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection. *J. Infect. Dis*1989; 159(1): 96- 100.

Chaisson RE, Schechter GF, Theuer CP, Rutherford GW, Echenberg DF, Hopewell PC. Tuberculosis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Clinical features, response to therapy, and survival. *Am Rev Respir Dis*1987; 136(3):570- 4.

Chang B, Wu AW, Hansel NN, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: a review of the English language literature. *Qual Life Res*2004 Dec;13(10):1633-42.

Chow A, Mayer EK, Darzi AW, Athanasiou T. Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*2009 Sep; 146(3):435-43.

Collazos, J., Mayo, J., Martinez, E. The chemotherapy of tuberculosis: from the past to the future. *Respiratory Medicine, London* 1995; 89 (7): 463-469.

Conrad P. The meaning of medications: Another look at compliance. *Social Science and Medicine*1985; 20:29 – 37.

Cortezzi MD, Silva MV da. Abandono do tratamento da tuberculose em pacientes co-infectados com HIV, em Itajaí, Santa Catarina, 1999 - 2004. *Bol Pneumol Sanit.* 2006Dez ;14(3):145-152.

Costa JSDd, Gonçalves H, Menezes AMB, Devens E, Piva M, Gomes M, et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cadernos de Saúde Pública*1998; 14:409-15.

Costa, M A. Medicação supervisionada: um trabalho em equipe centrado no paciente. *Curitiba, Divulgação Saúde Debate* 2000; 19: 85 – 7.

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde Soc.* 2004;13:5-15.

Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML, Scheyer RD, Ouellette VL. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA* 1989 Oct; 262 (15): 2091 – 2.

Crespo MDelPH, Corral R, Alzate A et al. Mycobacterial infections in patients infected with human immunodeficiency virus in Cali, Colômbia. *Rev Panam Salud Publica*1999Out; 6(4):249-255.

Davies PD. The role of DOTS in tuberculosis treatment and control. *Am J Respir Med*2003; 2(3): 203-9.

Daniel TM, Bates JH, Downes KA. History of tuberculosis. In: Bloom BR. (Ed.) *Tuberculosis – pathogenesis, protection, and control*. Washington: ASM Press, 1994. 637 p. Cap. 3: 13 – 34.

Daley CL, Small PM, Schechter GF, Schoolnik GK, McAdam RA, Jacobs WR Jr, Hopewell PC. An outbreak of tuberculosis with accelerated progression among persons infected with the human immunodeficiency virus: an analysis using restriction-fragment-length polymorphisms. *N Engl J Med*1992; 326: 231- 5.

Deschamps A, Saar VD, Graeve VD, Wijngaerden EV, Vandamme AM, Vaerenbergh KV, Ceunen H, Bobbaers H, Geest SD; Diagnostic value of measurement methods of adherence to HAART in HIV-infected persons. International Conference on AIDS. 2002 14: abstract no. ThPpB2136. Disponível em: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102250963.html> acesso agosto de 2009.

Deribew A, Tesfaye M, Hailmichael Y, Negussu N, Daba S, Wogi A, et al. Tuberculosis and HIV co-infection: its impact on quality of life. *Health Qual Life Outcomes*2009;7:105.

Dowell J & Hudson H. A qualitative study of medication-taking behavior in primary care. *Family Practice*1997; 14 (5):369-375.

Driver CR, Matus SP, Bayuga S, Winters AI, Munsiff SS. Factors associated with tuberculosis treatment interruption in New York City. *J Public Health Manag Pract*2005 Jul-Aug; 11(4):361-8.

Dhuria M, Sharma N, Narender Pal S, Ram Chander J, Saha R, Gopal Krishan I. A study of the impact of tuberculosis on the quality of life and the effect after treatment with DOTS. *Asia Pac J Public Health* 2009 Jul; 21(3):312-20.

Ducati RG, Bassol LB, Santos DS. Micobactérias. In: Trabulsi LR, Alterthum F. *Microbiologia*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2005; 409-421.

Duyan V, Kurt B, Aktas Z, Duyan GC, Kulkul DO. Relationship between quality of life and characteristics of patients hospitalized with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005 Dec; 9(12):1361-6.

Dye C, Scheele S, Dolin P, Phanthania V, Raviglione MC. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. *JAMA* 1999; 282:677-686 [Abstract/Free Full Text]. Efecto letal de la tuberculosis em pacientes de Sida. EDITORIAL-INSTATANEAS. *Rev Panam Salud Publica* Fev 1997; 1 (2): 146-147.

Enarson DA, Grosset J, Mwinga A, Hershfield ES, O'Brien, R, Cole S. & Reichman L., 1995. The challenge of tuberculosis: statements on global control and prevention. *The Lancet*, 346: 809- 819.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHMd, Senna MdCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2007; 21:164-76.

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10:303-12.

Fernandes MFT, Almeida ABS, Nascimento DR. *Memoria da tuberculose: acervo de depoimentos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Casa Oswaldo Cruz / Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referencia Prof. Hélio Fraga. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, 1993.

Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. *J. Brás Pneumol* 2005; 31 (5): 427 – 35.

Ferreira, A. B. de H. Miniaurélio: O minidicionário da língua portuguesa. 7 ed. Curitiba: Ed. Positivo; 2008. 896 p.

Fenton WS, Mcglashan TH. Schizophrenia: individual psychoterpy. In: Kaplan & Sadock, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7 ed. Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins, 2000.

Fortes, PADC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade 2004; 13:30-35.

Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. Saúde Soc. 2004; 13:70-5.

Fox W, Prabhakar R, Ganapathy S. & Somasundaram P. An inquiry into the attitudes of South Indian patients to the coloration of the urine by Rifampicin. Tubercle 1987; 68:201-207.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1999; 15:345-353.

García MLG, Gómez JLV, Sancho MCG, Álvarez RAS, Zacarías F, Amor JS. Epidemiología del sida y la tuberculosis. Bol Oficina Sanit Panam 1994;116:546-65.

Gazzard B. Tuberculosis, HIV and the developing world. Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicans 2001 Jan- Feb; 1(1):62-8.

GDF – Portal do Governo do Distrito Federal. Disponível em <<<http://www.df.gov.br>>>. Acesso em maio de 2010.

George LJ. Self-determination and compliance in directly observed therapy of tuberculosis treatment in the Kingdom of Lesotho. Soc Work Health Care 2008; 46(4):81-99.

Giovanella L, Mendonça MHMd, Almeida PFd, Escorel S, Senna MdCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14:783-94.

Goofman, E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

Gomes, A. A. 2004. Avaliação Epidemiológica da Implantação da Estratégia de Tratamento Supervisionado da Tuberculose na Rotina dos Serviços de Saúde dos Municípios prioritários da Região-Oeste (1998-2001). Brasília: Dissertação de Mestrado; Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília. 2004.

Gomes AA, Merchan-Hamann E, Laguardia J. Resultados iniciais da estratégia de tratamento supervisionado da Tuberculose na rotina dos serviços de saúde da região Centro-Oeste e Tocantins. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* 2008; 2: 2 - 2008.

Gomes, Jaqueline Ramos de Andrade Antunes. Percepção de auto-cuidado, saúde e qualidade de vida em usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Região do Entorno em 2008: estudo transversal. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

Gonçalves H, Costa JSDd, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública* 1999; 15:777-87.

Gonçalves H. A tuberculose ao longo dos tempos. *História Ciências Saúde*, Rio de Janeiro 2000 jul/ out; 7(2): 1 – 23.

González Castillo BI, López Rojas P, Marín Cotoñieto IA, et al. Satisfacción del usuario de los servicios de salud en trabajo. *Rev Med IMSS* 2002;40:301-4.

Goodman PC. Pulmonary tuberculosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Thoracic Imaging* 1190 April. 5(2): 34-45.

Gusmão JL, Mion JR.D. Adesão ao tratamento: conceitos. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1):23-25, 2006.

Guilbert, F. Le pouvoir sanitaire: essai sur la normalisationhygienique [PhD Thesis]. Strasbourg: Faculte de Droit, des Sciences Politiques et de Gestion de Strasbourg; 1992. In: Vianna PVC, Elias PEM. Cidade sanatorial, cidade industrial: espaço urbano e política de saúde em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007, vol.23, n.6, pp. 1295-1308.

Guo N, Marra F, Marra CA. Measuring health-related quality of life in tuberculosis: a systematic review. Health Qual Life Outcomes 2009; 7:14.

Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: patient and provider perspectives. Qual Life Res2004 Apr;13(3):639-52.

Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Compliance in health care. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979.

Haynes RB. Introduction. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University, 1981, p. 17.

Heller A. O cotidiano e a história. 4. ed. Sao Paulo, Paz e Terra. 1970.

Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre, RS: Ed. Artes Médicas, 2003.

Herzlich C, Pierret JJ. (1984), Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris, Payot.

Hijjar MA, Procópio MJ, Freitas LMR AJ et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. Pulmão RJ 2005;14(4):310-314.

Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. [Retrospect of tuberculosis control in Brazil]. Rev Saúde Publica2007 Sep;41 Suppl (1):50-8.

Hidelbrand, SM, 2008. Modelo Político Tecnológico de atenção à saúde da família no Distrito Federal. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Brasília: Universidade de Brasília.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php. Acesso em dezembro de 2008.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php. Acesso em dezembro de 2010.

Jamal F L., Palhares M. C de A. Tuberculose em pacientes infectados pelo HIV: experiência de um serviço de referência para DST/AIDS, em São Paulo. Bol Pneum Sanit 1999 Jan-Jun; 7:1.

Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov SE, Danilova ID, Lomakina OB, Kourbatova EV. Impact of socio-psychological factors on treatment adherence of TB patients in Russia. Tuberculosis (Edinb)2008 Sep;88(5):495-502.

Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu CL. & Nemes MIB., 2000. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: Revisão da literatura médica. In: Tá Difícil de Engolir? Experiências de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral em São Paulo (P. R. Teixeira, V. Paiva & E. Shimmma, org.), pp. 5-25, São Paulo: Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS, Universidade de São Paulo/ Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo/Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo.

Johansson E; Long NH; Diwan VK; Winkvist A. Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. Health Policy;52(1):33-51, 2000.

Jurcev Savicevic A, Popovic-Grle S, Milovac S, Ivcevic I, Vukasovic M, Viali V, et al. Tuberculosis knowledge among patients in out-patient settings in Split, Croatia. Int J Tuberc Lung Dis2008 Jul; 12(7):780-5.

Kaona FA, Tuba M, Siziya S, Sikaona L. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. BMC Public Health2004 Dec 29;4:68.

Kerr-Pontes LRS, Oliveira FAS, Freire CAM. Tuberculose associada à AIDS: situação de região do Nordeste brasileiro. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31:323-9.

Kochi A. Tuberculosis control: is dot the health breakthrough of the 1990s? Geneva: World Health Forum 1997;18: 3-4.

Knigge A, Morr H, Kilian A. Tuberculosis and HIV/AIDS epidemics: opportunities for cross support. 1^a ed. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, 2000.

Kritski AL, Lapa e Silva JR, Conde MB. Tuberculosis and HIV: Renewed Challenge. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1998; 93(3): 417- 422.

Kritski A., Conde M, & Sousa G. Tuberculose: do ambulatório á enfermaria 2^o ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

Kritski, A L; Villa, T S; Trajman, A; Lapa e Silva J R; Medronho, RA.; Ruffino-Netto, A.. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(Supl.1): 9-14.

Kleinman A, Eisenberg, L. & Good, B., 1989. Cultura, stato di sofferenza e cure. *Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale. Sanità Scienza e Storia*, 1:3-26.

Lefèvre F., 1991. O Medicamento como Mercadoria Simbólica. São Paulo: Editora Cortez.

Leite SN, Vasconcellos MdPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8:775-82.

Lewis CP, Newell JN. Improving tuberculosis care in low income countries - a qualitative study of patients' understanding of "patient support" in Nepal. *BMC Public Health*. 2009 Jun 17; 9:190.

Leichner P & Perrealut M 1990. Developpement et validation d'une echelle multi-dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie - Rapport Final. Société Canadienne d'Évaluation, Montréal.

Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde Família 1996 janeiro-junho; 1:3-8.

Liefoog R, Michielis N, Habib S, Moran MB & DE Muynck A. Perception and social consequences of tuberculosis: A focus group study of tuberculosis patient in Sialkot, Pakistan. Social Science and Medicine 1995; 41:1685-1692.

Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004 set-dez; 30(4):0-0.

Lima MM. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. Revista de Saúde Pública 1997;31:217-20.

Lima MBd, Mello DA, Morais APP, Silva WCd. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). Cadernos de Saúde Pública 2001;17:877-85.

Lima DS. Plano de trabalho, em parceria com os gestores municipais dos municípios prioritários de: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras a ser cumprido em 2005/2006. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

Lima, AL, Souza FBA, Ferreira GL. Tuberculose: atitudes do cliente frente à doença. Boletim de Pneumologia Sanitária 2005; 17(2): p. 83-90.

Lima, Helena Maria Medeiros. Adesão ao tratamento HIV \ AIDS por pacientes com AIDS Tuberculose e usuários de drogas de São Paulo. Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo [tese]. São Paulo, 2006.

Lima MADdS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paulista de Enfermagem 2007;20:12-7.

Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist A. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: a gender analysis. *Health Policy* 2001 Oct; 58(1): 69-81.

Lwilla F, Schellenberg D, Masanja H, Acosta C, Aponte J, et al. Evaluation of efficacy of community-based vs. institutional-based direct observed short-course treatment for the control of tuberculosis in Kilombero district, Tanzania. *Trop Med Int Health* 2003; 8(3): 204-10.

Machado MdFAS, Vieira NFC. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2009; 17:174-9.

Malherbi, Vanessa Cristina de Souza Alveti. Tuberculose como causa básica e associada de óbito - Santa Catarina, 1996 – 1999. Florianópolis, 2001. (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

Manders AJ, Banerjee A, van den Borne HW, Harries AD, Kok GJ, Salaniponi FM. Can guardians supervise TB treatment as well as health workers? A study on adherence during the intensive phase. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001 Sep; 5(9):838-42.

Marcolino, Alinne Bezerra de Lucena. Ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família no município de Bayeux – PB: avaliação dos componentes acesso e elenco de serviços. João Pessoa, 2007. 108p. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

Marra CA, Marra F, Cox VC, Palepu A, Fitzgerald JM. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:58.

Marra CA, Marra F, Colley L, Moadebi S, Elwood RK, Fitzgerald JM. Health-related quality of life trajectories among adults with tuberculosis: differences between latent and active infection. *Chest* 2008 Feb; 133(2):396-403.

Mateus-Solarte JC, Carvajal-Barona R. Factors predictive of adherence to tuberculosis treatment, Valle del Cauca, Colombia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008 May; 12(5):520-6.

Matumoto S, Fortuna C, Mishima S, et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2005; 9:9-24.

McKeown T, Lowe CR. *Introducción a la Medicina Social*. 3. ed. México: Siglo Veintituno, 1986. 365p. (Coleção Sociologia e Antropologia).

Merhy, EE. Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde: os Serviços de Porta Aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 3, p. 117 □160.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

Merhy EE. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Mendes, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: *Uma agenda para a saúde*, 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 4. Saúde em Debate, 88.

Menegoni L. Conception of tuberculosis ant therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico. *Medical Anthropology Quarterly* 1996; 10:181-401.

Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation* 1997; 95: 1085 – 1090.

Milstein-Moscatti I, Persano & Castro LLC 2000. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica, pp 171-179. In LCC Castro (org) *Fundamentos de farmacoepidemiologia*. AG Editora, [S.L.].

Mishra P. Adherence to tuberculosis treatment under directly observed treatment, short-course (DOTS) in Nepal: quantitative and qualitative studies [thesis]. Danish: The Danish University of Pharmaceutical Sciences; 2006.

Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Adherence is associated with the quality of professional – patient interaction in Directly Observed Treatment Short – course, DOTS. *Patient Educ Couns*. 2006; 63(1\2): 29 – 37.

Moreira MAC, Bello AS, Alves MdRL, Silva MVd, Lorusso V. Avaliação da notificação no Distrito Federal de casos de tuberculose residentes em dez municípios goianos do entorno e análise da incidência de tuberculose nestas localidades. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2007; 33:301-10.

Mordyk AV, Antropova W. Influence of adverse reactions due to chemotherapy on life quality indices in patients with infiltrative pulmonary tuberculosis. *Probl Tuberk Bolezn Legk* 2008; (9):44-6.

Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Murray JF. Tuberculosis and HIV infection: a global perspective. *Respiration* 1998, 65(5): 335-42. Muniz, J, N. O tratamento supervisionado da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde. 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Muniz, J. N. O programa de agentes comunitários de saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde. [Tese]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10:315-21.

Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Med* 2007 Jul 24;4(7):e238.

Naidoo P, Dick J, Cooper D. Exploring tuberculosis patients' adherence to treatment regimens and prevention programs at a public health site. *Qual Health Res* 2009 Jan; 19(1):55-70.

Nascimento, Dilene Raimundo do. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Nascimento, C. M. B. *Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife*. 2008.158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

Nair DM, George A, Chaco KT. Tuberculosis in Bombay: New insights from poor urban patient. *Health Policy and Planning* 1997; 12:77-85.

Natal S. Revisão bibliográfica – tratamento da tuberculose: causas da não – aderência. *Bol Pneum Sanit* 1997; 5 (1): 50 – 70.

Natal S, Valente J Gerhardt, G et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Bol Pneumol Sanit* 1999 Jun;7(1):65-78.

Natal S, Penna ML, Hartz Z, Sabroza P, Cruz M. Avaliação do programa de Controle da Tuberculose: estudos de caso na Amazônia Legal. *Bol Pneumol Sanit*. 2004;12(2):91-109.

Nemes MIB, Kalichman AO, Grangeiro A, Souza RA, Lopes JF. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo. Brasília, 2000. Disponível em: www.Aids.gov.br/planejamento/não_aderência.htm. Acesso 20 dez 2008.

Nietsche EA. *Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem*. Ijuí: Editora UNIJUÍ; 2000.

Nobre F, Pierin AMG, Mion JR.D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6): 1639-46.

Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994 *Rev Saúde Pública* 2000a; 34(5); 437-43.

Oliveira HB, Moreira Filho DC. Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000b; 7(4): 232-241.

Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá 2003; 25 (1): 95-101.

Oliveira BRGd, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2006; 14:277-84.

Oliveira ABd, Roazzi A. A Representação Social da “Doença dos Nervos” entre os Gêneros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Mar 2007; 23 (1): 091-102.

Ogden J, Bavalia K, Bull M, et al. “I want more time with my doctor”: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract.* 2004; 21:479-83.

Ortega F, Sanchez – de – Rivera JM, García J, Perez – Herrero JR, Rodríguez JJ & Perez – Medel A. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Clínica Española* 1997; 197(3): 163-166.

Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Martín Del Campo DL, et al. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública* 2003;13:229-38.

Orozoco LC, Hernandez R, de Usta CY, Cerra M, Camargo D. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS. 1998; 12: 169 – 72.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353(5): 487-97.

Organização Mundial da Saúde. OMS. Tratamento da tuberculose: linhas orientadoras para programas nacionais. – DGS, 2004. 108 p. – Título original: Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes.– third edition, 2003. – Revisão aprovada pela STAG (OMS), em Junho de 2004.

Organização Mundial da Saúde. OMS. Carta de Ottawa, 1986. 5p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2007.

Organização Mundial da Saúde. OMS. Declaração de Jacarta, 1997. 5p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Jacarta.pdf> .Acesso em: 20 dez. 2007.

Organização pan-americana de saúde. OPAS\ OMS. Oficina Sanitária Pan-americana, Oficina Regional de Organización de la Salud, Washington; 5:1, febrero, 2002.

Organização Mundial da Saúde. OMS. Tratamento da tuberculose: linhas orientadoras para programas nacionais. – DGS, 2004.108 p. – Título original: Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. – third edition, 2003. – Revisão aprovada pela STAG (OMS), em Junho de 2004.

Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Oficina Regional de Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis 2007 marzo; 8:1.

Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.

Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. Revista de Saúde Pública 2007; 41:205-13.

Pablos-Mendez A, Knirsch CA, Barr RG, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. *Am J Med* 1997 Feb; 102(2):164-70.

Pereira, B. S. W. Tuberculose: sofrimento e ilusões no tratamento interrompido. João Pessoa, 1998. 105p. Dissertação de Mestrado UFPB.

Perini, E. O Abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras banalizando conceitos. Belo Horizonte, 1998. 181 p. Tese de Doutorado – Escola de Veterinária da UFMG.

Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos in: Nobre F, Pierin AMG, Mion JR.D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

Perini E, Paixão HH, Módena CM, Rodrigues RdN. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da Epidemiologia e da Medicina Social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2001; 5:101-18.

Pérez Cuevas R, Libreros V, Reyes S, et al. Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de um modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. *Salud Publica Méx.* 1994; 36:492-502

Pelaquin MHH, Silva RSe, Ribeiro SA. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 2001. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2007; 33:311-7.

Perlman DC, El-Helou P, Salomon N. Tuberculosis in patients with immunodeficiency virus infection. *Seminars in Respiratory Infections* 1999 Dec; 14 (4): 344-52.

Paho (Pan American Health Organization) March 24, World Tb Day. Tuberculosis Remains Serious Health Problem in Americas, Experts say on World TB Day. 2003; p.1.

Porta, M. La compliance in neurologia. Milano, Utet Periodici Scientifici, 1994.

Porto Â. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública* 2007;.41 (1): 43-49.

Porto A, Nascimento DR. Tuberculosos e seus Itinerários. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 1995;1(2):129-41.

Pozsisk C J. Compliance with tuberculosis therapy. *Medical Clinics of North America* 1993; 77: 1289 – 1301.

Picon P, Rilzson CF & Ott P. 1993. Tuberculose: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento em Clínica e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Medsi.

Pinho JL, Nogueira PA. Tratamento supervisionado em Taboão da Serra. *Bol Pneumol Sanit* 2001; 9(1): 13-18.

Queiroz R, Nogueira PA. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo. *Saúde Soc* 2010; 19 (3) 627-637.

Ramos DD, Lima MADdS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19:27-34.

Ramos M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saúde e Sociedade* 2009; 18:55-9.

Raviglione MC, Snider J, Kochi A. The TB epidemic from 1992 to 2002. *Tuberculosis* 2003; 83:4-14.

Retamal González A, Monge Jodra V. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos Centros de Salud de la provincia de Cuenca. *Rev Esp Salud Pública*. 2000;74:275-86.

Ribeiro L. A luta contra a tuberculose no Brasil: apontamentos para sua história, Rio de Janeiro, 1956.

Ribeiro SA, Amado VM, Camelier AA, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *Jornal de Pneumologia* 2000; 26:291-6.

Ribeiro, Paula de Melo. Doentes negligenciados e racismo de Estado: quem são estes a quem ousamos chamar de tuberculosos?/ Paula de Melo Ribeiro. - Niterói: UFF/ICHF, 2008. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense - Instituto de Ciências humanas e Filosofia. UFF/ Departamento de Psicologia/ Estudos da subjetividade. Área de concentração: Subjetividade, Política e Exclusão Social, 2008.

Ribeiro EM. Universalidade e singularidade no campo da saúde. Disponível em www.humaniza.org.br. Acesso em: 11 de Dez. 2009.

Rosa MA, Elkis H. Adesão em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2007;34:189-92.

Rosa MdLJMdAF. Implicações psicossociais e familiares da doença na pessoa com tuberculose. Portugal – Lisboa, 2007. 155 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Aberta Lisboa.

Rosa WdAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005;13:1027-34.

Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, Barata RCB. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41,(Supl.1):3.

Rosemberg J. Tuberculose: aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. *Bol. de Pneum. Sanit* 1999; 7 (2): 6 – 29.

Rubim HR 1989. Patient evaluations of hospital care: a review of literature. *Medical Care* 28(9):53-59.

Ruffino-Netto A, Pereira JC. O processo saúde-doença e suas interpretações. *Medicina* 1982;15 (1): 5-11.

Ruffino – Netto, A. Avaliação do excesso de casos de tuberculose atribuídos a infecção pelo HIV/AIDS: ensaio preliminar. Rev Saúde Pública 1995; 29: 279-82.

Ruffino – Netto, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. Boletim de Pneumologia Sanitária 1999 jan\jun; 7 (1):7 – 18.

Ruffino – Netto A. Souza AMAF. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. Inf. Epidemiol. SUS 1999; 8 (4): 35 – 51.

Ruffino- Netto, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev. Soc. Brás. Méd. Trop, Uberaba2002;35 (1): 51- 58.

Ruffino – Netto A, Villa TCS. Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil: histórico e Peculiaridades Regionais. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB – USP; 2006. 204 p.

Santos, D. F. Vivendo com HIV/AIDS: cuidado, tratamento e adesão na experiência do Grupo com vida, 2001. Dissertação (Mestrado) UERJ, Instituto de Medicina Social, 2001.

Santos, Naíde Teodósio. Valois. Programa Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e prática. 180 p. Dissertação (mestrado em Saúde Publica) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

Santos, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Rev. Saúde Pública 2007;41 (supl.1): 89 – 94.

Sanchez, A.I.M. O Tratamento diretamente observado – DOTS e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo – Brasil. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

Sá LDd, Souza KMJd, Nunes MdG, Palha PF, Nogueira JdA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto & Contexto - Enfermagem 2007; 16:712-8.

Savard, M. Bridging the communication gap between physicians and their patients with physical symptoms of depression. *Primary Care Companion. The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; 6 (1), 17 – 24.

Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2005; 18:188-195.

Schaberg T. The dark side of antituberculosis therapy: adverse events involving liver function. *Eur Respir J*. 1995;8(8):1247-9.

Schaberg T, Rebhan K, Lode H. Risk factors for side-effects of isoniazid, rifampin and pyrazinamide in patients hospitalized for pulmonary tuberculosis. *Eur Respir J*. 1996;9(10):2026-30.

Schwartz DB, Adler A, Dasaro A, DeBellis RJ, Dick Robin, Ferro TJ, et al. Improving adherence with antimicrobial therapy for respiratory tract infections: a discussion of directly observed therapy (DOT) and short-course therapies. *Am J Therap*. 2004;11 Suppl 1: S18-S21.

Secretaria de Estado da Saúde, SES - DF. Coordenação de Pneumologia Sanitária/ DIVEP/SES-DF, 2002.

Secretaria de Estado da Saúde, SES – DF. Informe do Núcleo de Pneumologia Sanitária (NPS) / Divisão de Vigilância Epidemiológica (DIVEP). Secretaria de Estado da Saúde do DF. Mimeo 2002.

Secretaria de Estado da Saúde, SES – DF. Relatório epidemiológico de agravos de notificação compulsória Distrito Federal, DIVEP/SVS/SES/DF. Brasília, Distrito Federal, 2006.

Secretaria de Estado da Saúde, SES - DF. Informe do Núcleo de Pneumologia

Sanitária (NPS) / Divisão de Vigilância Epidemiológica (DIVEP). Secretaria de Estado da Saúde do DF. Mimeo 2008.

Sevalho G. Representações Sociais de Saúde e Doença. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 349-363, jul/set, 1993.

Silveira LMC and Ribeiro VMB. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, Interface – Comunic Saúde Educ.2004\2005set\fev;9(16);91-104.

Silva LMVd, Formigli VLA, Cerqueira MP, Kruchevsky L, Teixeira MMA, Barbosa ASM, et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde - avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1995; 11:72-84.

Silvestre JÁ, Costa MM Neto. A abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad Saúde Pública 2003 maio-junho; 19(3): 839-47.

Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. Social Science and Medicine 1997; 45(12):1829-1843.

Sontag S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984. 110p.

Sontag S. Doença como metáfora, Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 56p

Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF. Rev Bras Enfermagem 2000;53(nº esp):25-30.

Sousa MF. *Agentes comunitários de saúde*. Choque de Povo! São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciênc. saúde coletiva 2009;14 (1): 1325-1335.

Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estud Psicol (Natal)*. 2003;8:515-23.

Souza, Sabrina da Silva de. Representações sobre o viver com tuberculose [dissertação] / Sabrina da Silva de Souza. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.91 p.

Souza, MSP. Leal. Fatores de adesão ao programa de controle da tuberculose. Salvador, Universidade Federal da Bahia 2007.96p. Dissertação de Mestrado.

Souza MS, Pereira SM, Marinho JM, Barreto ML. Characteristics of healthcare services associated with adherence to tuberculosis treatment. *Rev Saude Publica* 2009 Dec; 43(6): 997-1005.

Soza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML. [Dropout from tuberculosis treatment in Nicaragua: the results of a comparative study]. *Rev Panam Salud Publica* 2005 Apr; 17(4):271-8.

Shluger NW, Burzynski J. Tuberculosis and HIV Infection: epidemiology, immunology and treatment. *HIV Clin Trials* 2001 Jul-Aug; 2(4): 356-65.

Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails: a social behavioral account of patient adherence, in *American Review of Respiratory Disease* 1993;147: 1311 – 1320.

Surribas M, Fontanella J. La información sanitaria y la participación activa de los usuarios. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2006.

Takahashi RF, Shima H. (2004), A singularidade e a sociabilidade de vivenciar a “tuberculoids”: a morte anunciada. In: Tura LFR, Moreira AP. “Saúde e representações sociais,” Paraíba (Brasil), Editora Universitária, pp. 129-165. Teixeira JAC. (1993), *Psicologia da saúde e sida*, Lisboa: ISPA, 207p.

Terra MF, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance? *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008;16:659-64.

Terra, MF. O tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) como estratégia para a adesão ao tratamento da tuberculose: significados segundo profissionais de saúde da supervisão Técnica de Saúde do Butantã, São Paulo – SP, 2007. 168 p. dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Teixeira RA, Mishima SM. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enfermagem* 2000;53:386-400.

Teixeira SA. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2004.

Travassos C, Oliveira EXGd, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11:975-86.

Unalan D, Soyuer F, Ceyhan O, Basturk M, Ozturk A. Is the quality of life different in patients with active and inactive tuberculosis? *Indian J Tuberc* 2008 Jul;55(3):127-37.

Valle EA, Viegas EC, Castro CAC. & Toledo Junior AC. A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica* 2000 26(3): 83-86.

Vendramini SHF. O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001 180 p.

Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol. Pneumol. Sanit* 2002 jun; 10 (1): 5 – 12.

Vendramini SH, Villa TC, Santos Mde L, Gazetta CE. Current epidemiological aspects of tuberculosis and the impact of the DOTS strategy in disease control. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006 Jan-Feb;15(1):171-3.

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. *J. Clin. Pharm. Ther* 2001; 26:331-345.

Vera H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. *Stud Fam Plann.* 1993;24:40-9.

Vieira AA, Ribeiro SA. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2008; 34:159-66.

Vieira DEO, Gomes M. Efeitos adversos no tratamento da tuberculose: experiência em serviço ambulatorial de um hospital-escola na cidade de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2008; 34:1049-55.

Watanabe A, Ruffino-Netto A. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose - HIV - Ribeirão Preto -SP. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1995; 28(4):856-65.

Ware JE, Snyder MK, Wright WR and Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:247-263.

Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* 1994;38(4):509-551.

Williams B, Coyle J & Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* 1998; 47(9):1351-1359.

Williams B, Weinman J & Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 1998; 15(5):480-492.

Widjanarko B, Gompelman M, Dijkers M, van der Werf MJ. Factors that influence treatment adherence of tuberculosis patients living in Java, Indonesia. *Patient Preference Adherence* 2009; 3:231-8.

World Health Organization. TB\HIV. Manual Clínico para o Brasil, 1998. WHO\TB\96.200 (Brasil).

World Health Organization. *What is DOTS?: a guide to understanding the WHO recommended TB control strategy known as DOTS.* Geneva, 1999. (WHO/CDS/CPC/TB/99.270).

World Health Organization. In This Month's Bulletin vol 80, number 6, 2002, 426-523

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Tuberculosis.* WHO 2003; 123 – 30.

World Health Organization. WHO Report 2004. Global Tuberculosis Control. www.who.int/tb/publications/global_report/2004/en/ . Acesso em 2004.

World Health Organization. Global Tuberculosis Control Brazil: surveillance, planning, financing. Report WHO 2005. Geneva; 2005.

World Health Organization. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO; 2006. 250p.

World Health Organization. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009. 303 p.

Xu W, Lu W, Zhou Y, Zhu L, Shen H, Wang J. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. BMC Health Serv Res 2009;9:169.

Yamada S, Caballero J, Matsunaga DS, Agustin G, Magana M. Attitudes regarding tuberculosis in immigrants from the Philippines to the United States. Fam Med 1999 Jul-Aug;31(7):477-82.

Yokota RTC, Vasconcelos TF Ito MK, Dutra ES, Baiocchi KC, Merchan-Hamann, E, Lopes EB, Barbosa RB. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal.. Comunicação em Ciências da Saúde 2007; 18: 289-296.

Zoboli E. L. C. P. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família. São Paulo, 2003.

APÊNDICE A – FICHA CLÍNICA

Identificação:

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Naturalidade: _____

Procedência: _____

Unidade de Tratamento: _____ Prontuário _____

Forma Clínica de Tuberculose: _____

Início do Tratamento: _____

Fase do Tratamento: _____

Esquema de Tratamento: _____

Co-morbidades: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE NÃOADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Data da entrevista: ____/____/____ Código de identificação

Hospital: _____

Centro de Saúde: _____

DADOS GERAIS

Nome completo

2. Data de nascimento

____/____/____

3. Idade

_____ anos

4. Sexo

1. Masculino

2. Feminino

5. Estado civil

1. Solteiro

3. União consensual

5. Viúvo

2. Casado

4. Separado

6. Não respondeu

6. Naturalidade

6. Residência

7. Endereço

8. Área

1. Urbana

2. Rural

9. Bairro/Cidade

10. Tempo de moradia no local atual

_____ anos

11. Forma clínica da tuberculose

1. Pulmonar

2. Extra-pulmonar

12. Data do diagnóstico (dia/mês/ano)

____/____/____

13. Início do tratamento (dia/mês)

____/____

14. Fase do tratamento

15. Esquema de tratamento

1. I

2. II

3. IR

4. III

16. Presença do PSF na localidade em que reside? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	17. Presença do PSF na unidade de saúde em que é atendido? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
18. Distância da moradia da unidade de saúde (aproximadamente) KM _____ Minutos _____	19. A unidade de saúde em que está sendo atendido é a mais próxima da sua casa? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
19. A unidade de saúde em que está sendo atendido é a que você prefere? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	20. Explique o motivo de sua resposta:

COMPONENTE PACS/PSF

21. Você já teve contato com o PSF? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	22. Você já recebeu a visita do PSF através da figura do Agente Comunitário de Saúde? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
23. Se SIM, como você descreveria essa visita? 1. Ótima 3. Regular 2. Boa 4. Ruim) <input type="checkbox"/>	24. Justifique sua resposta:
25. Na sua opinião o que deveria ser feito para melhorar a atuação do PSF?	
26. A seu modo de ver, qual é a importância do PSF na Saúde da População?	

VARIÁVEIS DA DOENÇA

27. Você sabe qual o nome da sua doença? 1. Sim 2. Não	28. Se SIM, qual?	
29. Há quanto tempo tem essa doença? _____ meses	30. Já teve tuberculose antes? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	31. Sabe como ela é transmitida? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
32. Se SIM, como? _____		

33. Sabe se tem cura? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	34. Sabe quanto tempo dura o tratamento? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	35. Se SIM, quanto tempo?
36. Você pode ter essa doença novamente? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	37. Como você se sentiu ao descobrir que estava com tuberculose?	

VARIÁVEIS DO TRATAMENTO

38. Medicamentos de que faz uso atualmente

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	TEMPO DE USO
Esquema I ()		
Esquema II ()		
Esquema IR ()		
Esquema III ()		

39. Outros medicamentos de que faz uso atualmente

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	TEMPO DE USO

40. Você tem outras doenças além de tuberculose?

1. Sim
2. Não

41. Se SIM, quais?

1 - _____

2 - _____

3 - _____

42. Quantos medicamentos para tuberculose você toma por dia?

43. Você sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação

1. Sim
2. Não

44. Se SIM, quanto tempo?

45. Ontem você tomou todos os medicamentos para tuberculose?

1. Sim
2. Não

46. Se NÃO, quais deixou de tomar e por quê?

MEDICAMENTO	MOTIVO
Esquema I ()	
Esquema II ()	
Esquema IR ()	
Esquema III ()	

<p>47. Ao tomar a medicação você sente algum desconforto?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>48. Se SIM, quais?</p> <p>1 - _____</p> <p>2 - _____</p> <p>3 - _____</p>
<p>41. No último mês, quais as três principais dificuldades (em ordem de importância) que você encontrou para tomar a medicação conforme a prescrição?</p> <p>1 - _____</p> <p>2 - _____</p> <p>3 - _____</p>	
<p>43. Você sabe o que poderá acontecer se parar de tomar a medicação?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>44. Se SIM, o quê?</p>
<p>45. Nos últimos 7 dias quantas tomadas você deixou de fazer?</p> <p>_____</p>	<p>46. Quantidade total esperada de tomadas (7 dias)</p> <p>_____</p>
<p>47. Nos últimos 7 dias, quantos comprimidos você deixou de tomar?</p> <p>_____</p>	<p>48. Quantidade total esperada de comprimidos(7 dias)</p> <p>_____</p>
<p>49. Os medicamentos estão sempre disponíveis na unidade de saúde?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>50. Quando você toma os medicamentos é supervisionado por outra pessoa?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>
<p>51. Quais os medicamentos que você deixou de tomar nos últimos 7 dias? Explique os motivos:</p> <p>_____</p>	
<p>MEDICAMENTO</p>	<p>MOTIVO</p>
<p>R () H () Z ()</p>	
<p>E ()</p>	
<p>S () Et ()</p>	
<p>R= Rimfampicina H= Isoniazida Z= Pirazinamida E=Etambutol S=Estreptomina Et=Etionamida</p>	

<p>52. Você sabe por que algumas pessoas abandonam o tratamento?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>53. Se SIM, por quê?</p>
--	-----------------------------

PERCEPÇÃO DO ATENDIMENTO E DO SERVIÇO DE SAÚDE		
<p>54. Em média, quanto dura sua consulta médica?</p> <p>_____ minutos</p>	<p>55. Você recebeu informações sobre a doença e as orientações sobre o tratamento nesta unidade de saúde?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	
<p>56. Você foi informado sobre a duração do tratamento?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>57. Você foi informado sobre a forma de transmissão da doença?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>58. Foi oferecido o teste Anti-HIV?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>
<p>59. Houve orientação familiar sobre a situação de contágio e a importância dos exames dos comunicantes (familiares)?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>60. Você foi informado sobre a importância da regularidade da ingestão dos medicamentos?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	
<p>61. Você foi informado sobre os efeitos adversos dos medicamentos ?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>62. Você foi informado sobre a importância da regularidade do tratamento?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	
<p>63. Quando da existência de co-morbidades existiu a informação sobre a interação dos medicamentos anti-tuberculosos com os outros medicamentos?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>64. A cada retorno foi solicitado o controle do exame baciloscópico?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	
<p>65. Há outros tipos de consultas que não a médica?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>66. Se SIM, quais?</p> <p>Odontológica 4. Nutricio 7.informou Ginecológica Farmacêutica 5. Psicológica 8. Outros Enfermagem 6. Ass. Social 9. Não respondeu</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>67. Grau de satisfação com serviço</p> <p>Ótimo Acima da média Abaixo da média <input type="checkbox"/> Ruim</p>	<p>68. Justifique sua resposta:</p>	

69. Qual o profissional que orienta você sobre o tratamento e o uso da medicação? Médico Enfermeira Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde	70. Você compreendeu a orientação que lhe foi dada? 1. Sim 2. Não 3. Em parte <input type="checkbox"/>
71. Se você precisar, com que frequência você pode contar com alguém da equipe de saúde para tirar suas dúvidas a respeito da medicação? Sempre Quase sempre <input type="checkbox"/> Raramente Nunca	72. Quem? Médico Enfermeira Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Agente Comum. de saúde
73. Você se sente satisfeito quanto ao seu acolhimento pela equipe de profissionais nesta unidade de saúde? 1. Insatisfeito 3. Satisfeito 5. Não respondeu <input type="checkbox"/> 2. Parcialmente 4. Totalmente satisfeito	
74. Se INSATISFEITO, por quê? _____ _____	
75. Se PARCIALMENTE SATISFEITO, por quê? _____ _____	
76. Com que profissional você se sente mais vinculado (ou se relaciona melhor)? 1. Médico 3. Auxiliar de enfermagem 5. Não respondeu <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro 4. Agente comunitário de saúde	
77. Por quê? _____ _____	

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

78. Grau de escolaridade Não alfabetizado 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo 3º grau incompleto 3º grau completo Não se aplica Não respondeu <input type="checkbox"/>	79. Profissão/ocupação 01- Servidor Público 02- Profissões liberais. Cargos de gerência ou direção. Proprietários de empresas de tamanho médio. 03- Posições de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais. Proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais, agropecuárias e assemelhadas. 04- Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas. 05- Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas. 06- Ocupações manuais especializadas e assemelhadas. 07- Ocupações manuais não especializadas. 08- Estudante. 09- Dona de Casa 10- Não se aplica 99- Não respondeu <input type="checkbox"/>
---	---

80. Situação de emprego			
1. Emprego fixo	3. Desempregado	5. Aposentado	7. Não se aplica
2. Emprego temporário	4. Autônomo	6. Outros	8. Não respondeu
<input type="checkbox"/>			
81. Renda mensal R\$ _____		82. Renda familiar R\$ _____	
83. Valor do dólar no dia R\$ _____		84. Valor do salário mínimo no dia R\$ _____	
85. Quantas pessoas vivem com essa renda? <input type="checkbox"/>	86. Condições de moradia		
	1. Aluguel	3. Cedida	9. Não respondeu
	2. Própria	4. Outras	<input type="checkbox"/>

SUPORTE SOCIAL

87. Com quem reside?		
Familiares	3. Cônjuge e familiares	5. Outros
Cônjuge apenas	4. Sozinho	6. Instituição
		9. Não Respondeu <input type="checkbox"/>
88. Alguém da sua família sabe da sua doença?	89. Sua família sabe como ela é transmitida	90. Os membros da sua família fizeram exames com a descoberta da sua doença?
1. Sim <input type="checkbox"/>	1. Sim <input type="checkbox"/>	1. Sim <input type="checkbox"/>
2. Não <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
91. Você enfrentou algum tipo de problema com a sua família, amigos ou colegas de trabalho em relação à sua doença?	92. Se SIM, quais?	
1. Sim <input type="checkbox"/>		
2. Não <input type="checkbox"/>		
93. Recebe apoio da família com relação às suas necessidades?	94. Recebe apoio da família com relação à doença, período de tratamento e tomada da medicação?	95. Está satisfeito está com o apoio que recebe?
1. Sim	1. Sim	1. Plenamente
2. Não <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	2. Muito
		3. Pouco
		4. Nada
		<input type="checkbox"/>

<p>96. Seus amigos sabem da sua doença?</p> <p>1. Sim 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>97. Recebe apoio dos amigos com relação à doença, período de tratamento e tomada da medicação?</p> <p>1. Sim 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>98. Está satisfeito está com o apoio que recebe?</p> <p>1. Plenamente 3. Pouco 2. Muito 4. Nada</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>99. Há outra(s) pessoa(s) que apóia(m) você quando você precisa falar sobre a sua saúde?</p> <p>1. Sempre 3. Raramente 2. Quase sempre 4. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>100. Quem?</p>	
<p>101. Com que frequência você pode contar com alguém para levá-lo (a) ou acompanhá-lo(a) ao médico?</p> <p>1. Sempre 3. Raramente 9. Não respondeu 2. Quase sempre 4. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/></p>		
<p>102. Com que frequência você pode contar com alguém para cuidar de seus filhos ou de seus pais quando você vai a consulta ou se precisar ficar internado em um hospital?</p> <p>1. Sempre 3. Raramente 5. Não se aplica 2. Quase sempre 4. Nunca 9. Não respondeu</p> <p><input type="checkbox"/></p>		
<p>103. Com que frequência você pode contar com o apoio de alguém em situações financeiras, como divisão das despesas de casa, dinheiro dado ou emprestado?</p> <p>1. Sempre 3. Raramente 5. Não se aplica 2. Quase sempre 4. Nunca 9. Não respondeu</p> <p><input type="checkbox"/></p>		

QUALIDADE DE VIDA

<p>104. Você acha que sua situação física impede de fazer o que você precisa?</p> <p>1. Extremamente. 2. Muito 3. Pouco 4. Nada</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>105. Você acha que sua situação emocional impede de fazer o que você precisa?</p> <p>1. Extremamente. 2. Muito 3. Pouco 4. Nada</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>106. Você se sente otimista em relação ao seu futuro?</p> <p>1. Extremamente. 2. Muito 3. Pouco 4. Nada</p> <p><input type="checkbox"/></p>
---	--	--

<p>107. Você se sente sozinho em sua vida?</p> <p>1. Extremamente. 3. Pouco <input type="checkbox"/></p> <p>2. Muito 4. Nada</p>	<p>108. Você é capaz de relaxar e ter atividades de lazer?</p> <p>1. Extremamente. 3. Pouco <input type="checkbox"/></p> <p>2. Muito 4. Nada</p>
<p>109. Você está satisfeito com sua vida sexual?</p> <p>1. Extremamente. 3. Pouco <input type="checkbox"/></p> <p>2. Muito 4. Nada</p>	<p>110. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mal humor, medo, desespero, ansiedade, depressão?</p> <p>1. Extremamente. 3. Pouco <input type="checkbox"/></p> <p>2. Muito 4. Nada</p>

HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

<p>111. Atualmente você faz uso de bebida alcoólica?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não</p>	<p>112. Se SIM, qual tipo de bebida?</p> <p>Destilados</p> <p>Cerveja</p> <p>Outros</p> <p>Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>113. Com que frequência fez uso no último mês?</p> <p>Diariamente</p> <p>De 1 a 3 vezes por semana</p> <p>De 4 a 6 vezes por semana</p> <p>2 a 3 vezes por mês</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>114. Quantidade que costuma beber?</p> <p>_____</p> <p>doses/copos/latas/garrafas</p>	<p>115. Há quanto tempo?</p> <p>_____ anos</p>	<p>116. Você sente que seu comportamento muda quando faz uso de bebida alcoólica?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não</p>
<p>117. Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não</p>	<p>118. Caso a resposta seja SIM, durante quanto tempo?</p> <p>_____ anos</p>	<p>119. Parou há quanto tempo?</p> <p>_____ anos</p>
<p>120. Atualmente você fuma?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não</p>	<p>121. Caso a resposta seja SIM, há quanto tempo?</p> <p>_____ anos</p>	<p>122. No último mês, qual a quantidade de cigarros diária?</p> <p>_____ cigarros por dia</p>
<p>123. Caso não faça uso atualmente, você já fumou?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não</p>	<p>124. Caso a resposta seja SIM, durante quanto tempo?</p> <p>_____ anos</p>	

125. Atualmente você faz uso de outras drogas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	126. Caso a resposta seja SIM, há quanto tempo? _____ anos
127. Tipo de droga?	128. No último mês, qual foi a frequência de uso de drogas ilícitas? 1. Nunca 2. Menor que semanal 3. Semanal 4. Diário <input type="checkbox"/>
129. Caso não faça uso atualmente, já fez uso de outras drogas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	130. Caso a resposta seja SIM, durante quanto tempo? _____ anos
131. Tipo de droga?	132. Parou há quanto tempo? _____ anos
133. Em relação aos hábitos alimentares quantas refeições você faz por dia? 1. Uma vez/dia 2. Duas vezes/dia 3. Três vezes/dia 4. Mais de três vezes/dia 9. Não respondeu <input type="checkbox"/>	

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Brasília

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Pesquisadora Responsável: Eliane ramos Teixeira

Professor Orientador: Edgar Merchán – Hamann

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, fui **convidado para participar** do estudo “**Fatores associados a não-adesão ao tratamento da tuberculose no Distrito Federal e Municípios da RIDE - DF**“. Fui informado (a) que o objetivo da pesquisa é coletar dados que contribuirão para melhorar a compreensão do paciente sobre a tuberculose, a importância da ingestão correta das drogas antituberculose, diminuindo assim a resistência bacteriana e a transmissão do agravo devido a não conclusão do tratamento.

Declaro que, **concordando em colaborar com o estudo proposto, estou concordando** em que minha participação consistirá em responder a uma entrevista de aproximadamente uma hora de duração e em que a pesquisadora verifique o meu prontuário, para que sejam colhidas as informações nele contidas, e que esclareça outros detalhes junto aos profissionais responsáveis pelo meu tratamento. Fui informado (a) de que meu nome aparecerá no formulário da pesquisa, o qual me foi mostrado, apenas para viabilizar o acesso ao meu prontuário. No entanto, quaisquer informações coletadas mediante entrevista ou pesquisa de prontuário serão confidenciais. Foi explicado também que o acesso a formulários de coleta de dados ou a bancos de informações é restrito à equipe de pesquisadores.

Fui informado que poderei obter esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação à pesquisa e a temas relacionados a ela, depois da entrevista, por um período de dois anos.

Fui informado (a) também, que, caso eu decida não participar, não permitindo que seja usado meu prontuário, isto não acarretará nenhuma mudança no tratamento em relação à doença ou queixa que motivaram minha presença nesta Unidade de Saúde nem me colocará em situação de desvantagem em relação a outros pacientes.

Assinatura do paciente ou responsável _____

Assinatura da pesquisadora _____

Eliane Ramos Teixeira

Para maiores esclarecimentos, contatar (061) 3345-24-65 / 8116593.

Endereço institucional: UNIMISTA 508/509. EQS 508 / 509.

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da SES – DF: 3325-4955 / 3325-4964.

APÊNDICE D – ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO NÃO AJUSTADA

Nas tabelas a seguir, apresenta-se a análise univariada não ajustada de possíveis associações entre grupos de variáveis e a não adesão quando estimada pelos comprimidos semanais.

Das variáveis sócio-demográficas (Tabela 20), o estado civil, o local de residência e a escolaridade mostraram significância estatística. Nesse estudo, pessoas solteiras, tiveram prevalência duas vezes maior de não-adesão, os que residiam no DF tiveram quase cinco vezes mais probabilidade de não-adesão, em relação à escolaridade os participantes com baixa escolaridade tiveram três vezes mais chances de não aderir ao tratamento. As demais variáveis não mostraram associação estatística significativa. Em relação ao tratamento os pacientes que estavam nos três primeiros meses, tinham prevalência três vezes maior de não adesão, quanto à doença, a forma clínica não teve significância estatística.

Tabela 20 – Associação entre variáveis preditoras e não adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) referente a variáveis sócio demográficas, à doença e ao tratamento em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e Entorno, 2006 -2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
Sexo	Masculino	440	3,2%	1,92	0,78 – 4,72	0,14
	Feminino	423	1,7%			
Idade	> 40	180	1,7%	0,63	0,19 – 2,12	0,45
	< 40	683	2,6%			
Estado civil	Solteiro	309	3,9%	2,39	1,02 – 5,61	0,039
	Outros	554	1,6%			
Local de residência	DF	491	3,7%	4,68	1,37 -16,01	0,007
	Entorno	372	0,8%			
Forma Clínica	Pulmonar	756	2,4%	0,83	0,25 – 2,78	0,48
	Extra – Pulmonar	105	2,9%			
Fase do tratamento	≤ 3 meses	484	3,5%	3,32	1,13 – 9,78	0,020
	> 3 meses	378	1,1%			

Continuação da Tabela 20 – Associação entre variáveis preditoras e não adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) referente a variáveis sócio demográficas, à doença e ao tratamento em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e Entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
Escolaridade	Baixa	460	3,7%	3,37	1,14 – 9,94	0,018
	Alta	365	1,1%			
Renda Pessoal	< 2 Sal. Mínimo	464	2,6%	0,89	0,32 – 2,49	0,50
	> 2 Sal. Mínimo	174	2,9%			
Renda Familiar	< 2 Sal. Mínimo	289	2,8%	1,13	0,47- 2,73	0,78
	> 2 Sal. Mínimo	489	2,5%			

Teste Utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

As variáveis relacionadas com a cobertura do PSF na cidade e na unidade de saúde, bem como, o contato com o programa e visita do ACS (Tabela 21) demonstraram significância estatística, isto é, comportaram-se como fatores protetores, os pacientes tinham maior adesão ao tratamento ao entrarem em contato com o PSF. O tratamento supervisionado também se comportou como protetor para a adesão, os que eram supervisionados aderiram mais. A variável mais significativa para não-adesão, foi em relação ao tempo de duração das consultas, as consultas inferiores há 15 minutos foram estatisticamente significante, os que tiveram consultas por menos de 15 minutos tiveram três vezes mais frequência de não-adesão.

Tabela 21 – Associação entre variáveis preditoras e não adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) referente unidade de saúde, PSF, TS, tempo de consulta em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e Entorno, 2006 -2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER *
US é a mais próxima de casa	Sim	600	2,2%	0,70	0,29 – 1,67	0,41
	Não	258	3,1%			
US é a que prefere ser atendido	Sim	800	2,5%	1,52	0,21 -11,17	0,55
	Não	61	1,6%			
Existe PSF no local em que mora	Sim	704	1,4%	0,21	0,09 – 0,48	0,00038
	Não/Não sei	159	6,9%			
Presença do PSF na US em que é atendido	Sim	715	1,1%	0,12	0,05 – 0,30	0,0000033
	Não/Não sei	145	9,0%			

Continuação da Tabela 21 – Associação entre variáveis preditoras e não adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) referente unidade de saúde, PSF, TS, tempo de consulta em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e Entorno, 2006 -2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER *																																														
Já teve contato com o PSF	Sim	643	1,1%	0,17	0,07 – 0,42	0,000011																																														
	Não	219	6,4%				Já recebeu a visita do PSF através do Agente Comunitário de Saúde	Sim	377	1,1%	0,30	0,10 – 0,89	0,020	Não	483	3,5%	Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 -13,61	0,56	Boa	306	1,0%	Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 – 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 -19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 – 7,86
Já recebeu a visita do PSF através do Agente Comunitário de Saúde	Sim	377	1,1%	0,30	0,10 – 0,89	0,020																																														
	Não	483	3,5%				Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 -13,61	0,56	Boa	306	1,0%	Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 – 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 -19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 – 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%						
Como descreveria essa visita	Ruim	71	1,4%	1,44	0,15 -13,61	0,56																																														
	Boa	306	1,0%				Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 – 0,97	0,034	Não	379	3,7%	Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 -19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 – 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																
Quando toma os medicamentos é supervisionado	Sim	481	1,5%	0,39	0,16 – 0,97	0,034																																														
	Não	379	3,7%				Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 -19,69	0,38	Agente de saúde/outros	149	0,7%	Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 – 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																										
Supervisionado por quem	Família	321	1,6%	2,32	0,27 -19,69	0,38																																														
	Agente de saúde/outros	149	0,7%				Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 – 7,86	0,0044	> 15 minutos	578	1,4%																																				
Tempo de Consulta	< 15 minutos	285	4,6%	3,30	1,38 – 7,86	0,0044																																														
	> 15 minutos	578	1,4%																																																	

Teste Utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

Entre as variáveis descritas em relação ao conhecimento sobre a doença, comorbidades, dificuldades encontradas e satisfação com o serviço (Tabela 22). Os efeitos adversos dos medicamentos mostraram-se associados estatisticamente com a não-adesão, os pacientes que os descreveram tiveram quase quatro vezes mais chances de abandonarem o tratamento. Enquanto que as informações que obtiveram pelos profissionais do serviço de saúde sobre o tempo que deveriam tomar a medicação e sobre as interações com outros fármacos mostraram-se associadas como fatores protetores para a adesão ao tratamento. Nenhuma outra variável mostrou-se significativa como preditora de não-adesão.

Tabela 22 – Associação entre variáveis preditoras (conhecimentos sobre a doença, co-morbidades, dificuldades para tomadas e níveis de satisfação) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
Sabe o nome da sua doença	Sim	854	2,3%	0,16	0,03 – 1,06	0,15
	Não	7	14,3%			

Continuação da Tabela 22 – Associação entre variáveis preditoras (conhecimentos sobre a doença, co-morbidades, dificuldades para tomadas e níveis de satisfação) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																																																																																																										
Sabe como ela é transmitida	Sim	814	2,3%	0,57	0,14 – 2,39	0,33																																																																																																										
	Não	49	4,1%				Sabe se tem cura	Sim	846	2,4%	0,40	0,06 – 2,83	0,34	Não	17	5,9%	Sabe a duração do tratamento	Sim	839	2,3%	0,25	0,06 – 1,00	0,09	Não	22	9,1%	Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 – 3,39	0,50	Não	67	3,0%	Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 – 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 – 3,68	0,29	Não/Não sabe	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 – 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação (efeitos adversos)	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 – 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---
Sabe se tem cura	Sim	846	2,4%	0,40	0,06 – 2,83	0,34																																																																																																										
	Não	17	5,9%				Sabe a duração do tratamento	Sim	839	2,3%	0,25	0,06 – 1,00	0,09	Não	22	9,1%	Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 – 3,39	0,50	Não	67	3,0%	Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 – 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 – 3,68	0,29	Não/Não sabe	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 – 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação (efeitos adversos)	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 – 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%						
Sabe a duração do tratamento	Sim	839	2,3%	0,25	0,06 – 1,00	0,09																																																																																																										
	Não	22	9,1%				Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 – 3,39	0,50	Não	67	3,0%	Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 – 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 – 3,68	0,29	Não/Não sabe	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 – 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação (efeitos adversos)	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 – 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																
Pode ter essa doença novamente	Sim	788	2,4%	0,81	0,19 – 3,39	0,50																																																																																																										
	Não	67	3,0%				Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 – 4,05	0,65	Não	775	2,5%	Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 – 3,68	0,29	Não/Não sabe	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 – 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação (efeitos adversos)	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 – 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																										
Já teve TB antes	Sim	85	2,4%	0,96	0,23 – 4,05	0,65																																																																																																										
	Não	775	2,5%				Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 – 3,68	0,29	Não/Não sabe	676	2,2%	Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 – 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação (efeitos adversos)	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 – 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																				
Tem outras doenças	Sim	187	3,2%	1,45	0,57 – 3,68	0,29																																																																																																										
	Não/Não sabe	676	2,2%				Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 – 0,62	0,015	Não	42	9,5%	Sente desconforto com a medicação (efeitos adversos)	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 – 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																														
Sabe por quanto tempo deverá tomar a medicação	Sim	819	2,1%	0,22	0,08 – 0,62	0,015																																																																																																										
	Não	42	9,5%				Sente desconforto com a medicação (efeitos adversos)	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 – 10,14	0,0050	Não	464	1,1%	Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																								
Sente desconforto com a medicação (efeitos adversos)	Sim	396	4,0%	3,75	1,39 – 10,14	0,0050																																																																																																										
	Não	464	1,1%				Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047	Não	92	7,6%	Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																		
Foi informado sobre a interação medicamentosa dos medicamentos anti-TB	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047																																																																																																										
	Não	92	7,6%				Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20	Não	336	3,3%	Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																												
Sabe o que acontece se parar de tomar a medicação	Sim	522	1,9%	0,59	0,25 – 1,36	0,20																																																																																																										
	Não	336	3,3%				Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42	Bom	718	2,6%	Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																																						
Nível de Satisfação com o serviço	Ruim	20	5,0%	1,89	0,27 – 13,43	0,42																																																																																																										
	Bom	718	2,6%				Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																																																
Nível de satisfação com o acolhimento	Pouco/Nada	35	0,0%	---	---	0,41																																																																																																										
	Muito/Extremamente	799	2,5%																																																																																																													

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

Em relação à oferta de serviços na unidade de saúde (Tabela 23), o oferecimento do teste anti-HIV, a orientação familiar sobre a doença e solicitação de exames dos comunicantes, as informações sobre a importância das tomadas regulares dos medicamentos, bem como sobre as interações medicamentosas, a

realização do exame baciloscópico de escarro de retorno, a existência de interconsultas com outros profissionais que não os do PCT, e a compreensão das orientações fornecidas pelo serviço de saúde, foram variáveis que se mostraram associadas como fatores protetores para adesão ao tratamento. Para aqueles que não tiveram a disponibilidade de algum membro da equipe para dirimir alguma dúvida em relação ao tratamento, teve alta significância estatística, aumentando em aproximadamente oito vezes mais a frequência de não-adesão ao tratamento.

Tabela 23 – Associação entre variáveis preditoras (informação e oferta de serviços) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
Recebeu informações sobre a doença nesta US	Sim	794	2,6%	---	----	0,17
	Não	69	0,0%			
Foi informado sobre o tempo de duração do tratamento	Sim	843	2,3%	0,23	0,06 – 0,90	0,08
	Não	20	10,0%			
Foi informado sobre a forma de transmissão da TB	Sim	820	2,3%	0,50	0,12 – 2,07	0,28
	Não	43	4,7%			
A família foi orientada sobre a doença e sobre os exames dos comunicantes	Sim	826	2,2%	0,23	0,07 – 0,75	0,039
	Não	32	9,4%			
Foi informado sobre a importância de tomar os medicamentos regularmente	Sim	852	2,2%	0,12	0,03 – 0,46	0,027
	Não	11	18,2%			
Foi informado sobre os efeitos adversos dos medicamentos	Sim	818	2,2 %	0,33	0,10 – 1,08	0,09
	Não/Não sabe	45	6,7%			
Foi informado sobre a importância de comparecer todo mês na US	Sim	853	2,3%	0,23	0,03 – 1,58	0,21
	Não	10	10,0%			
Foi informado sobre a interação dos medicamentos anti-tuberculosos	Sim	750	1,9%	0,25	0,10 – 0,59	0,0047
	Não	92	7,6%			
Foi oferecido o teste anti-HIV	Sim	800	2,0%	0,24	0,09 – 0,62	0,011
	Não	59	8,5%			

Continuação da Tabela 23 – Associação entre variáveis preditoras (informação e oferta de serviços) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
A cada retorno à US foi solicitado o controle do exame de escarro	Sim	708	1,8%	0,30	0,13 – 0,72	0,010
	Não	132	6,1%			
Há outros tipos de consultas que não a médica	Sim	337	0,9%	0,26	0,08 – 0,87	0,018
	Não	523	3,4%			
Você compreendeu a orientação que lhe foi dada	Sim	838	2,0%	0,13	0,05 – 0,35	0,0023
	Não/Em parte	25	16,0%			
Com que frequência pode contar com alguém da equipe de saúde para tirar dúvidas	Não/Em parte	18	16,7%	7,80	2,52 – 24,12	0,0080
	Sempre	842	2,1%			

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

Das variáveis citadas (Tabela 24) somente a realização dos exames entre os familiares dos pacientes teve associação estatística funcionando como fator de proteção contra a não-adesão. Nenhuma das outras se mostrou estatisticamente significativa como preditora de não-adesão.

Tabela 24 – Associação entre variáveis preditoras (apoio familiar) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER
Alguém da sua família sabe da sua doença	Sim	837	2,5%	—	—	0,59
	Não	21	0,0%			
Sua família sabe como ela é transmitida	Sim	814	2,5%	1,06	0,15 – 7,69	0,71
	Não	43	2,3%			
Os membros da sua família fizeram exames com a descoberta da sua doença	Sim	772	1,9%	0,27	0,11 – 0,68	0,012
	Não	84	7,1%			
Enfrentou algum tipo de problema com a sua família, amigos ou colegas de trabalho	Sim	87	4,6%	2,09	0,72 – 6,07	0,15
	Não	773	2,2%			

Continuação da Tabela 24 – Associação entre variáveis preditoras (apoio familiar) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER																
Recebe apoio da sua família com relação às suas necessidades	Sim	824	2,4%	0,85	0,12 – 6,15	0,58																
	Não	35	2,9%				Recebe apoio da família com relação à doença, período de tratamento e tomada da medicação	Sim	799	2,5%	1,48	0,20 -10,81	0,56	Não	59	1,7%	Está satisfeito com o apoio eu recebo da família	Não	76	1,3%	0,51	0,07 – 3,78
Recebe apoio da família com relação à doença, período de tratamento e tomada da medicação	Sim	799	2,5%	1,48	0,20 -10,81	0,56																
	Não	59	1,7%				Está satisfeito com o apoio eu recebo da família	Não	76	1,3%	0,51	0,07 – 3,78	0,43	Sim	781	2,6%						
Está satisfeito com o apoio eu recebo da família	Não	76	1,3%	0,51	0,07 – 3,78	0,43																
	Sim	781	2,6%																			

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e Teste Exato de Fisher quando recomendado

Das variáveis relacionadas com o suporte social amigos (Tabela 25) nenhuma se mostrou estatisticamente significativa como preditora de não-adesão.

Tabela 25 – Associação das variáveis preditoras (apoio de amigos) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER *																																				
Seus amigos sabem da sua doença	Sim	785	2,5%	1,91	0,26 -14,04	0,43																																				
	Não	75	1,3%				Recebe apoio dos amigos com relação à doença, período de tratamento e tomada da medicação	Sim	693	2,3%	0,64	0,22 – 1,88	0,29	Não	111	3,6%	Está satisfeito com o apoio eu recebo dos amigos	Sim	132	3,8%	1,69	0,62 – 4,56	0,22	Não	668	2,2%	Há outras pessoas que apóiam você quando precisa falar da sua saúde	Sim	472	3,2%	2,04	0,80 – 5,22	0,12	Não	386	1,6%	Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 – 5,22
Recebe apoio dos amigos com relação à doença, período de tratamento e tomada da medicação	Sim	693	2,3%	0,64	0,22 – 1,88	0,29																																				
	Não	111	3,6%				Está satisfeito com o apoio eu recebo dos amigos	Sim	132	3,8%	1,69	0,62 – 4,56	0,22	Não	668	2,2%	Há outras pessoas que apóiam você quando precisa falar da sua saúde	Sim	472	3,2%	2,04	0,80 – 5,22	0,12	Não	386	1,6%	Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 – 5,22	0,23	Não	702	2,1%						
Está satisfeito com o apoio eu recebo dos amigos	Sim	132	3,8%	1,69	0,62 – 4,56	0,22																																				
	Não	668	2,2%				Há outras pessoas que apóiam você quando precisa falar da sua saúde	Sim	472	3,2%	2,04	0,80 – 5,22	0,12	Não	386	1,6%	Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 – 5,22	0,23	Não	702	2,1%																
Há outras pessoas que apóiam você quando precisa falar da sua saúde	Sim	472	3,2%	2,04	0,80 – 5,22	0,12																																				
	Não	386	1,6%				Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 – 5,22	0,23	Não	702	2,1%																										
Com que frequência pode contar com alguém para levá-lo ao médico	Sim	106	3,8%	1,77	0,60 – 5,22	0,23																																				
	Não	702	2,1%																																							

Continuação da Tabela 25 – Associação das variáveis preditoras (apoio de amigos) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER *
Com que frequência pode contar com alguém para cuidar de seus filhos ou seus pais quando tem consulta	Sim	76	0,0%	—	—	0,13
	Não	727	2,8%			
Com que frequência pode contar com apoio de alguém em situações financeiras	Sim	123	3,3%	1,47	0,50 – 4,37	0,32
	Não	680	2,2%			

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e Teste Exato de Fisher quando recomendado

Das variáveis sobre qualidade de vida (Tabela 26) mostraram-se estatisticamente significante para a não-adesão as seguintes variáveis: a interferência do estado emocional em relação às tarefas cotidianas, os que se perceberam deprimidos devido à doença e impedidos de levar uma vida normal com suas tarefas diárias tiveram seis vezes mais probabilidades de não aderirem o tratamento do que os que não se sentiram afetados ou abalados emocionalmente o fato de sentir-se otimista em relação ao futuro também se mostrou associado sendo que os que não se sentiam otimistas, que estavam sem esperanças, tiveram frequência duas vezes mais para a não-adesão. Igualmente foram verificados em relação ao lazer, entre os que não tiveram vontade de ter uma atividade relaxante, de sair para divertir-se, elevaram em duas vezes mais a frequência para a não-adesão. As demais variáveis não se mostraram associadas estatisticamente como preditoras de não-adesão.

Tabela 26 – Associação entre variáveis preditoras (qualidade de vida e hábitos) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER *
Você acha que sua situação física impede de fazer o que você precisa	Sim	62	4.8%	2,13	0,65 -7,05	0,18
	Não	794	2.3%			
Você acha que sua situação emocional impede de fazer o que você precisa	Sim	38	13.2%	6,73	2,60 -17,40	0,0015
	Não	818	2.0%			

Continuação da Tabela 26 – Associação entre variáveis preditoras (qualidade de vida e hábitos) e não-adesão ao tratamento para tuberculose (comprimidos semanais) em pacientes inscritos nas unidades de saúde do DF e municípios do entorno, 2006-2008

Variáveis	Categorias	n	% Não Adesão	RP	IC 95%	Valor p M-H / FISHER *																																																																												
Você se sente otimista em relação ao seu futuro	Não	154	5.2%	2,81	1,18 -6,65	0,022																																																																												
	Sim	702	1.9%				Você se sente sozinho em sua vida	Sim	83	1.2%	0,49	0,07– 3,60	0,40	Não	769	2.5%	Capacidade de lazer	Não	328	3.7%	2,40	0,99 -5,80	0,045	Sim	524	1.5%	Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3.4%	2,06	0,85– 4,99	0,10	Sim	484	1.7%	Sentimentos Negativos	Sim	63	4.8%	2,10	0,64 – 6,94	0,19	Não	794	2.3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2.6%	1,86	0,68 -5,07	0,21	Não	424	1.4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2.0%	0,75	0,25 -2,20	0,59	Não	611	2.6%	Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1.3%	0,51	0,07 -3,72	0,42	Não	779	2.6%	Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51
Você se sente sozinho em sua vida	Sim	83	1.2%	0,49	0,07– 3,60	0,40																																																																												
	Não	769	2.5%				Capacidade de lazer	Não	328	3.7%	2,40	0,99 -5,80	0,045	Sim	524	1.5%	Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3.4%	2,06	0,85– 4,99	0,10	Sim	484	1.7%	Sentimentos Negativos	Sim	63	4.8%	2,10	0,64 – 6,94	0,19	Não	794	2.3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2.6%	1,86	0,68 -5,07	0,21	Não	424	1.4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2.0%	0,75	0,25 -2,20	0,59	Não	611	2.6%	Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1.3%	0,51	0,07 -3,72	0,42	Não	779	2.6%	Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51	0,54	Três ou mais	792	2,5%						
Capacidade de lazer	Não	328	3.7%	2,40	0,99 -5,80	0,045																																																																												
	Sim	524	1.5%				Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3.4%	2,06	0,85– 4,99	0,10	Sim	484	1.7%	Sentimentos Negativos	Sim	63	4.8%	2,10	0,64 – 6,94	0,19	Não	794	2.3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2.6%	1,86	0,68 -5,07	0,21	Não	424	1.4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2.0%	0,75	0,25 -2,20	0,59	Não	611	2.6%	Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1.3%	0,51	0,07 -3,72	0,42	Não	779	2.6%	Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51	0,54	Três ou mais	792	2,5%																
Você está satisfeito com sua vida sexual	Não	352	3.4%	2,06	0,85– 4,99	0,10																																																																												
	Sim	484	1.7%				Sentimentos Negativos	Sim	63	4.8%	2,10	0,64 – 6,94	0,19	Não	794	2.3%	Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2.6%	1,86	0,68 -5,07	0,21	Não	424	1.4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2.0%	0,75	0,25 -2,20	0,59	Não	611	2.6%	Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1.3%	0,51	0,07 -3,72	0,42	Não	779	2.6%	Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51	0,54	Três ou mais	792	2,5%																										
Sentimentos Negativos	Sim	63	4.8%	2,10	0,64 – 6,94	0,19																																																																												
	Não	794	2.3%				Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2.6%	1,86	0,68 -5,07	0,21	Não	424	1.4%	Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2.0%	0,75	0,25 -2,20	0,59	Não	611	2.6%	Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1.3%	0,51	0,07 -3,72	0,42	Não	779	2.6%	Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51	0,54	Três ou mais	792	2,5%																																				
Caso não faça uso atualmente, já fez uso de bebida alcoólica	Sim	380	2.6%	1,86	0,68 -5,07	0,21																																																																												
	Não	424	1.4%				Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2.0%	0,75	0,25 -2,20	0,59	Não	611	2.6%	Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1.3%	0,51	0,07 -3,72	0,42	Não	779	2.6%	Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51	0,54	Três ou mais	792	2,5%																																														
Caso não faça uso atualmente, você já fumou	Sim	205	2.0%	0,75	0,25 -2,20	0,59																																																																												
	Não	611	2.6%				Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1.3%	0,51	0,07 -3,72	0,42	Não	779	2.6%	Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51	0,54	Três ou mais	792	2,5%																																																								
Caso não faça uso atualmente, você já fez uso de outras drogas	Sim	77	1.3%	0,51	0,07 -3,72	0,42																																																																												
	Não	779	2.6%				Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51	0,54	Três ou mais	792	2,5%																																																																		
Quantas refeições faz por dia	Menos de três	30	3,3%	1,32	0,18 -9,51	0,54																																																																												
	Três ou mais	792	2,5%																																																																															

Teste utilizado: Chi-quadrado Mantel-Haenszel e Teste Exato de Fisher quando recomendado

ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA