

Fatores associados ao tratamento da tuberculose na perspectiva do usuário, família e assistência

Factors associated with treatment of tuberculosis in view of the user, and family assistance

Ana Karina Vidal Silva¹
Danyllo do Nascimento Silva Junior¹
Yago Rodrigues Silva¹
Ellany Gurgel Cosme do Nascimento²

¹Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Avançado "Profª Maria Elisa de Albuquerque Maia" - CAMEAM/UERN, Pau dos Ferros/RN, Brasil.

²Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caraúbas/RN, Brasil.

Correspondência: Ellany Gurgel Cosme do Nascimento (ellanygurgel@hotmail.com)

Recebido em 14.01.2015
Aprovado em 02.02.2015

RESUMO:

Objetivo: Identificar fatores facilitadores ou dificultadores que influenciam na adesão do usuário ao tratamento para tuberculose (TB), com foco no usuário, família e assistência à saúde.

Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com base na busca de artigos científicos disponíveis nas bases de dados SciELO e Medline/PubMed. Foram selecionados artigos publicados nos últimos 5 anos, sendo textos completos gratuitos disponíveis dentro da área Ciência da Saúde.

Resultados: Verificou-se, mediante a análise de 74 produções selecionadas, que existem vários fatores facilitadores ou dificultadores para a adesão do usuário ao tratamento. Tais fatores envolvem os usuários, como o desejo da cura, a melhora dos sintomas, o baixo nível socioeconômico e de escolaridade, os efeitos colaterais, entre outros; a família, como o apoio familiar, a supervisão de um familiar, os comportamentos preconceituosos, a baixa renda familiar, o nível de informação sobre a doença, a desestruturação familiar, entre outros; e a assistência, como o vínculo entre profissionais e usuários, a realização do tratamento diretamente observado (DOTS), a equipe multiprofissional, a assistência integral, a atuação biologicista, a debilidade dos vínculos, a não capacitação profissional, a distância entre a moradia do usuário e o serviço de saúde, entre outros.

Conclusão: Os resultados demonstram que há muitos fatores que influenciam na adesão do usuário ao tratamento para tuberculose, tanto facilitando como dificultando. Assim sendo, torna-se fundamental que os serviços de saúde tomem conhecimento desses fatores para que o êxito do tratamento aumente e a propagação da doença seja reduzida.

DESCRITORES: Tuberculose; Terapêutica; Assistência à Saúde.

ABSTRACT:

Objective: To identify factors facilitating or hindering that influence the user adherence to treatment for tuberculosis (TB), with focus on the user, family and health care.

Methods: This is an integrative literature review based on the available literature search in Medline/PubMed and SciELO databases. Articles published in the last 5 years, and free full text available within the Health Science area.

Results: It was found by analysis of 74 selected productions, there are several factors facilitating or hindering for user compliance. These factors involve users, as the desire of healing, the improvement of symptoms, low socioeconomic status and educational level, side effects, among others; family, as family support, supervision of a relative, the prejudicial behavior, low family income, the level of information about the disease, family breakdown, among others; and assistance, as the link between professionals and users, the realization of directly observed treatment (DOTS), the multidisciplinary team, comprehensive care, a biological activity, weak ties, not to professional training, the distance between the dwelling Username and health services, among others.

Conclusion: The results demonstrate that there are many factors that influence the user adherence to tuberculosis treatment, both facilitating and hindering. Therefore, it is essential that health services are aware of these factors to the success of the treatment and increase the spread of disease is reduced.

Keywords: tuberculosis; therapy; health care.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) caracteriza-se como um problema global que resulta em cerca de 9 milhões de casos a cada ano que passa, acarretando em 1,5 milhões de mortes, ainda que se trate de uma doença passível de cura, desde que o regime de seis meses de tratamento seja concluído¹. O Brasil assume a 22.^a colocação de países preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle da tuberculose que apresentam 80% da carga mundial da doença². Estima-se que o Brasil possua uma população de 50 milhões de infectados, com incidência anual de 85.000 casos novos, além do registro 6.000 mortes anualmente em virtude da doença³. Estes indicadores colocam o país na 19.^a colocação

mundial dentre os países com maior quantitativo de casos novos e na 104.^o posição em relação ao coeficiente de incidência².

No intuito de impedir a disseminação da doença, o tratamento de pacientes com tuberculose pulmonar ativa continua sendo a estratégia com maior eficácia⁴. A adesão ao tratamento compreende tanto a utilização correta das drogas, de acordo com a prescrição e outras recomendações, quanto à realização de avaliações periódicas para acompanhar a progressão da doença⁵. No entanto, a interrupção do tratamento da tuberculose apresenta-se como o principal desafio para seu controle⁴.

A incapacidade de completar o regime prescrito contribui diretamente para o fracasso do tratamento, para a resistência às drogas, para transmissão contínua da doença, reincidência da doença e morte. A adesão ao longo curso do tratamento da TB é um fenômeno complexo, permeado por uma grande diversidade de fatores que influenciam o desfecho do tratamento⁴. Faz-se necessária a compreensão da adesão em um nível ampliado, transcendendo a clínica tradicional, numa ótica voltada para a concepção do próprio usuário sobre a doença e como este vive. Assim, a adesão não se restringe ao ato de ingerir medicamentos, relaciona-se com o contexto social do usuário, seus meios de produção e reprodução social, na medida em que destes resultam condições favoráveis ou desfavoráveis ao sucesso terapêutico⁶.

Desta forma, entendendo-se como sendo facilitadores aqueles que favorecem a adesão e fatores dificultadores, aqueles que complicam a adesão à terapêutica, este trabalho tem por objetivo identificar fatores que influenciam facilitando ou dificultando a adesão ao tratamento da tuberculose com foco no usuário, família e assistência à saúde.

MÉTODOS

O presente estudo configura-se como uma revisão integrativa da literatura realizada a partir da busca e análise de artigos científicos publicados acerca da adesão ao tratamento para a tuberculose. Nessa perspectiva, buscaram-se artigos que discutissem aspectos facilitadores e dificultadores relacionados ao usuário, a família e a assistência que influenciassem na adesão ao tratamento.

Foram utilizadas, para busca, as bases de dados Medline/PubMed e SciELO, dadas as suas reconhecidas qualidades científicas. Optou-se pelo descritor *Tuberculose* na SciELO e *Tuberculosis* no Medline/PubMed. Dos artigos encontrados, foram excluídos os que tinham sido publicados há mais de cinco anos, os que não estavam totalmente disponíveis de forma gratuita e aqueles que não realizavam pesquisas com seres humanos. A partir disso, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados,

buscando-se aqueles que melhor se adequavam a temática proposta. Após esse processo, os artigos foram lidos minuciosamente, buscando explorar, analisar e interpretar o material obtido, buscando responder ao objetivo do estudo.

RESULTADOS

Por intermédio das buscas realizadas e de acordo com os critérios descritos anteriormente, foram selecionados e incluídos 74 artigos nesta revisão. Conforme já relatado, os títulos e os resumos de todas as produções foram lidos com base nos descritores também já citados e em seguida foram mais profundamente analisadas as produções científicas que se adequaram a temática proposta pelo estudo, sendo estas analisadas na íntegra para a concretização do presente trabalho.

Na base de dados Medline/PubMed, ao ser inserido o termo “*tuberculosis*” no campo de pesquisa obteve-se um total de 206.804 artigos. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão: ter sido publicado nos últimos cinco anos; texto completo gratuito disponível e estar dentro da área da Ciência da Saúde; resultou em um total de 6.862 produções. Realizou-se a leitura do título de todos eles e foram selecionados os que tratavam da temática proposta, totalizando 49 artigos.

Na base de dados SciELO o termo “tuberculose” rendeu um total de 845 artigos. Realizou-se a leitura dos títulos e resumos de todos eles e, posteriormente, foi feita a seleção daqueles que se encaixavam no perfil da pesquisa, um total de 25 artigos.

Das 74 produções incluídas, foi totalizada uma amostra geral de 502.422 pessoas, incluindo profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde), gestores e coordenadores de unidades de saúde, familiares e usuários com tuberculose (Tabela 1). Notou-se ainda a presença de 11 distritos sanitários e 1.020 domicílios utilizados em amostras de estudo e um total de 45 produções científicas na modalidade de artigo de revisão.

Tabela 1.

Quantitativo das produções analisadas, total por países e amostragens

País	Quantidade de artigos	Quantidade de pessoas
África do Sul	3	5.014
Bangladesh	1	52.098
Brasil	37	5.038
Canadá	1	20
China	3	1.368
Croácia	1	241
Espanha	1	1.490
Etiópia	3	289
Grécia	1	195
Índia	3	399.685
Indonésia	1	89
Marrocos	3	2.368
Moldávia	1	4.021
Nepal	1	23
Nigéria	1	450
Paquistão	1	121
Portugal	1	151
Quênia	1	208
Reino Unido	2	22.838
Sérvia	1	24
Taiwan	1	4.819
Tajiquistão	2	408
Tanzânia	2	680
Uganda	1	270
Vietnã	1	514
Total de países	Total de artigos	Total de pessoas
25	74	502.422

Dos artigos incluídos, todos foram publicados nos últimos 5 anos. O Brasil teve o maior número de publicações, com trinta e sete trabalhos, África do Sul, Índia e China ficaram em segundo com três publicações cada e o restante dos países selecionados ficou com um ou dois artigos. O país que teve o estudo com o maior número de amostra foi a Índia, com uma amostragem de 399.685 pessoas, e o de menor amostra foi o Canadá, com uma amostragem de 20 pessoas.

Os resultados foram organizados em formato de tabela, evidenciando os fatores facilitadores e dificultadores relativos ao usuário, à família e à assistência, respectivamente, no processo de adesão ao tratamento da tuberculose (Tabela 2, Tabela 3 e Tabela 4). A discussão dos resultados girou em torno dos três eixos que permeiam o estudo - usuário, família e assistência.

Tabela 2.

Fatores relacionados à adesão ao tratamento da tuberculose, na perspectiva do usuário, identificados nas publicações^{1,7-29}

Fatores facilitadores
Desejo de obter cura/ recuperação
Envolvimento dos usuários em todas as etapas do projeto terapêutico
Conhecimento da TB em relação a sua transmissão, sinais e sintomas
Percepção da melhora
Corresponsabilidade do usuário
Baixo consumo de álcool
Utilização de um incentivador
Melhora do quadro clínico
Fatores dificultadores
Falta de alimentação adequada
Efeitos colaterais dos tuberculostáticos
Ser do sexo masculino
Baixo nível de escolaridade
Coinfecção com HIV
História de tratamento anterior
Afastamento das atividades laborativas
Desemprego/ Dificuldade financeira/ Renda familiar comprometida/ Pobreza

Tabagismo

Etilismo

Drogadição

Comorbidade

Morar sozinho

Uso inadequado dos fármacos anti-TB

Negação da doença

Falta de moradia fixa

Baixo Nível socioeconômico

Estigma

Não conseguir ficar na perícia

Não conseguir ficar internado

Intolerância medicamentosa (decorrente da palatabilidade e da quantidade de comprimidos)

Melhora dos sintomas

Depressão/ sentimentos negativos/ perda da esperança

Tabela 3.

Fatores relacionados à adesão ao tratamento da tuberculose, na perspectiva da família, identificados nas publicações^{17, 30-37}

Fatores facilitadores
Apoio familiar
Tratamento Supervisionado por um familiar
Conselhos de familiares sobre a procura do serviço
Participação ativa do familiar no tratamento
Esclarecimento sobre a patologia
Fatores dificultadores
Comportamentos preconceituosos
Renda familiar comprometida
Desconhecimento da doença e seu tratamento
Ausência de apoio familiar
Desestruturação familiar

Tabela 4.

Fatores relacionados à adesão ao tratamento da tuberculose, na perspectiva da assistência, identificados nas publicações^{2, 5,10,13,15,31,35,38-60}

Fatores facilitadores
Criação de vínculos entre usuário e profissionais / profissionais e família
Assistência de boa qualidade
Proximidade do serviço com a residência
Cesta básica mensal
Lanche diário
DOTS/ Tratamento Supervisionado/ TDO
Uso de tecnologias leves
O cuidado realizado na perspectiva integral
Equipe de saúde completa
Recursos oferecidos pela UBS (consultas mensais, exames, medicamentos grátis).
Informação sobre a patologia
Acompanhamento psicológico/psicossocial
Mais visitas que o preconizado pelo Ministério da Saúde
Diagnóstico feito na Atenção Básica
Execução adequada das diretrizes do TTT para TB da OMS
Revezamento de tarefas
Utilização de um incentivador
Curta distância da casa do incentivador para a casa do usuário
Fiscalização e orientação dos profissionais a cerca da problemática
Flexibilização do horário da medicação
Maior acesso aos serviços de saúde
Satisfação com o servisse
Fatores dificultadores
Necessidade de comparecer diariamente ao Serviço de Saúde para realização do TS
Quantidade de comprimidos
Falta de formação genérica ou específica dos profissionais para lidar com pessoas com TB
Pouca valorização do contexto sociocultural do doente
Debilidade de vínculos com os profissionais da ESF
Pouca produção de acolhimento

Difícil conciliação do horário do trabalho com o horário de atendimento da UBS

Ausência de cesta básica
Ausência de vale transporte
Locais distintos para tratamento da AIDS e TB
Ausência de insumos (pote para coleta de exames, por exemplo)
Falta de informação sobre a doença e seu tratamento
Baixa qualidade dos serviços
Baixo investimento na manutenção e no financiamento dos programas
Desmotivação dos profissionais
Distância entre o domicílio e a Unidade de Saúde
Falta de instrução para o familiar supervisor
Responsabilização apenas do usuário doente
Poucas ações preventivas
Baixa detecção de Sintomáticos Respiratórios
Falta de estratégias inovadoras
Gasto com drogas extras para proteção do fígado
Falta de integração entre a rede hospitalar e as UBS que tratam TB
Localização inacessível das unidades de saúde
Regimes inadequados de tratamento prescritos
Serviços de TB centralizados
Falta de acessibilidade a Unidade
Falta de confiança nos profissionais da unidade
Realização do DOTS fora da residência do usuário
Busca de outros serviços não ligados ao programa de controle da TB
Demora para o diagnóstico da TB
Não realização do DOTS
Falta de busca ativa
Realização de exames complementares
Ausência de Lanche
Baciloscopia negativa

DISCUSSÃO

Sabe-se que a adesão ao tratamento para tuberculose é comprovadamente influenciada por diversos fatores¹¹. O presente estudo permitiu verificar na literatura os fatores que mais se

destacam positivamente ou negativamente no que se refere à adesão a esse tratamento. No geral, eles tentam abranger a pessoa acometida pela patologia, sua família e a assistência prestada pelos serviços de saúde.

Fatores facilitadores e dificultadores do tratamento na perspectiva do usuário

Ao analisar os fatores positivos relacionados à pessoa, percebe-se que desejar a cura ou a recuperação é um fator contribuinte para a adesão à terapêutica e a consequente reabilitação^{7,30,61}. Esse desejo de ficar novamente bem se torna uma motivação para continuar e concluir o tratamento. Observa-se que a participação ativa do usuário em todas as etapas do projeto terapêutico promove a corresponsabilidade do mesmo, junto aos profissionais dos serviços de saúde e, conseqüentemente, colabora para uma melhor adesão e êxito do processo^{39,62}.

A percepção da melhora dos sintomas também se apresenta como um fator facilitador. Há usuários que ao perceberem a melhora sentem-se mais aliviados e revigorados para finalizar o tratamento⁶³.

Identifica-se que quando a pessoa acometida apresenta ou adquire maior conhecimento sobre a tuberculose, sua forma de transmissão e seus sinais e sintomas, os problemas quanto a não adesão ao tratamento são substancialmente reduzidos^{10,64,65}. Isso remete a importância dos serviços de saúde comprometerem-se em divulgar as informações sobre todos os aspectos da patologia, com ações educativas aos usuários, familiares e comunidade.

Outro fator que contribui para a adesão e eficácia relaciona-se com o hábito de não ingerir quantidades excessivas de álcool. Em estudo feito em Uganda foi visto que o fato da pessoa doente tomar álcool diariamente está associado significativamente a falhas no tratamento. Soma-se a isso a presença de um incentivador, um representante familiar ou amigo próximo, que exerce papel fundamental no processo terapêutico, fornecendo apoio e incentivo para o usuário com tuberculose aderir e finalizar o tratamento¹⁶.

No que tange aos fatores dificultadores, nota-se que as condições financeiras dos usuários interferem diretamente negativamente na adesão ao tratamento. O baixo nível socioeconômico recai sobre a alimentação, a falta de moradia fixa, a dependência de meios de transporte de terceiros para ir ao serviço de saúde, entre outros. Todos esses pontos foram observados nas produções científicas analisadas e, de fato, são características que dificultam a adesão do usuário ao tratamento para TB. No geral, as necessidades de saúde relacionam-se às boas condições de vida, como direito a alimentação, trabalho, moradia, educação, lazer e adoção de hábitos de vida saudáveis^{9,14,66,67}.

O baixo nível de escolaridade e o desemprego são outros fatores que se apresentam como fortes dificultadores à adesão do usuário ao tratamento da TB. No estudo que foi realizado em Marrocos evidencia-se que essas duas características estão vinculadas a não adesão, sendo que a proporção de desempregados foi significativamente maior entre os pacientes não aderentes. Ressalta-se que o desemprego pode ser resultante do próprio tratamento, uma vez que muitos acabam se afastando das atividades laborativas por não conseguir conciliá-los^{7,9,44}.

Um achado interessante está relacionado ao desaparecimento dos sintomas, que tanto foi colocado como fator facilitador, como foi dito anteriormente, quanto fator dificultador, uma vez que as pessoas tendem a abandonar o tratamento depois de perceberem a melhora do seu quadro clínico, acreditando, erroneamente, que estão curadas e cessando, portanto, a medicação. Este último ponto é corroborado por um estudo feito em Marrocos, o qual detectou que a primeira razão pela qual os usuários pararam o tratamento para TB antes da cura associou-se a melhora dos sintomas^{9,13,22}.

Outra característica que se associa fortemente a não adesão ao tratamento para tuberculose trata-se das comorbidades. Destaca-se o HIV/Aids que debilita o organismo e compromete o sistema imunológico, tornando a situação propícia para a aquisição de outras patologias, como é o caso da TB. E a não adesão a terapêutica é justamente o maior impasse apontado para ambas as doenças²¹.

O uso dos medicamentos anti-TB pode provocar diversos efeitos colaterais e estes efeitos desencadeiam a não adesão ao tratamento^{6, 68,69}. Além disto, os vícios em tabaco, álcool e/ou drogas dificulta a adesão ao tratamento da TB. Esses vícios modificam o estilo de vida e causam maiores transtornos, ao prejudicar o tratamento e facilitar a aquisição de outras patologias^{9,17,23,70}.

Depressão, sentimentos negativos e falta de esperança são alguns dos estados em que ficam as pessoas ao saberem que estão com TB, essas situações podem ser resultantes do fato do usuário morar sozinho e/ou não aceitar a doença⁷¹. Ressalta-se que ao morar sozinha a pessoa convive com exílio familiar e, isolada, tende a perder as esperanças de se recuperar, como relata um estudo realizado na Espanha, onde as pessoas que vivem sozinhas estão mais aptas a não aderirem à terapêutica²⁵.

O uso inadequado dos fármacos anti-TB (anti-Tuberculose) e história de tratamento anterior são outros fatores dificultadores que envolvem a pessoa doente, estes possivelmente decorrem do precário conhecimento dos usuários, proveniente da insuficiência ou inadequação da informação disponibilizada pelos serviços de saúde. No caso de tratamento anterior, a pessoa tende se desestimular em virtude do fracasso terapêutico, levando-a a não aderir ao novo processo de tratamento^{15,27}.

Os estudos ainda trazem o sexo masculino como sendo o mais propício ao adoecimento pela tuberculose, entretanto, não evidencia-se uma discussão aprofundada que mostre a relação entre este sexo e o processo de não adesão.

Fatores facilitadores e dificultadores na adesão ao tratamento na perspectiva da família

Com relação aos aspectos facilitadores que englobam a família, os estudos mostraram que um dos fatores que contribui significativamente para a adesão ao tratamento da tuberculose é o apoio dos familiares ofertado ao doente, uma vez que nesse ambiente familiar ele terá a possibilidade de compartilhar e enfrentar as dificuldades impostas pelo tratamento^{8,14,18,24}.

Outro achado interessante é que o portador de TB adere mais facilmente ao tratamento quando a pessoa que irá supervisioná-lo pertence a sua família. Assim sendo, torna-se fundamental a incorporação de, pelo menos, um membro da família para realizar a supervisão medicamentosa do doente e que este membro possa participar ativamente desse processo terapêutico^{14, 17, 34}. Em estudo realizado em Indonésia observa-se que os conselhos dos parentes, como cônjuges ou pais, representam uma importante função ao estimular a busca de um atendimento inicial dos serviços de saúde³³. Nota-se o papel essencial exercido pelos familiares nesse processo, haja vista os incentivos que eles proporcionam, seja no início ou no decorrer do tratamento.

Quanto aos fatores dificultadores referentes à família, identifica-se que comportamentos preconceituosos envolvendo a doença, em âmbito familiar comprometem a adesão dos usuários com TB. Esses comportamentos preconceituosos foram vistos em vários estudos, nos mais diferentes países, o que mostra que o estigma relacionado à tuberculose ainda perpetua e é forte no mundo atual. Esse estigma contribui para o constrangimento dos doentes e até mesmo para a negação da doença. Neste contexto, a própria busca pelos serviços de saúde fica comprometida, o que, consequentemente, impede a adesão à terapia^{7,8,15}.

Outro componente que dificulta a adesão diz respeito ao comprometimento da renda familiar. Sabe-se que esse pode não ser um fator global, devido às peculiaridades de cada país em relação aos sistemas de saúde, mas em alguns estudos esse fator foi identificado, a exemplo de um estudo realizado no Tajiquistão o qual revelou que as despesas da família foram cerca de três vezes maior, sendo considerada uma situação catastrófica para as famílias afetadas³⁶.

Contribui, ainda, para os fatores dificultadores, o pouco conhecimento das famílias sobre a patologia e seu tratamento. Ao instituir um familiar para supervisionar o doente, os serviços de saúde em grande parte não se preocupam em instruir tais familiares quanto a esse conhecimento. Dessa maneira, estes supervisionam seus parentes, muitas vezes, sem nenhum grau de instrução, o que compromete o desempenho do tratamento^{22,35}.

A ausência de um apoio familiar ou mesmo a própria desestruturação familiar, a qual se caracteriza pela modificação ou falta de responsabilidades de seus membros, bem como as transformações de sua estrutura, são fatores identificados em alguns estudos que dificultam esse processo, uma vez que os mesmos desestimulam e desorientam os doentes na busca pela cura^{14,32}.

Fatores facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento na perspectiva da assistência

Quando analisados sob a ótica da assistência, o resultado mais frequente que contribui para a adesão é a criação de vínculo entre profissional e usuário. Nessa perspectiva, entende-se o vínculo como importante fator relacionado à adesão, tendo em vista que o estreitamento da relação profissional/usuário envolve um contexto marcado por atitudes como preocupação, interesse e subjetividades, favorecendo as atitudes de responsabilidade e compromisso dos sujeitos no seu processo saúde/doença^{9,10,38,62,71-73}.

A adesão também é favorecida pela realização do tratamento diretamente observado (DOTS). Estudos apontam que a potencialidade deste aspecto para adesão reside no fato de permitir ao usuário o compromisso e a responsabilização pelo sucesso do tratamento, além de estar atrelada ao ideal de cura, proporcionando aos indivíduos a retomada de suas atividades cotidianas^{10,41,44,66,68,70,71}.

Considerando o aspecto social da tuberculose percebe-se a relevância do tratamento desenvolvido por uma equipe multiprofissional com o objetivo de atender as diferentes necessidades do usuário fornecendo-lhe acolhimento, resolutividade, assistência social e privacidade mediante uma assistência ampliada e humanizada, resultando em determinante facilitador para a adesão ao tratamento da tuberculose^{3,74}.

A integralidade da assistência é amplamente discutida como aspecto facilitador da adesão ao tratamento, uma vez que é imprescindível a união das diversas áreas do poder e do conhecimento na construção e efetivação das linhas de cuidado, a fim de garantir resolutividade

aos problemas de saúde dos usuários, em um contexto permeado pela construção de vínculo, autonomia dos usuários e humanização dos serviços^{39,45,62}.

Contribui ainda para a adesão a flexibilidade dos serviços, articulando a demanda com as necessidades do usuário, principalmente se este permanecer com suas atividades laborativas, fortalecendo assim os laços de confiança entre usuário e profissional de saúde⁶¹.

Outras estratégias também contribuíram para a adesão, como lanche diário, cesta básica, recursos ofertados pela unidade (consultas mensais, exames, medicamentos grátis), fiscalização e orientação dos profissionais a cerca da problemática, dentre outros^{10,16}.

A assistência também apresenta seus componentes dificultadores à adesão, relacionados na maioria das vezes a problemas de relacionamento estabelecido entre profissionais e usuários; à própria instituição que oferece o serviço de saúde; às questões relacionadas com outros níveis de gestão do sistema de saúde, dentre outros.

Aponta-se como um fator determinante para a não adesão ao tratamento a pouca valorização do contexto sociocultural do doente, isto se justifica pelo fato do direcionamento terapêutico apenas para os aspectos biológicos da doença, reduzindo o sujeito à sua patologia e, assim, tornando-se insuficiente alcançar o sucesso terapêutico^{34,39,46}.

Acredita-se que esse tratamento biologicista possa estar ligado a debilidade de vínculos existente entre usuários e profissionais de saúde, que apareceu como um dos fatores para a não adesão. Isto é, o vínculo é fragilizado quando os profissionais não conhecem as condições de vida do doente de TB e sua família^{38,70}. Dessa forma, ao desconsiderar os determinantes sociais aos quais os usuários estão expostos, facilita-se o processo de descontinuidade do tratamento.

A dinâmica vertical da relação profissional/usuário, a não ocorrência de ações educativas e a comunicação restrita aparecem como justificativas para o baixo índice de conhecimento

dos usuários e seus familiares sobre a tuberculose e seu tratamento. Assim, o desconhecimento frente a essa enfermidade aparece como um fator que se relaciona de forma significativa com a interrupção do tratamento^{5,20,31,32}.

A não capacitação dos profissionais de saúde tem ocasionado interferência negativa no processo de adesão^{6,34}, tendo em vista que, para oferta de cuidado adequado aos pacientes portadores de tuberculose faz-se necessário que os profissionais estejam aptos a trabalhar com esse público alvo. É importante ressaltar que ambas as partes precisam ser responsáveis pelo cuidado¹.

Ainda na dimensão da relação usuário-profissional tem-se como barreira para o tratamento a dificuldade de acolhimento⁶² que advém da não formação do vínculo; a desmotivação dos profissionais⁷³ que acabam por não incentivar a busca pela melhora.

Sendo a tuberculose uma patologia complexa, a localização geográfica do doente e da Unidade de Saúde também tem interferência no seu processo terapêutico. Isso se confirma com estudos que trazem a distância entre o domicílio e a Unidade e, a ausência de vale-transporte como pontos negativos para aderência ao tratamento, haja vista que isso implica em gastos financeiros e, às vezes, auxílio de terceiros^{3,43,48,50,63}.

A necessidade de comparecer regularmente a Unidade de Saúde também traz como uma de suas consequências negativas a difícil conciliação entre o horário de trabalho do doente de TB e o horário de atendimento da Unidade^{1,41,68,70}. Quando não há flexibilidade no atendimento, o sujeito tende a optar entre duas coisas: se afastar do emprego - implicando diretamente na sua aderência à terapêutica - ou desistir do tratamento.

Os Serviços de Saúde também acabam sendo uma ferramenta para a interrupção do tratamento quando são de baixa qualidade e recebem pouco investimento para manutenção e financiamento dos programas para tuberculose⁷³ dificultando o trabalho da equipe de saúde e deixando de atender a todas as necessidades apresentadas pelos usuários; quando demoram a fornecer o diagnóstico de TB^{43,50,51} fazendo o

paciente buscar o atendimento várias vezes, levando-os a desistência.

Sabendo-se que geralmente as pessoas que são acometidas por tuberculose têm um baixo poder aquisitivo e a pessoa com esta doença necessita de um bom estado nutricional, a ausência da cesta básica mensal é tida como uma das causas que prejudica a adesão ao tratamento, bem como o não fornecimento de outros incentivos como a medicação gratuita, pote para coleta de exames e ausência de lanche, devido as suas implicações no contexto econômico desses indivíduos^{10,72}.

Além destes, em dois estudos realizados na China^{11,13} evidenciou-se o gasto com drogas extras para proteção do fígado como um dos fatores que favorecem a não adesão ao tratamento da tuberculose, em virtude do seu alto custo. Entretanto, não apresentaram grande frequência nos artigos analisados.

CONCLUSÕES

Diante do exposto, conclui-se que os resultados desta revisão permitiram identificar vários fatores facilitadores ou dificultadores que influenciam na adesão dos usuários ao tratamento para tuberculose, sendo que tais fatores estão relacionados ao usuário em si, a família desse usuário, e a assistência à saúde que é prestada pelos serviços responsáveis.

No que se refere ao usuário, os principais fatores que facilitam a adesão identificados nos estudos foram: o desejo da cura, a melhora dos sintomas e o adequado nível de informação sobre a doença negativos. Já os que dificultam encontrados foram: o baixo nível socioeconômico, de escolaridade, o desemprego, o desaparecimento dos sintomas, as comorbidades, os efeitos colaterais da medicação, os vícios em tabaco, álcool e/ou outras drogas e a história de tratamento anterior.

Com relação à família, os resultados apontaram como fatores facilitadores o apoio familiar e a supervisão do tratamento sendo feita por um membro da família; como fatores dificultadores: os comportamentos preconceituosos, a baixa renda familiar, o baixo nível de conhecimento sobre a doença e a desestruturação familiar.

No que tange à assistência à saúde, os fatores facilitadores principais identificados foram: o vínculo entre profissionais e usuários, a realização do tratamento diretamente observado (DOTS), a presença da equipe multiprofissional e a assistência integral. Já os fatores dificultadores principais identificados foram: a atuação profissional biologicista, a debilidade dos vínculos, a não capacitação profissional e a distância entre a moradia do usuário e o serviço de saúde.

Os resultados demonstram que há muitos fatores que influenciam na adesão do usuário ao tratamento para tuberculose, tanto facilitando como dificultando. Assim sendo, torna-se fun-

damental que os serviços de saúde tomem conhecimento desses fatores e tracem planos de melhoria embasados nesses achados para que o êxito do tratamento aumente e a propagação da tuberculose seja reduzida.

É importante ressaltar, como limitações deste trabalho, o não acesso às produções científicas pagas da base de dados *PubMed*, as quais poderiam fortalecer as discussões; a utilização de apenas duas bases de dados, que, de certa forma, pode ter limitado a abrangência do estudo; e, por último, a questão das diferenças do tratamento para tuberculose no âmbito mundial, a depender do país, o que dificultou as discussões acerca do objeto de estudo.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro S, Rodrigues V. The life quality of the people with tuberculosis in observed taking administration. *Acta Med Port.* 2011; 24(S2): 523-530.
2. Oliveira AAVD, Sá LD, Nogueira JA, Andrade SLE, Palha PF, Villa TCS. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2013;47:145-51.
3. Paz LNF, Ohnishi MDO, Barbagelata CM, Bastos FA, Oliveira III JAF, Parente IC. Efeetividade do tratamento da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2012;38:503-10.
4. Nglazi MD, Bekker LG, Wood R, Hussey GD, Wiysonge CS. Mobile phone text messaging for promoting adherence to anti-tuberculosis treatment: a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2013;2:6.
5. Yao S, Huang WH, van den Hof S, Yang SM, Wang XL, Chen W, et al. Treatment adherence among sputum smear-positive pulmonary tuberculosis patients in mountainous areas in China. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:341.
6. Queiroga RPF, Sá LD, Nogueira JA, Lima ERV, Silva ACO, Pinheiro PGOD, et al. Distribuição espacial da tuberculose e a relação com condições de vida na área urbana do município de Campina Grande - 2004 a 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2012;15:222-32.
7. Souza SS, Silva DMGV. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2010;19:636-43.
8. Cantalice Filho JP. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2009;35:992-7.
9. Picon PD, Rizzon CFC, Bassanesi SL, Silva LCC, Giustina MLD. Desfechos do retratamento de pacientes com tuberculose com o uso do esquema 3 em Porto Alegre, Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2011;37:504-11.
10. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Scatena LM, Rufino-Netto A, et al. Barreiras econômicas

- na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto - São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:1121-7.
11. 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.
 12. Mauch V, Woods N, Kirubi B, Kipruto H, Sitienei J, Klinkenberg E. Assessing access barriers to tuberculosis care with the tool to Estimate Patients' Costs: pilot results from two districts in Kenya. *BMC Public Health*. 2011;11:43.
 13. Wei X, Chen J, Chen P, Newell JN, Li H, Sun C, et al. Barriers to TB care for rural-to-urban migrant TB patients in Shanghai: a qualitative study. *Trop Med Int Health*. 2009;14(7):754-60.
 14. Vukovic DS, Nagorni-Obradovic LM. Knowledge and awareness of tuberculosis among Roma population in Belgrade: a qualitative study. *BMC Infect Dis*. 2011;11:284.
 15. Mesfin MM, Newell JN, Walley JD, Gessesew A, Tesfaye T, Lemma F, et al. Quality of tuberculosis care and its association with patient adherence to treatment in eight Ethiopian districts. *Health Policy Plan*. 2009;24(6):457-66.
 16. Sendagire I, Schim Van der Loeff M, Kambugu A, Konde-Lule J, Cobelens F. Urban movement and alcohol intake strongly predict defaulting from tuberculosis treatment: an operational study. *PLoS One*. 2012;7(5):e35908.
 17. Mkopi A, Range N, Lwilla F, Egwaga S, Schulze A, Geubbels E, et al. Adherence to tuberculosis therapy among patients receiving home-based directly observed treatment: evidence from the United Republic of Tanzania. *PLoS One*. 2012;7(12):e51828.
 18. Fox GJ, Nhung NV, Sy DN, Lien LT, Cuong NK, Britton WJ, et al. Contact investigation in households of patients with tuberculosis in Hanoi, Vietnam: a prospective cohort study. *PLoS One*. 2012;7(11):e49880.
 19. Jenkins HE, Ciobanu A, Plesca V, Crudu V, Galusca I, Soltan V, et al. Risk factors and timing of default from treatment for non-multidrug-resistant tuberculosis in Moldova. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(3):373-80.
 20. Tachfouti N, Slama K, Berraho M, Nejari C. The impact of knowledge and attitudes on adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a Moroccan region. *Pan Afr Med J*. 2012;12:52.
 21. Peltzer K, Louw J, McHunu G, Naidoo P, Matseke G, Tutshana B. Hazardous and harmful alcohol use and associated factors in tuberculosis public primary care patients in South Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(9):3245-57.
 22. Tachfouti N, Slama K, Berraho M, Elfakir S, Benjelloun MC, El Rhazi K, et al. Determinants of tuberculosis treatment default in Morocco: results from a national cohort study. *Pan Afr Med J*. 2013;14:121.
 23. Babalik A, Mannix S, Francis D, Menzies D. Therapeutic drug monitoring in the treatment of active tuberculosis. *Can Respir J*. 2011;18(4):225-9.
 24. Ukwaja KN, Alobu I, Nweke CO, Onyenwe EC. Healthcare-seeking behavior, treatment delays and its determinants among pulmonary tuberculosis patients in rural Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:25.
 25. Huang WC, Chen CH, Huang CC, Wu KM, Chiou CS, Lin CF, et al. A reduction in anti-tuberculosis drug resistance after the implementation of the national "STOP TB" program in central Taiwan, 2003-2007. *Jpn J Infect Dis*. 2013;66(2):89-95.
 26. Zetola NM, Modongo C, Kip EC, Gross R, Bisson GP, Collman RG. Alcohol use and abuse among patients with multidrug-resistant tuberculosis in Botswana. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012;16(11):1529-34.

27. Hossain S, Quaiyum MA, Zaman K, Banu S, Husain MA, Islam MA, et al. Socio economic position in TB prevalence and access to services: results from a population prevalence survey and a facility-based survey in Bangladesh. *PLoS One*. 2012;7(9):e44980.
28. Sreeramareddy CT, Harsha Kumar HN, Arokiasamy JT. Prevalence of self-reported tuberculosis, knowledge about tuberculosis transmission and its determinants among adults in India: results from a nation-wide cross-sectional household survey. *BMC Infect Dis*. 2013;13:16.
29. Oxlade O, Murray M. Tuberculosis and poverty: why are the poor at greater risk in India? *PLoS One*. 2012;7(11):e47533.
30. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:1656-60.
31. Costa SM, Mendoza-Sassi RA, Teixeira TP, Leivas VA, César-Vaz MR. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:1427-35.
32. Freitas IM, Crispim JA, Pinto IC, Villa TCS, Brunello MEF, Pinto PFPS, et al. Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2012;21:642-9.
33. Rintiswati N, Mahendradhata Y, Suharna, Susilawati, Purwanta, Subronto Y, et al. Journeys to tuberculosis treatment: a qualitative study of patients, families and communities in Jogjakarta, Indonesia. *BMC Public Health*. 2009;9:158.
34. Oliveira SAdC, Ruffino Netto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLdP, Scatena LM. Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17:361-7.
35. 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;9:190.
36. Ayé R, Wyss K, Abdualimova H, Saidaliev S. Household costs of illness during different phases of tuberculosis treatment in Central Asia: a patient survey in Tajikistan. *BMC Public Health*. 2010;10:18.
37. Maciel EL, Guidoni LM, Brioshi AP, do Prado TN, Fregona G, Hadad DJ, et al. Household members and health care workers as supervisors of tuberculosis treatment. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):339-43.
38. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Gonzales RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22:176-82.
39. Ponce MAZ, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLdSG, 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. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19:1222-9.
40. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009;43:365-72.
41. Lafaiete RS, Motta MCd, Villa TCS. User satisfaction in the tuberculosis control program in a city in Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19:508-14.
42. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19:994-1002.

43. Palha PF, Silva LMC, Wysocki AD, Andrade RLP, Protti ST, Scatena LM, et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46:342-8.
44. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20:369-77.
45. Gabriel AP, Mercado CP. Evaluation of task shifting in community-based DOTS program as an effective control strategy for tuberculosis. *ScientificWorldJournal*. 2011;11:2178-86.
46. Paz EPA, Sá AMM. The daily routine of patients in tuberculosis treatment in basic health care units: a phenomenological approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17:180-6.
47. Motta MC, Villa TC, Golub J, Kritski AL, Ruffino-Netto A, Silva DF, et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009;13(9):1137-41.
48. Scatena LM, Villa TCS, Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:389-97.
49. Langendam MW, van der Werf MJ, Huitric E, Manissero D. Prevalence of inappropriate tuberculosis treatment regimens: a systematic review. *Eur Respir J*. 2012;39(4):1012-20.
50. Tadesse T, Demissie M, Berhane Y, Kebede Y, Abebe M. Long distance travelling and financial burdens discourage tuberculosis DOTs treatment initiation and compliance in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2013;13:424.
51. Ayé R, Wyss K, Abdualimova H, Saidaliev S. Patient's site of first access to health system influences length of delay for tuberculosis treatment in Tajikistan. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:10.
52. van den Boogaard J, Boeree MJ, Kibiki GS, Aarnoutse RE. The complexity of the adherence-response relationship in tuberculosis treatment: why are we still in the dark and how can we get out? *Trop Med Int Health*. 2011;16(6):693-8.
53. Perrechi MCT, Ribeiro SA. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009;35:1100-6.
54. Lake IR, Jones NR, Bradshaw L, Abubakar I. Effects of distance to treatment centre and case load upon tuberculosis treatment completion. *Eur Respir J*. 2011;38(5):1223-5.
55. Jit M, Stagg HR, Aldridge RW, White PJ, Abubakar I, Team FaTE. Dedicated outreach service for hard to reach patients with tuberculosis in London: observational study and economic evaluation. *BMJ*. 2011;343:d5376.
56. Jurcev-Savicevic A, Mulic R, Kozul K, Ban B, Valic J, Bacun-Ivcek L, et al. Health system delay in pulmonary tuberculosis treatment in a country with an intermediate burden of tuberculosis: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013;13:250.
57. Charokopos N, Tsiros G, Foka A, Voila P, Chrysanthopoulos K, Spiliopoulou I, et al. Modified directly observed treatment for tuberculosis versus self-administered therapy: an observational study in rural Greece. *Rural Remote Health*. 2013;13(2):2114.
58. Paul D, Busireddy A, Nagaraja SB, Satyanarayana S, Dewan PK, Nair SA, et al. Factors associated with delays in treatment initiation after tuberculosis diagnosis in two districts of India. *PLoS One*. 2012;7(7):e39040.
59. Bjerrum S, Rose MV, Bygbjerg IC, Mfinanga SG, Tersboel BP, Ravn P. Primary health care staff's perceptions of childhood tuberculosis: a qualitative study from Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:6.

60. Batra S, Ayaz A, Murtaza A, Ahmad S, Hasan R, Pfau R. Childhood tuberculosis in household contacts of newly diagnosed TB patients. *PLoS One*. 2012;7(7):e40880.
61. Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44:453-61.
62. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44:904-10.
63. 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 e Sociedade*. 2010;19:627-37.
64. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20:44-51.
65. Cramm JM, Finkenflügel HJ, Møller V, Nieboer AP. TB treatment initiation and adherence in a South African community influenced more by perceptions than by knowledge of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2010;10:72.
66. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009;35:610-2.
67. Sá LDd, Gomes ALC, Nogueira JdA, Villa TCS, Souza KMJd, Palha PF. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in Family Health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19:387-95.
68. Terra MF, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment (“DOTS”) contribute to tuberculosis treatment compliance? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008;16:659-64.
69. Caylà JA, Rodrigo T, Ruiz-Manzano J, Caminero JA, Vidal R, García JM, et al. Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain. *Respir Res*. 2009;10:121.
70. Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Beyond DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) in tuberculosis’ control: interfacing and sharing needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17:689-94.
71. Neves LAS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44:1135-41.
72. Sá LD, Oliveira AAVd, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46:356-63.
73. Vieira AA, Ribeiro SA. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2011;37:223-31.
74. Souza MSPL, Pereira SM, Marinho JM, Barreto ML. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:997-1005.

