

¿EL TRATAMIENTO CON SUPERVISIÓN DIRECTA (“DOTS”) CONTRIBUYE PARA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS?

Maria Fernanda Terra¹
Maria Rita Bertolozzi²

Se trata de un estudio cualitativo realizado bajo el marco teórico de la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud Enfermedad y el concepto de Adhesión. El objetivo fue analizar los significados de la DOTS en la adhesión al tratamiento de la tuberculosis, según la visión de profesionales de la salud de la Supervisión Técnica de la salud del Butantã de la Secretaría de la salud del Municipio de San Pablo. El proyecto fue sometido al Comité de Ética. Se entrevistaron la totalidad de los profesionales (22 personas) que desarrollaban la DOTS incluyendo coordinadores de servicios, profesionales asistenciales y el coordinador de la DOTS en la región. Se analizaron las declaraciones según la técnica de análisis de discurso apropiada. Los resultados apuntan que la estrategia presenta más potencialidad que límites y es efectiva en la adhesión, por permitir acoger y monitorear el enfermo considerando sus necesidades. Se apunta la importancia de ampliar el entendimiento de la adhesión, más allá de la ingestión de la medicación, integrando el cuidado del enfermo a partir de sus necesidades, trascendiendo aquellas restrictas a la dimensión biológica.

DESCRIPTORES: tuberculosis; epidemiología; terapia por observación directa

DOES DIRECTLY OBSERVED TREATMENT (“DOTS”) CONTRIBUTE TO TUBERCULOSIS TREATMENT COMPLIANCE?

This is a qualitative study performed in the theoretical framework of the Theory of Social Determination of the Health-Disease process and the concept of Compliance. The goal was to analyze meanings of DOTS in compliance with tuberculosis treatment, according to healthcare professionals of the Technical Healthcare Supervision of Butantã (SUVIS), a region of the São Paulo City Healthcare Secretariat, Brazil. The project was submitted to the Ethics Committee of the São Paulo Municipal Health Secretariat. All professionals (22 people) developing DOTS were interviewed, including service coordinators, healthcare professionals and the DOTS coordinator for the region. The statements were analyzed with an appropriate technique for discourse analysis. The results appoint that the strategy presents more potentialities than limits and is effective regarding compliance, since it allows the professionals to welcome and monitor the patients, considering their needs. The importance of increasing the understanding of compliance is also noted, so that it can go beyond the simple intake of medication, integrating the care for the sick person and his or her necessities by transcending those restricted to the biological dimension.

DESCRIPTORS: tuberculosis; epidemiology; directly observed therapy

O TRATAMENTO DIRETAMENTE SUPERVISIONADO (DOTS) CONTRIBUI PARA A ADESAO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE?

Estudo qualitativo, realizado sob o marco teórico da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde Doença e conceito Adesão. O objetivo foi analisar significados da DOTS na adesão ao tratamento da tuberculose, segundo profissionais de saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética. Entrevistou-se a totalidade dos profissionais (22 pessoas) que desenvolviam DOTS, incluindo coordenadores de serviços, profissionais assistenciais e coordenador da DOTS na região. Analisou-se os depoimentos, segundo a técnica de análise de discurso apropriada. Os resultados apontam que a estratégia apresenta mais potencialidades do que limites e efetividade na adesão, por permitir acolher e monitorar o doente considerando suas necessidades. Aponta-se a importância da ampliação do entendimento da adesão para além da ingestão da medicação, integrando o cuidado do doente a partir de suas necessidades, transcendendo aquelas restritas à dimensão biológica.

DESCRIPTORES: tuberculose; epidemiologia; terapia diretamente observada

¹ Enfermera, Maestra en Enfermería, e-mail: mfterra@gmail.com; ² Enfermera, Profesor Libre Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El estudio integra la línea de investigación que utiliza la categoría analítica *adhesión*, una de las vertientes del Grupo de Investigación del CNPq "Adhesión, necesidades y vulnerabilidad en Salud Colectiva". Algunos estudios⁽¹⁻³⁾ apuntan que la adhesión al tratamiento extrapola el abordaje que reduce las necesidades de la salud a los aspectos clínicos y biológicos, especialmente cuando se trata de la tuberculosis, que está directamente asociada a la estructuración social. La inserción de las personas en la sociedad determina las condiciones que la fortalecen o la limitan ante la vida; y las desigualdades sociales vuelven a los individuos vulnerables al desarrollo de la enfermedad⁽⁴⁻⁵⁾. Uno de los principales problemas que vuelve más complejo el problema de la enfermedad tiene que ver con el abandono del tratamiento, con serias repercusiones en el escenario epidemiológico. Hay una variedad importante de contribuciones científicas que apuntan que el abandono está asociado a ciertos comportamientos, como la infección concomitante por el VIH y la historia de tratamiento anterior de la tuberculosis⁽⁴⁻⁷⁾. Sin embargo, es necesario considerar que la adhesión al tratamiento trasciende a la clínica tradicional y está relacionada a la forma como el paciente concibe la enfermedad, a como vive, y a la organización de los servicios de salud⁽¹⁻²⁾.

La situación mundial de la tuberculosis determinó que, en 1993, la Organización Mundial de la Salud recomendase la implementación de la DOTS, buscando garantizar la adhesión al tratamiento. Un estudio⁽⁸⁾ presenta que la cantidad de publicaciones internacionales supera a las publicaciones nacionales; entre tanto las mismas presentan similitudes como analizar bajo la óptica de múltiples causas (buscando factores sin atribuir jerarquías para determinar la enfermedad), y, en relación con el éxito o fracaso del tratamiento.

La tuberculosis es uno de los ejemplos consagrados que pone en evidencia la producción social de la enfermedad. En un país como Brasil, hay que considerar la magnitud de las desigualdades sociales que vuelven vulnerables a los individuos al desarrollo de la tuberculosis. En el Municipio de San Pablo, en particular, se verifica un vacío importante en términos de investigaciones, hecho que justificó el desarrollo del presente estudio. En este sentido, se buscó identificar los significados de la DOTS, según

los profesionales de la salud que actuaban junto a la SUVIS del Butanta-SP, con la finalidad de comprender sus límites y potencialidades en la adhesión al tratamiento.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo, que tiene como materia prima las declaraciones de profesionales de la salud que actuaban en el ámbito gerencial o asistencial junto al Programa de Control de la Tuberculosis. El análisis del objeto de estudio, la operacionalización de la DOTS, y su impacto en el proceso de adhesión al tratamiento, se guió con el marco teórico de la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud Enfermedad que considera la enfermedad como una parte de la totalidad del proceso social y en el concepto de *adhesión*. La autora propone que la adhesión trasciende el acto de ingerir el medicamento, y se relaciona directamente al lugar ocupado por el individuo en el proceso de producción y reproducción social, en la medida en que de este provienen condiciones favorables o limitantes para hacer efectivo el mantenimiento de la terapéutica⁽¹⁻²⁾. Además, se refiere a la concepción de salud-enfermedad que presentan los individuos portadores de la enfermedad, así como a aspectos que se refieren a la organización de los servicios de salud.

El proyecto fue sometido a la apreciación del Comité de Ética de la Secretaría de la salud del Municipio de San Pablo, habiendo sido obtenida la autorización para la realización del estudio junto a la SUVIS del Butanta, San Pablo. Los datos fueron recolectados por medio de un guión semiestructurado de entrevista, que antes de aplicarlo fue sometido a una prueba; se grabaron las declaraciones y fueron transcritas en su totalidad. Se utilizó la técnica de análisis de discurso para descodificar el material empírico, y de las declaraciones fueron desprendidas frases temáticas⁽⁹⁻¹⁰⁾. Fueron entrevistados todos los profesionales que actuaban junto a la DOTS en la región de la SUVIS Butanta, contemplando 22 sujetos: 9 coordinadores (gerentes) de Unidades Básicas de la salud (UBS), 13 profesionales de la salud que actuaban junto a la asistencia: 3 médicos, 5 enfermeras, y 5 auxiliares de enfermería, además del Coordinador del Programa de Control de la Tuberculosis y DOTS de la SUVIS del Butanta. Las entrevistas fueron realizadas en el período de mayo

a julio de 2006. El escenario del estudio fue compuesto por 7 UBS de la SUVIS Butanta.

RESULTADOS

De la totalidad de los sujetos, 18 eran del sexo femenino y 4 del sexo masculino. En cuanto al intervalo de edad de los investigados, dos estaban entre 21 y 30 años, 5 entre 31 y 40, 5 entre 41 y 50, ocho entre 51 y 60, y dos sobre los 61 años. Entre los 9 coordinadores (gerentes) de UBS, 8 eran del sexo femenino y solamente un profesional tenía menos de 40 años. Apenas 3 coordinadores declararon no haber recibido entrenamiento específico para actuar con tuberculosis. Entre los 13 profesionales de la salud que desarrollaban la asistencia directa a los enfermos, 11 eran del sexo femenino. Los 3 médicos declararon haber recibido entrenamiento, y todos tenían grado de especialista en salud pública. Entre las 5 enfermeras, apenas una declaró tener experiencia y formación en esa misma área. En cuanto las demás declararon que el aprendizaje fue resultado de la práctica diaria en el servicio, o por orientaciones prestadas por la SUVIS del Butanta, San Pablo. Los 5 auxiliares de enfermería negaron haber recibido entrenamiento para la operacionalización de la DOTS, pero si afirmaron recibir supervisión en servicio por la enfermera de la UBS.

Del análisis de las declaraciones surgieron frases temáticas que se presentan sintetizadas a continuación. Por considerar que, en algunos casos, la expresión manifestada por los sujetos ilustra de forma efectiva la presentación de lo encontrado, se conservó la declaración que aparece en *italico*.

Los significados sobre el Tratamiento con Supervisión (TS)

Los coordinadores de UBS y Coordinador del PCT y DOTS en la región

El TS es considerado como una *estrategia eficiente* para controlar las dificultades de la baja adhesión en el tratamiento de la tuberculosis, y como una inversión para aumentar las tasas de cura y disminuir el abandono. En cuanto a su significado, se mencionó que se refiere a: *ver, controlar y observar* la ingestión de la medicación, *garantizar* la adhesión al tratamiento; hacer posible romper la cadena de

transmisión, alcanzar la cura, además de evitar *consecuencias* del tratamiento incorrecto, *acompañar a los comunicantes*, abordar dificultades en el tratamiento, disminuir la resistencia a los medicamentos, *organizar el servicio* de la salud, y permitir que todos hablen *la misma lengua*.

En cuanto a la indicación del TS, el profesional de la salud es quien define los enfermos que serán mantenidos bajo esta estrategia que, generalmente, es recomendada a los pacientes que presentan recidiva de la enfermedad, abandono del tratamiento anterior, y a los pacientes que dan *trabajo*. Entretanto, se encontraron declaraciones que apuntan que el TS debe ser ofrecido a todos los enfermos. Por otro lado, algunos consideran que el TS no permite la autonomía del paciente. Inclusive así, se encontró mención de que, debido a la situación actual de la tuberculosis, debe ser *obligatorio y prioritario*, en la UBS, que los pacientes *decidan* como el tratamiento puede ser realizado.

En cuanto a la frecuencia del TS, algunos sujetos apuntaron que era realizado diariamente. Con respecto a esto, varios sujetos declararon que el TS asume características *policiales*, afectando la privacidad del enfermo. Algunos coordinadores recomendaron que debería ser realizado semanalmente, o a cada dos o tres días.

Los profesionales asistenciales

Las declaraciones de estos sujetos revelan que la DOTS significa *ver, cobrar*, garantizar la adhesión, evitar el abandono, garantizar la cura, controlar la transmisión de la tuberculosis y que es un momento en el que se puede crear un vínculo. En cuanto a la indicación de la DOTS, se declaró que debería ser obligatorio a todos. Otros profesionales mencionaron que deben ser indicados apenas los *rebeldes, complicados, complejos, sin conciencia* de la enfermedad y a los resistentes a los medicamentos. Las declaraciones apuntan que operacionalizar la DOTS significa orientar al enfermo y a la familia sobre el tratamiento y la gravedad de la enfermedad.

El papel del equipo de la salud, además de la supervisión de la ingestión de la medicación, significa acoger y acompañar al paciente durante el proceso terapéutico. En cuanto al local a ser realizada el TS, hubo alusión de que puede ocurrir en la UBS o en el domicilio, habiéndose apuntado la UBS como el local apropiado, por disponer de un buen espacio físico.

En cuanto a la periodicidad del TS, se mencionó que, en algunas UBS se realiza diariamente, de preferencia en el período de la mañana. En otras Unidades, el TS es realizado tres veces por semana. Conforme indican las declaraciones, las UBS presentan diferentes maneras en la operacionalización del TS, intentando atender las necesidades de los enfermos.

Se apuntó que los enfermos se *comprometen* con la DOTS y, cuando es posible, también lo hacen los miembros de la familia, siendo que estos últimos quedan responsables por la supervisión de la ingestión de la medicación en los fines de semana. Se mencionó que, cuando el enfermo no comparece al TS, el equipo de la salud entra en contacto con el mismo o con la familia, vía teléfono, o por visita a domicilio de los Agentes Comunitarios de la salud, o por el equipo de enfermería.

Los incentivos ofrecidos a los enfermos bajo la DOTS son importantes para la adhesión al tratamiento. Se mencionó que los *pacientes diferenciados*, o sea, aquellos que presentan una *mejor condición socio-económica*, no reciben la ayuda económica básica.

En cuanto a las limitaciones apuntadas sobre la DOTS, hubo referencia a que la estrategia es burocrática, que no es ofrecida por la totalidad de los profesionales de la salud, que falta conocimiento sobre la estrategia entre los profesionales de la salud y es irregular la entrega de los incentivos, lo que trae problemas en las relaciones entre profesionales de la salud, enfermo y los familiares, una vez que se imputa a estos últimos esa falla. Además, se apuntó que el TS no posibilita que el enfermo se responsabilice por su tratamiento, quedando ese encargo con el equipo de la salud, que, por lo tanto, estaría *cargando* al enfermo.

DISCUSIÓN

De manera general, las interpretaciones de los coordinadores de las UBS, así como de los profesionales de la salud que realizan la DOTS en las UBS, no difieren. En las declaraciones, se menciona que la DOTS apoya la adhesión al tratamiento, reconociendo que no es suficiente para superar el problema de la tuberculosis.

La DOTS, al posibilitar el seguimiento continuado del enfermo, permite que se establezca una relación con el profesional de la salud, que se

refleja, inclusive, en el hecho de que el paciente se siente acogido al presentar alguna queja y encontrar un acceso más fácil junto a los profesionales de salud.

Se apunta que la manutención de altas tasas de adhesión al tratamiento por el enfermo es proveniente de la DOTS y del empeño de los profesionales de la salud en mantener una comunicación adecuada con los enfermos⁽¹¹⁾. En esa línea, el proceso de comunicación no se encierra en una lógica rectilínea, más bien presupone el canal abierto para escuchar. De ahí el hecho de que el TS no se restringe a la observación de la ingestión de la medicación, y si se amplía para escuchar y compartir las necesidades⁽²⁾.

Conforme las declaraciones que presentaron al TS, se interpreta a este como una actividad que "asegura" la manutención del tratamiento y que debe ser mantenida en la UBS, dato que no repercute negativamente en su dinámica, a pesar de requerir una infraestructura que actualmente se presenta precaria. Las declaraciones también revelan que el TS es una práctica que se inicia en la recepción del enfermo, y que se continúa con la observación de la ingestión de la medicación, permitiendo el establecimiento de un vínculo entre el profesional de la salud y el enfermo. Además de esto, el TS es aprendido, por los profesionales de la salud, como una estrategia que torna la UBS más *acogedora*, ya que posibilita un contacto próximo con el enfermo, además de crear una relación entre el profesional de la salud y el paciente en la que ocurre entendimiento, captura y orientación de las necesidades que emergen en la interacción entre ambos.

Se apuntó que el TS se constituye como momento oportuno para que el enfermo comparta dudas, angustias, problemas y necesidades, permitiendo la ampliación del foco terapéutico para más allá del diagnóstico médico⁽¹²⁾. El profesional de la salud puede aprovechar ese momento como un espacio para desmitificar la enfermedad, además de poder buscar fortalecer al enfermo en el enfrentamiento del proceso salud-enfermedad, estimulándolo para que ejerza su ciudadanía, o sea, el ejercicio de sus derechos⁽¹⁾.

Para los profesionales de la salud, la adhesión no es un proceso lineal; es más bien complejo y directamente relacionado al vínculo establecido entre el enfermo y el profesional. Por un lado, se mencionó que el vínculo debe provenir del profesional de la salud, y que es construido sobre la base de una

relación que posibilita la expresión de sentimientos y de necesidades por parte del enfermo. Así, la adhesión es un proceso construido en lo cotidiano: proviene del ofrecimiento del medicamento, de orientaciones, de la inserción del enfermo en el servicio, de su acceso al servicio siempre que es necesario y de la disponibilidad de un profesional que sea referencia para la atención. Por otro lado, la adhesión es amenazada cuando las prácticas de asistencia no permiten la flexibilización, por ejemplo, en términos de cambio de horario, habiéndose apuntado que prácticas rígidas del proceso de producción de servicios perjudican la ciudadanía y el ejercicio de la libertad como un derecho.

Profesionales de la salud dotados de compromiso con el trabajo en salud y con los enfermos buscan superar las dificultades presentadas por los pacientes y por el servicio, para colaborar en el proceso de adhesión. La atención a las necesidades exige una visión amplia y humanizada, que extrapole la dimensión biológica del proceso salud-enfermedad⁽¹²⁻¹⁵⁾. El equipo de la salud debe ofrecer apoyo a los enfermos y familiares en el proceso terapéutico, permitiendo que sean escuchados, así como proporcionar orientación sobre la enfermedad y medicamentos; los esquemas de tratamiento de larga duración, en general, están asociados a las dificultades en su seguimiento.

Existe una gran disponibilidad de relatos científicos que relacionan el abandono con múltiples factores en el caso de enfermedades crónico-degenerativas o en enfermedades transmisibles que requieren tratamiento continuado⁽¹⁾. Para lidiar con los problemas que se colocan en el proceso de adhesión, se recomienda interpretar la adhesión a partir de elementos cotidianos que guarden relaciones de interdependencia y subordinación. En ese sentido la adhesión, conforme el concepto en el que se basa el presente estudio debe abarcar la forma como el enfermo interpreta el propio proceso salud-enfermedad, así como la comprensión sobre su posición en el proceso de producción y de reproducción social, que va a promover potencialidades diferenciadas en términos de acceso a los elementos que componen la vida y el trabajo. Además, incorpora el entendimiento de que la organización de los servicios de la salud debe estar orientada a atender las necesidades de los enfermos⁽¹⁻²⁾.

La atención a los enfermos requiere el establecimiento de un vínculo, imprescindible para que la adhesión sea afectiva y se constituya en una oportunidad para la emancipación. En ese proceso, el enfermo vocaliza su enfermedad, lo que permite al profesional conocer la concepción del proceso salud-enfermedad del usuario, y construir estrategias que faciliten la adhesión. Además de eso, el momento en que los profesionales de la salud se disponen a conocer la situación de vida del enfermo, puede proporcionar posibilidades de enfrentamiento del proceso salud-enfermedad, fortaleciendo, inclusive, la inclusión social para determinados enfermos, principalmente teniendo en cuenta que, gran parte de los sujetos enfermos presentan precarias condiciones sociales⁽²⁾.

En el presente estudio, se apuntó la importancia de la actuación de los Agentes Comunitarios de la salud en el proceso de adhesión al tratamiento, ya que estos actúan como facilitadores, al conocer de cerca el estilo de vida de los enfermos, y se muestran más abiertos para intentar nuevas estrategias, a diferencia de lo que ocurre, raramente, con los demás profesionales de la salud, históricamente incorporados en el equipo de salud. Tales características favorecen el desarrollo del TS⁽¹³⁾.

En lo que se refiere a los incentivos que son ofrecidos a los enfermos, según los profesionales de la salud, los mismos auxilian el proceso de adhesión, principalmente en virtud de las restricciones sociales que los pacientes presentan. Sin embargo, es necesario considerar la instauración de acciones y de políticas que posibiliten la inserción social de los individuos, ya que se trata de beneficios que, coyunturalmente, apoyan el proceso, pero que no modifican la realidad de la vida^(13,16).

También en el presente estudio, se considera que los efectos colaterales de los medicamentos también influyen en la adhesión, por esa razón es importante que los profesionales de la salud estén disponibles para escuchar al enfermo y para buscar solucionar eventuales dudas⁽¹⁶⁾.

En una perspectiva que amplía el tradicional concepto de abandono al tratamiento, se recomienda que la adhesión, en el día a día de la asistencia, debe considerar los modos de vida del individuo y su dinámica familiar, además de sus creencias, opiniones y conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento⁽¹⁻²⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Las siguientes consideraciones se refieren a la realidad en donde fueron recolectados los datos, apuntándose la necesidad de no hacer generalizaciones indebidas. El análisis de las declaraciones, se guió por la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud Enfermedad presenta cuan necesario son los cambios en los modos de considerar los procesos que llevan a los individuos a enfermarse y a morir.

Los profesionales de la salud, que constituyeron la población del estudio, desarrollan el TS a partir de lo que ellos "piensan es adecuado", una vez que no hubo proceso de capacitación. Tampoco, la operacionalización de la estrategia fue objetivo de debate en las reuniones técnicas. Para estos profesionales, la DOTS significa mantener la atención ante el enfermo para que no abandone el tratamiento. Se reitera que es una estrategia eficaz para la adhesión, y que posibilita la creación de vínculo entre el profesional de la salud y el enfermo. El vínculo permite que este se sienta acogido, encontrando espacio para solucionar dudas y para "hablar" sobre su proceso terapéutico.

La operacionalización de la DOTS exige conocer las necesidades del enfermo, para que el tratamiento pueda ser adecuado, de forma que este se torne parte de la vida de la persona. Sin embargo, además del apoyo del profesional de la salud, para facilitar la adhesión al tratamiento, el enfermo necesita del respaldo familiar, que es facilitado a partir del momento en que el profesional de la salud consigue integrar algún miembro de la familia en el tratamiento. Los profesionales de la salud que más presentaron compromiso en la operacionalización de la DOTS pertenecían al equipo de enfermería.

También se verificó, que la adhesión a la DOTS es facilitada por la presencia de los incentivos, principalmente por ocasión de la instauración del proyecto terapéutico, momento en que, por lo general, el enfermo se presenta más debilitado como

consecuencia de la enfermedad. Por último, el desarrollo de este estudio hizo posible captar que, en la región de la SUVIS Butanta, la adhesión al tratamiento está directamente asociada a la DOTS. Los profesionales de la salud parecen empeñarse en ese proceso, valiéndose de una serie de estrategias, teniendo el vínculo como la base de la adhesión al tratamiento. Se reitera que la estrategia apoya la adhesión al tratamiento, sin embargo no es suficiente, cuando se analiza en base al concepto de Adhesión utilizado en este estudio como base del marco teórico de referencia⁽¹⁻²⁾. Esto se debe a que la adhesión está relacionada a los procesos de vida y de trabajo de los sujetos. Dentro de esa perspectiva, algunos profesionales de la salud defienden que es fundamental ampliar la visión sobre las necesidades de los enfermos, considerando su vida cotidiana y su importancia en el proceso terapéutico. Por último, es necesario reafirmar que el concepto de adhesión requiere que los profesionales de la salud cambien su comprensión sobre la enfermedad, así como su comprometimiento en el trabajo en salud de forma a considerar las necesidades de los individuos y de la colectividad, buscando comprender los procesos por los cuales se enferma y se muere. Para esto, los profesionales de la salud necesitan identificar las vulnerabilidades de los individuos, familias y grupos sociales que integran el territorio, para que se constituyan en el objetivo de intervenciones compartidas con la comunidad y con otros sectores sociales.

La tuberculosis debe ser considerada como una enfermedad socialmente determinada, y la adhesión al tratamiento está asociada directamente a la forma como el enfermo comprende su enfermedad. Por lo tanto, es necesario trascender la estrategia utilizada hasta ahora - ingestión de la medicación - para integrar nuevos factores como los modos de vida del individuo, su dinámica familiar, sus creencias, sus opiniones y sus conocimientos sobre la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Bertolozzi MR. A adesão ao programa de Controle de Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/ USP; 1998.

2. Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no Município de São Paulo - SP. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2005.

3. Bertolozzi MR. Pacientes com Tuberculose pulmonar no

Município de Taboão da Serra: perfil representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1991.

4. Costa JSD, Gonçalves H, Menezes AMB, Devéns E, Piva M, Gomes M, et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cad. Saúde Pública* 1998 abril-junho; 14(2): 409–15.

5. Ruffino-Netto A, Souza AMAF. Reforma do setor saúde e controle da Tuberculose no Brasil. *Informe Epidemiol do SUS* 1999 outubro-dezembro; 8(4): 35-51.

6. Deheinzelin D, Takagaki TY, Sartori AMC, Leite OHM, Amato Neto V, Carvalho CRR. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. *Rev Hosp Clin Fac. Méd. São Paulo* 1996 julho-agosto; 51(4):131-5.

7. Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustino A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2001 junho-julho; 9(6):368-74.

8. Villa TCS, Brunello MEF, Arcêncio RA, Sasaki CM, Assis EG, Cardozo-Gonzalez RI. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). *Online Brazilian Journal of Nursing, Nursing Science Training for Undergraduates*, Jan 2008 [serial online] 2008 Jan [cited 2008 Abr 16]; (7):[0]. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1098/288>.

9. Fiorin JL. Elementos de análise de discurso. São Paulo (SP): Contexto/EDUSP; 1989.

10. Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo (SP): Ática; 1991.

11. 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 Counseling* 2006 October; 63(1-2): 29-37.

12. Vendramini SHF. O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001.

13. Ruffino-Netto A, Villa TCS. Tuberculose – implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Instituto Milênio Rede TB; 2006.

14. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005 October; 9(10):1134–9.

15. Alvarez-Gordillo GC, Alvarez-Gordillo JF, Dorantes JJE, Halperin FD. Perceptions and practices of tuberculosis patients and non-adherence to therapy in Chiapas, Mexico. *Salud Pública Méx* 2000 noviembre-diciembre; 42(6):520-8.

16. Alvarez Gordillo GC, Dorantes Jiménez JE. Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar / Shortened directly observed treatment applied to the tuberculosis control program. *Salud Pública Méx* mayo-junio1998; 40(3):272-5.