



TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA VISÃO DO USUÁRIO

TREATMENT OF TUBERCULOSIS UNDER THE VIEW OF THE USER

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN LA VISIÓN DEL USUARIO

Ana Angélica Lima Dias¹, Daniela Maria Falcão de Oliveira², Ellen Cristine Ramdohr Sobrinho³, Pedro Fredemir Palha⁴, Rosely Moralez de Figueiredo⁵

Estudo clínico-qualitativo que objetivou analisar experiências de usuários que concluíram o tratamento de tuberculose no Município de São Carlos-São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados de fevereiro a setembro de 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 15 usuários. Estes foram organizados conforme a Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática. Os doentes enfrentam dificuldades para o diagnóstico e peregrinam pelos serviços de saúde; sofrem com reações decorrentes do tratamento e a supervisão da ingestão do medicamento é vista como facilitador para formação de vínculo e como dificultador na adesão. Pesquisas avaliativas relacionadas à dificuldade no estabelecimento do diagnóstico e seguimento do tratamento supervisionado devem ser realizadas para minimizar as barreiras no controle da doença.

Descritores: Tuberculose; Adesão à Medicação; Terapia Diretamente Observada; Resultado de Tratamento; Enfermagem.

Clinical-qualitative study aimed at analyzing the experiences of users who completed treatment for tuberculosis in the county of São Carlos-São Paulo, Brazil. Data were collected from February to September 2011, through semi-structured interviews, with 15 users. These were organized according to the content analysis technique, thematic modality. The patients face difficulties in being diagnosed and use different health services; they suffer with the reactions resulting from the treatment, and the supervision of drug intake is seen both as a facilitator for the formation of the link and also as a deterrent to adherence. Assessment researches related to difficulty in establishing the diagnosis and the monitoring of the supervised treatment should be made to minimize the barriers to control the disease.

Descriptors: Tuberculosis; Medication Adherence; Directly Observed Therapy; Treatment Outcome; Nursing.

Estudio clínico-cualitativo cuyo objetivo fue analizar experiencias de usuarios que concluyeron el tratamiento de la tuberculosis en São Carlos-São Paulo, Brasil. Los datos fueron recolectados de febrero a septiembre de 2011, a través de entrevistas semiestruturadas, con 15 usuarios. Estos fueron organizados de acuerdo a la técnica de análisis de contenido, modalidad temática. Los enfermos tuvieron dificultades para el diagnóstico y circulaban por servicios de salud; sufrieron con reacciones decurrentes del tratamiento, y el control de la ingestión de drogas era visto tanto con facilitador para la formación del vínculo y como impedimento para la adhesión. Investigaciones de evaluación relacionadas con la dificultad para establecer el diagnóstico y seguimiento del tratamiento supervisado deben ser llevadas a cabo para reducir al mínimo las barreras para controlar la enfermedad.

Descritores: Tuberculosis; Cumplimiento de la Medicación; Terapia por Observación Directa; Resultado del Tratamiento; Enfermería.

*Extraído da Dissertação "Vivências psicossociais de pacientes que concluíram o tratamento de TB no interior do estado de São Paulo: um estudo clínico-qualitativo", Programa Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, 2011.

¹Enfermeira, Mestre, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: anaangelica2@yahoo.com.br

²Enfermeira, Mestre, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: dmfolive@gmail.com

³Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: ellen_ramdohr@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro, Doutor, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br

⁵Enfermeira, Doutora, Professor Associado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: rosely@ufscar.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), apesar de declarada uma emergência mundial em 1993, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda está longe de ser considerada sob controle no mundo⁽¹⁾. No ano de 2011, a OMS estimou a ocorrência de 8,7 milhões de casos novos de TB no mundo, correspondendo a 125 casos/100.000 habitantes. Neste mesmo ano foram registrados 1,4 milhão de mortes por TB, o equivalente a 14 mortes/100.000 habitantes. O Brasil ocupa a 17ª posição entre os 22 países que são responsáveis por 82% de toda a incidência da doença no mundo. Neste mesmo ano, foram notificados mais de 84 mil casos da doença no Brasil⁽¹⁾. No Estado de São Paulo, foram notificados no ano de 2010, 16.290 casos novos da doença, representando uma incidência de 39,5/100.000 habitantes⁽²⁾.

Para minimizar esse problema, a OMS lançou a estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade da doença, estabelecer metas para detecção de casos novos e aumentar a cura dos tratamentos implementados⁽¹⁾.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento chave da estratégia DOTS. Entretanto, para que o TDO obtenha o sucesso esperado é necessário que este seja visto além da supervisão da ingestão de medicamentos. A complexidade envolvida no tratamento da TB exige que os serviços de saúde conheçam as necessidades dessas pessoas, permitindo que a equipe de saúde reorienta suas práticas, visando a melhoria da assistência prestada⁽³⁾. Portanto, torna-se imprescindível que se estabeleça vínculo entre o doente e o serviço de saúde, além de estratégias de reabilitação social, melhora de autoestima e qualificação profissional⁽³⁾.

Entretanto, ainda há muitos obstáculos para se atingir tais metas, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e inadequação de sua estrutura física

e organização do processo de trabalho⁽³⁾. Ademais, o próprio esquema terapêutico preconizado, que embora eficaz, pode ocasionar efeitos colaterais indesejáveis⁽⁴⁾. Diante do exposto, entende-se que conhecer a visão do indivíduo, que conseguiu transpor todas as etapas do tratamento da TB e retomou sua rotina de vida diária, é de suma importância para identificar necessidades específicas de saúde e possíveis ações que minimizem os entraves para a cura da doença. Portanto, este estudo teve como objetivo analisar as experiências desses usuários, identificando sua opinião acerca do tratamento realizado.

MÉTODO

Estudo clínico-qualitativo, que visa interpretar os significados das experiências, conscientes e inconscientes, atribuídas pelos sujeitos, diante de determinados problemas na relação saúde-doença⁽⁵⁾.

O estudo foi realizado no município de São Carlos-SP, Brasil. Este possui 220.000 habitantes, onde as ações de controle da TB são centralizadas e executadas pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do município. Quando indicado o TDO ao usuário, a supervisão é compartilhada, ou seja, o acompanhamento médico é realizado em nível central e a supervisão da tomada da medicação na unidade de saúde mais próxima.

Os sujeitos da pesquisa foram localizados no livro de registro de pacientes com TB, do PCT do município. Estes foram contatados por telefone e convidados para participarem da pesquisa. Esclareciam-se os objetivos da pesquisa e, em caso de concordância, realizava-se o agendamento da entrevista, em local e horário mais adequado para o sujeito. Portanto, a amostra do estudo foi selecionada por conveniência e seu tamanho (N=15) definido por saturação dos dados. A saturação ocorre quando nenhum outro dado relevante e novo para a pesquisa são encontrados para subsidiar a teorização

almejada, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados⁽⁵⁾.

Foram considerados critérios de inclusão: ter tratado TB pela primeira vez e no tempo previsto (seis meses), não apresentar HIV/aids e possuir idade maior que 16 anos. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no domicílio dos sujeitos, de fevereiro a setembro de 2011, gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas. Para a análise qualitativa do material utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo - modalidade Temática que permitiu organizar as falas dos entrevistados e desvendar os núcleos de sentido, para posterior codificação das falas⁽⁶⁾. Esta técnica se desdobra em três etapas: Pré-análise; Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação⁽⁶⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Parecer Nº 413/2010), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato dos sujeitos, os trechos das entrevistas foram codificados com a letra E, seguido por algarismo arábico em ordem crescente de sua realização (E1, E2,...E15).

RESULTADOS

Predominaram sujeitos do sexo masculino (80%), com a forma pulmonar da doença (80%) e mediana de 48 anos de idade, variando de 16 a 80 anos. Doze (80%) possuíam sete anos ou mais de escolaridade, nove (60%) referiram ser casados e 13 (86%) moravam com a família. Quanto à ocupação, seis estavam trabalhando, dois estavam afastados por outros problemas de saúde, quatro eram aposentados, dois estudantes e um desempregado.

Da análise das falas emergiram três categorias: dificuldade para o diagnóstico, dificuldade com a

medicação e ambivalência do tratamento supervisionado.

Na primeira categoria (Dificuldade para o diagnóstico), a dificuldade era ocasionada pela demora na suspeição da doença e não pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Os doentes buscaram os serviços de saúde mais de uma vez, apresentando sinais e sintomas característicos da doença, mas foram tratados e diagnosticados como se tivessem outras patologias. ... *No início o negócio foi diagnosticado primeiro como sinusite. ... Tomei remédio de pneumonia, duas semanas de antibióticos e não sei o que, passa e depois de uma semana a pneumonia voltou* (E15). *Disse que eu estava com câncer, falou para minha filha tudo* (E10). ... *Fiz duas vezes [radiografia], uma dor que eles não achavam nada. Ah, você não tem nada, é muscular, emocional* (E11).

Na segunda categoria (Dificuldade com a medicação) foi considerado, pela maioria dos entrevistados, que o tratamento medicamentoso era o principal dificultador na adesão ao tratamento, devido às reações adversas e à quantidade de comprimidos ingeridos. *A maior dificuldade foi ter que tomar esses remédios todos os dias. Têm uns remédios fortes, essa foi a maior dificuldade* (E4). *Engolir seis remédios todo dia, todo dia, não é fácil* (E7).

As reações advindas dos medicamentos foram tão intensas que alguns dos entrevistados a compararam como piores do que as atitudes de preconceito vivenciadas. *Para mim aquilo é uma tortura. ... O fato de o pessoal ter se afastado até que não relevei tanto, porque para mim mesmo foi a reação do remédio* (E12).

As reações adversas menores como, dores articulares, cefaleia, astenia e distúrbios gastrintestinais, foram as mais mencionadas. Alguns relatos trazem que estas reações persistiram após a conclusão do tratamento: ... *deixa a gente com mal estar, falta de ar, você fica meio esquisito, sabe? É, ficava cansado, dor no estômago. ... Ele cortava apetite, eu não tinha horário mais para nada, só para tomar remédio. Ele é forte, ele me dava um mal estar interno* (E14). *Até hoje eu estou com problema digestivo... Eu achei o tratamento terrível, fez muito mal para mim...* (E8).

Apesar de as intervenções dos profissionais de saúde para com as reações adversas menores não terem sido mencionadas, para com as maiores inferiu-se que

os profissionais entrevistaram minimizando tais reações e possibilitando a conclusão do tratamento. ... *Quando eu comecei o tratamento eu tive... Um tipo de assim de hepatite, o fígado ele não aguentava nem beber água, aí que eu entrei com a ampola... foi a melhor forma, que eu não aceitava medicamento oral (E11). ... Os remédios que passaram não estava se dando bem com o meu organismo ... Os remédios estavam ofendendo os rins e foi daí que tiraram uma parte do remédio que acharam que estava me fazendo mal (E3).*

Na terceira categoria (Ambivalência do tratamento supervisionado), a supervisão da tomada da medicação foi percebida pelo usuário tanto como potencialidade quanto limite. Enquanto potencialidade, os entrevistados reconhecem que a tomada do medicamento supervisionado pelo profissional de saúde estimula a conclusão do tratamento. *A enfermeira chefe ficava olhando tomar na frente dela..., se não tiver condições de vir aqui, eles vinham na nossa casa (E14). No tempo quando eu bebia, eles se preocuparam comigo. ... A moça vinha todos os horários de eu tomar o remédio, as enfermeiras vinham na casa da gente (E3).*

Entretanto, consideraram que o tratamento exigiu muito esforço para ser concluído, visto que tinham dificuldades no deslocamento quase que diário, até a unidade de saúde devido a sua saúde debilitada. Mencionam também que o compromisso com o tratamento exigiu dos pacientes alterações em suas rotinas de vida diária, ocasionando afastamento do trabalho, da escola, de atividades em família e de lazer. *Para falar a verdade foi difícil tomar lá [na Unidade de Saúde] todos os dias, mas consegui (E4). Cansativo, muito cansativo. Ter que sair da escola para ir lá, tem dia que pega, tem dia que você tem que voltar lá! ... Então é um pouco cansativo ter que ir todo dia, mas consegui tratar (E13). Dificuldade foi me levar lá (E5). Eu deixei de sair, na época que eu estava, eu só ficava em casa, não ia às festas que tinha em família (E11). ... eu não estava bem mesmo para frequentar a escola, eu estava magra e os remédios me traziam dores e eu não fui mais, entendeu? (E9)*

A forma como o serviço se organiza para o atendimento médico foi mencionado como limite, uma vez que, as consultas são estabelecidas pela ordem de chegada dos pacientes e os horários não são respeitados, influenciando, também, na sua rotina diária. Apenas o atendimento para a tomada da medicação foi

mencionado como ágil. *Então, alguma demora, como nesse tipo de lugar, tem atraso, tem um monte de coisa. ... E não pode ir pensando que se vai indo lá vou rápido, porque lá isso não existe... Só que lá era assim, a partir do momento que você estava já medicado, que você só ia pegar o medicamento era rápido (E2). Tinha que estar lá as sete, uns quinze minutos antes do médico chegar. Às vezes eu era o primeiro ou segundo, e tinha bastante gente lá, tinha gente deitado nas cadeiras de espera (E5).*

Relatam que se sentiam constrangidos quando estavam na unidade de saúde, uma vez que o atendimento médico é realizado no mesmo espaço físico do Programa de DST/aids. *Tinha que ir lá também tomar o medicamento, o pessoal ficava olhando para mim, ficava esperando. Doente mas não internado, mas livre... Eu não me senti muito bem não. ... Eu percebi eles pararem, interrompe o tratamento porque eles têm que ir lá. O pessoal fica meio afastado, tem dois, três com TB, outro com aids, fica tudo junto. Então fica meio esquisito (E14).*

DISCUSSÃO

A dificuldade no estabelecimento do diagnóstico da TB se assemelha a achados de outros estudos que em princípio os doentes foram diagnosticados e tratados com pneumonia, sinusite e câncer, sendo o diagnóstico estabelecido somente na atenção secundária ou terciária à saúde⁽⁷⁾.

O diagnóstico tardio da TB pode aumentar a morbidade e a mortalidade e, ainda, aumentar a incidência da doença, devido à maior probabilidade de transmissão entre os contatos. O tempo máximo aceitável para o diagnóstico da TB pulmonar é de três semanas⁽⁸⁾.

A demora no estabelecimento do diagnóstico também pode relacionar-se com a falta de planejamento de ações de controle da doença voltadas para identificação de sintomáticos respiratórios, o que é corroborado em estudo no qual avaliou-se o discurso dos gestores de saúde em relação ao controle da TB⁽⁹⁾.

A forma como os doentes percebem, identificam e expressam sua doença pode ter interferido no tempo do diagnóstico e ter provocado diagnóstico tardio, corroborando com a literatura⁽¹⁰⁾. Estudo internacional

constatou que a má interpretação dos sinais e sintomas e as limitações financeiras foram as razões mais comuns para o atraso do diagnóstico⁽¹¹⁾.

Acrescenta-se que os entrevistados possuíam o perfil socioeconômico diferente do perfil típico da população vulnerável à doença⁽¹²⁾. Essa concepção de que a TB está associada à pobreza, pode ser vista em estudo realizado na grande São Paulo, onde os profissionais entrevistados mencionam a baixa condição social do doente como uma das maiores dificuldades no enfrentamento da mesma⁽³⁾. Essa visão restrita pode ter retardado a suspeição da doença na população desse estudo.

Os profissionais de saúde devem realizar estratégias de identificação precoce de sintomático respiratório (SR)⁽⁸⁾ e reconhecerem as variações no quadro clássico da doença, uma vez que três dos entrevistados tiveram a TB extra-pulmonar e todos passaram por dificuldades no estabelecimento do diagnóstico.

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul demonstrou que a ampliação da busca ativa de sintomáticos respiratórios, ultrapassando a meta esperada de 1% da população, contribuiu para o decréscimo no número de casos novos da doença. Isso evidencia que a manutenção de ações preventivas e de controle da TB são eficazes⁽¹³⁾. Porém, para que o processo de diagnóstico seja rápido, o serviço de saúde deve estar preparado para o acolhimento do suspeito de TB, com profissionais capacitados, com trânsito político no gerenciamento e condução no nível municipal, além de sintonia e envolvimento de toda a equipe de saúde⁽¹⁴⁾.

Em pesquisa realizada na mesma região deste estudo, os profissionais apontaram como pontos desfavoráveis no controle da TB: a carência na capacitação da equipe, a ausência de local adequado para o acolhimento de SR, a demora nos resultados laboratoriais, a ausência de médicos especialistas e de

enfermeiros exclusivos⁽⁷⁾. Sendo assim, os profissionais deste estudo reforçam uma visão centralizada e fragmentada das ações de controle da TB considerando-as como exclusivas dos centros de referências⁽⁷⁾. Além disso, em estudo semelhante, verificou-se que os auxiliares de enfermagem possuem importantes atribuições no controle da TB, porém suas ações são prejudicadas pelo baixo conhecimento, comprometendo o tratamento, a orientação dada sobre a doença e a identificação dos sintomáticos respiratórios⁽¹⁵⁾.

Quanto ao relato do elevado número de comprimidos a serem tomados diariamente, mesmo no esquema terapêutico atual, para um indivíduo adulto, a quantidade de comprimentos não foi reduzida significativamente⁽¹⁾. Mantém-se, portanto, a necessidade premente do desenvolvimento de esquemas mais curtos, mais simples, com melhor tolerância, eficazes contra a TB, passíveis de associação com antirretrovirais e de adequação da dose para crianças⁽¹⁶⁾.

Os efeitos colaterais foram mencionados por muitos dos entrevistados, apesar da literatura descrever que a maior parte das pessoas termina o tratamento sem apresentá-los de forma relevante⁽⁴⁾.

Pesquisa realizada no município de São Paulo refere que na rotina dos serviços de saúde, os pacientes nem sempre são indagados sobre todos os possíveis efeitos colaterais e que os mesmos podem não relatá-los por os considerarem irrelevantes⁽⁴⁾. Estudo mostra que, apesar de os profissionais conhecerem os efeitos adversos oriundos da tomada da medicação, tendem a ter dificuldades em valorizar as queixas dos doentes considerando-as inevitáveis⁽¹⁷⁾.

A equipe de saúde valorizou as reações adversas que acarretavam maiores prejuízos para a saúde do doente entrevistado. Esta valorização tende a ocorrer com maior frequência aos doentes com efeitos mais graves, pois estes provocam elevação da taxa de abandono, maior tempo de tratamento, hospitalizações, consultas ambulatoriais e visitas domiciliares⁽⁴⁾. No

entanto, as intervenções e as informações sobre os efeitos colaterais necessitam ser ampliadas a todos os pacientes.

A conclusão do tratamento no tempo previsto, apesar das reações adversas, ocorreu devido os usuários acreditarem no tratamento e superarem as adversidades, acreditando na cura, dado corroborado pela literatura⁽¹⁸⁾.

A ambivalência na avaliação da supervisão na tomada da medicação é mencionada também por outros autores⁽¹⁹⁾. Uma das potencialidades do TDO é o vínculo, que segundo a óptica de profissionais e usuários pode ser compreendido como uma relação de amizade e confiança entre profissional/usuário, decorrente do contato diário ao longo de todo o tratamento, no qual o profissional percebe a necessidade do usuário, a fim de fortalecê-lo diante da doença^(3,19). O tratamento supervisionado traz maior compromisso na continuidade do tratamento pelos doentes, visto que o vínculo formado com os profissionais o encorajam na decisão de concluir o tratamento⁽¹⁸⁾.

Entretanto, pode acarretar mudanças no cotidiano das pessoas, uma vez que impõe uma rotina de obrigações como a presença diária ou semanal ao serviço para a ingestão dos remédios e tal situação nem sempre permite ser conciliada com suas atividades rotineiras⁽¹⁷⁾. Além disso, o aspecto debilitante da doença⁽¹⁷⁾ interfere na sua disposição para o seu deslocamento até o serviço de saúde.

Apesar destas dificuldades, o tratamento é para o doente uma real possibilidade de cura, diante de um cotidiano alterado⁽¹⁷⁾. Assim, as recomendações são adotadas mesmo que impliquem na não realização das atividades rotineiras.

A flexibilidade informal na supervisão do tratamento permite que as barreiras encontradas nesta fase da doença sejam reduzidas⁽²⁰⁾. O estabelecimento de um plano terapêutico que considere as especificidades de cada paciente facilitaria o tratamento.

Estudo internacional traz que alguns pacientes experimentam barreiras durante a fase intensiva do tratamento e que estas poderiam ser facilmente transpostas se as abordagens fossem mais flexíveis, como as adequações de horários para atendimento e a descentralização do tratamento supervisionado. Estes eram orientados a comparecerem todos ao mesmo tempo e esperavam mais de uma hora para receberem a medicação, sendo isso considerado humilhante por alguns⁽²¹⁾.

Os entrevistados compreendem que a supervisão possibilita momentos de troca, compartilhamento e formação de vínculo, mas para alguns, a supervisão levou a constrangimentos, o que é corroborado pela literatura^(10,19).

Essa percepção pode ser superada se o profissional compartilhar com o usuário as justificativas do acompanhamento do tratamento, destacando a importância da supervisão na proteção individual e coletiva, além de avaliação individual e flexibilidade dessa supervisão. O profissional deve também realizar a escuta de suas inquietações, necessidades e dificuldades com o tratamento^(20,22).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação dos profissionais de saúde quanto à suspeição da TB pode estar se restringindo apenas ao quadro social típico da doença, dificultando o estabelecimento do diagnóstico em outras condições.

Apesar de terem concluído o tratamento, estes usuários consideram a reação aos medicamentos a maior dificuldade vivenciada. A concretização do desenvolvimento de medicamentos mais eficazes, com menos efeitos colaterais e menor tempo de tratamento, são fundamentais, bem como a valorização de queixas e identificação precoce das reações aos medicamentos.

O TDO ainda possui fragilidades e gera obstáculos para o usuário, como alteração na rotina diária e constrangimentos, os quais parecem ser ampliados pela

maior exposição do paciente quando a supervisão é realizada na unidade de saúde. O estabelecimento de um plano terapêutico com maior flexibilidade e adequação da tomada supervisionada do medicamento às necessidades do indivíduo são fundamentais para gerar menos alterações no seu cotidiano.

A complexidade da doença exige do profissional sensibilidade, conhecimento e qualificação, a fim de fornecer uma abordagem que contemple questões biológicas e sociais decorrentes da enfermidade. Além disso, existe a necessidade de implantação de ações de gerência do cuidado, que devem ser realizadas preferencialmente pelo enfermeiro, no atendimento aos usuários com esta doença.

Considera-se que pesquisas avaliativas relacionadas à dificuldade no estabelecimento do diagnóstico da TB devem ser incrementadas, bem como de investigação das dificuldades no seguimento do tratamento supervisionado, tanto na tomada supervisionada, quanto nas reações advindas dos medicamentos.

AGRADECIMENTOS

Pesquisa realizada com o apoio e financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de concessão de bolsa de mestrado CAPES REUNI, vigência 10/2011 a 01/2012.

COLABORAÇÕES

Dias AAL e Figueiredo RM contribuíram para a concepção, coleta de dados, análise qualitativa do estudo e elaboração do rascunho do manuscrito. Oliveira DMF contribuiu no trabalho de campo e na interpretação dos dados. Sobrinho ECR contribuiu na interpretação dos dados e na versão final a ser publicada. Palha PF contribuiu para a metodologia do estudo e na interpretação dos dados. Todos os autores declaram que contribuíram na redação, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2012. Geneva: WHO; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação: São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(1):44-51.
4. Vieira DEO, Gomes M. Adverse effects of tuberculosis treatment: experience at an outpatient clinic of a teaching hospital in the city of São Paulo, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(12):1049-55.
5. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
7. Caliari JS, Figueiredo RM. Tuberculosis: patient profile, service flowchart, and nurses opinions. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):43-7.
8. Gaviria MB, Henão HM, Martinez T, Bernal E. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(2):83-92.
9. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JA, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardío da tuberculose. *Rev Rene*. 2012; 13(3):572-81.
10. Campinas LLSL, Almeida MMB. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. *Bol Pneumol Sanit*. 2004; 12(3):145-54.

11. Yisi JG, Hoog AHV, Agaya JA, Mchembere W, Nyamthimba PO, Muhenje O, Marston BJ. Care seeking and attitudes towards treatment compliance by newly enrolled tuberculosis patients in the district treatment programme in rural western Kenya: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2011; 11(515):1-10.
12. Oliveira MF, Arcencio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. The front door of the Ribeirão Preto Health System for diagnosing tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):898-904.
13. Silveira MPT, Adorno RFR, Fontana T. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). *J Bras Pneumol*. 2007; 33(2):199-205.
14. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Involvement of health primary care teams in the control of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):262-7.
15. Freitas KG, Sobrinho ECR, Piai TH, Figueiredo RM. Family health nursing assistants knowledge on tuberculosis. *Rev Rene*. 2013; 14(1):3-10.
16. World Health Organization. The global plan to stop TB 2011-2015. Transforming the fight. Towards elimination of tuberculosis [Internet]. 2011 [cited 2011 Oct 29]. Available from: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf
17. Paz EPA, Sa AMM. The daily routine of patients in tuberculosis treatment in basic health care units: a phenomenological approach. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(2):180-6.
18. Souza SS, Silva DMGV. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(4):636-43.
19. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(2):369-77.
20. 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 [cited 2011 Set 21]; 9(190). Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-190.pdf>
21. Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2008 [cited 2011 Set 24]; 8(11). Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-11.pdf>
22. Ponce MAZ, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLSSG, Scatena LM, Villa TCS. The establishment of bonds between professional and patient in TB treatment: the performance of primary health care services in a city in the interior of São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5):1222-9.