

PERFIL DEMOGRÁFICO-EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ, SANTA CATARINA, BRASIL

Demographic and Epidemiological Profile of Pulmonary Tuberculosis in São José, Santa Catarina, Brazil

Aurio dos Santos¹, Ilse Lisiane Viertel Vieira², Augusto Poeta Maçaneiro³, Sabrina Silva de Souza⁴

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, apoiada no método do Discurso do Sujeito Coletivo, cujo objetivo foi o de conhecer aspectos do perfil demográfico e epidemiológico da tuberculose pulmonar bacilífera no município de São José, SC, além dos possíveis desdobramentos no âmbito da saúde individual e coletiva. Foram abordados 15 pacientes cadastrados no programa do município. Os resultados apontaram para a necessidade de um trabalho focado em discrepâncias individuais e coletivas sobre a doença, o conceito de Saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS e o Programa municipal, sendo que este último se posiciona como uma ponte a ser fortalecida entre o SUS e a adoção de estratégias eficazes para o êxito do protocolo terapêutico de tratamento, além da promoção da saúde e prevenção da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose Pulmonar; Demografia; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A tuberculose se apresenta hoje como um prioritário problema de saúde pública no Brasil. O Brasil, em conjunto com outros 21 países em desenvolvimento, abriga 80% dos casos no mundo. Estima-se que aproximadamente um terço da população mundial esteja infectado com o *Mycobacterium tuberculosis*, portanto, sob risco de desenvolver a enfermidade. Anualmente ocorrem, no mundo, em torno de oito milhões de casos novos e quase 3 milhões de mortes por tuberculose.¹ Em relação ao gênero, os homens adoecem

ABSTRACT

This was a qualitative research supported by the Collective Subject Discourse, whose goal was to learn about aspects of the demographic and epidemiological profile of pulmonary tuberculosis in São José, SC, Brazil, and the likely developments in individual and collective health. 15 subjects enrolled in the municipal program were studied. The results pointed to the need of a work focused on individually and collectively different views of the disease, the concept of Health, the unified health system (*sistema único de saúde* - SUS) and the municipal program, the latter being a bridge to be strengthened between the SUS and the adoption of effective strategies for successful treatment, health promotion and disease prevention.

KEY WORDS: Tuberculosis, Pulmonary; Demography; Epidemiology.

duas vezes mais do que as mulheres, porém uma pesquisa desenvolvida por Hoa *et al.*², no Vietnã, identificou uma maior incidência entre as mulheres, podendo esse fato estar associado ao melhor acesso ao diagnóstico. Com o surgimento da AIDS, em 1981, observa-se um grande número de notificações de tuberculose em pessoas infectadas com o vírus HIV. Essa associação (HIV/TB) vai impactar no aumento dos índices de morbidade e mortalidade no Brasil e em diversos países.^{3,4}

À luz das dimensões social, demográfica e epidemiológica, a prevalência é maior em áreas de grande concentração

¹ Aurio dos Santos, Professor nos cursos de Nutrição, Medicina e Enfermagem, UNISUL - Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva.

² Ilse Lisiane Viertel Vieira, Professora nos cursos de Nutrição e Enfermagem, UNISUL - Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva. E-mail: iviertel@gmail.com

³ Augusto Poeta Maçaneiro, Acadêmico do Curso de Medicina da UNISUL

⁴ Sabrina Silva de Souza, Enfermeira da SMS de São José, Santa Catarina

populacional e precárias condições socioeconômicas, bem como sanitárias. Estão mais sujeitos à doença os indivíduos que convivem com doente bacilífero, determinados grupos, com redução de imunidade (diabéticos, silicóticos e pessoas infectadas pelo vírus HIV), além das pessoas em uso de corticosteroides.⁵

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um terço da população está infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis* de forma latente e, destes, 8 milhões desenvolverão a doença, levando 2 milhões de pacientes a óbito.⁶ Em Santa Catarina, grandes cidades como Florianópolis, Joinville, Itajaí, Blumenau, Balneário Camboriú e São José vêm apresentando altos índices de pacientes com a doença. No município de São José, de acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2006, foram notificados 89 novos casos de tuberculose. Em 2008, foram notificados 104 pacientes com tuberculose no mesmo município e, em março de 2009, São José possuía 35 pacientes cadastrados em tratamento.¹

Diante de tal quadro, o Ministério da Saúde fez da tuberculose um dos marcadores da saúde no país, fazendo o monitoramento da doença pela Atenção Básica. Outra estratégia que está sendo introduzida no Serviço de Atenção Básica é o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração, proposto pela OMS, que complementa o Programa de Combate à Tuberculose através de estratégias que visam ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento durante o tratamento.⁷

Sob o prisma estratégico, é de vital importância que se conheça o perfil epidemiológico da doença, em conjunto com sua evolução e os vínculos com as características sociais e demográficas. A apropriação desses dados e informações poderá ser determinante para a elaboração de planos de ação tanto para o diagnóstico e o tratamento da doença, quanto para a eliminação dos fatores que estão sendo responsáveis pela sua proliferação.^{3,8}

Sob esse prisma, o estudo apresentou como objetivo conhecer aspectos do perfil demográfico-epidemiológico da tuberculose pulmonar bacilífera no município de São José, bem como os possíveis desdobramentos no âmbito da saúde individual e coletiva com o intuito de subsidiar a tomada de decisão.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, que apresentou como população alvo da investigação os pacientes acometidos por Tuberculose Pulmonar Bacilífera, cadastrados no programa do município de São José em 2009.

Para compor a amostra, foi realizado um sorteio de 15 pacientes a partir do cadastro do programa de Tuberculose do município. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estar cadastrado no programa e aceitar participar da pesquisa após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O processo de coleta de dados ocorreu através de visitas domiciliares com aplicação de um formulário de entrevista estruturado, composto de questões fechadas de múltipla escolha e abertas. A tabulação, o processamento, a análise, a discussão e a interpretação dos dados foram apoiados na dimensão qualitativa do método denominado Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, em que os discursos individuais dos sujeitos do estudo, convergentes e divergentes, compõem os discursos coletivos em razão da magnitude inerente.

Enquanto método, o Discurso do Sujeito Coletivo se apresenta como proposta qualitativa, uma vez que explora a representação social dos respondentes na forma de sujeito coletivo. A opinião coletiva é uma variável empírica de natureza qualitativa capaz, pela interposição de um sujeito de discurso ao mesmo tempo individual e coletivo, de se exprimir diretamente, sem a mediação do metadiscurso do pesquisador e sem a transmutação da opinião em variável quantitativa, com prejuízo de sua natureza essencialmente discursiva.⁹

No que diz respeito aos aspectos éticos e bioéticos, a pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina - CEP UNISUL, sob número: 09.494.6.04.III.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de incidência no município de São José para todas as formas de Tuberculose no ano de 2008 foi de 40,1/100.000 habitantes, enquanto a Tuberculose Pulmonar Bacilífera foi de 20,9/100.000.

No Brasil, observa-se uma tendência à redução nas taxas de incidência; no ano de 2005, a incidência era de 43,0/100.000 habitantes, em 2007, de 39,0/100.000 habitantes, em 2008 de 35,6/100.000 habitantes, sendo que a meta para 2015, segundo a OMS, é de 25,9/100.000 habitantes.^{1,10,11}

O Estado de Santa Catarina aparece como o 22º estado em incidência no país. Nos anos de 2005, 2006 e 2007, a incidência ficou em torno de 27,0/100.000 habitantes e, em 2008, ocorreu um aumento, passando para 28,8/100.000 habitantes, contrária à tendência nacional de queda. Entretanto, apesar da incidência se apresentar menor que a nacional, as cidades litorâneas catarinenses apresentam

incidência de 31 a 41/100.000 habitantes, semelhante à média nacional que, em 2008, foi de 35,6/100.000.¹¹

Os municípios de Balneário Camboriú, Blumenau, Camboriú, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joinville, Navegantes e São José são importantes para o controle da tuberculose, devido ao número de casos, às altas taxas de incidência e ao alto percentual de coinfeção (TB/HIV/AIDS).¹¹ No que diz respeito à coinfeção TB-HIV, percebe-se um acréscimo em Santa Catarina e em São José com uma frequência de 20%. É importante destacar que no Brasil a oferta de testagem para HIV em pessoas com tuberculose consiste de uma recomendação do Programa Nacional, porém a testagem é baixa no país como um todo, ficando em torno de 42% e, em Santa Catarina, a testagem atinge 80%, aspecto que pode ser responsável pelo índice elevado de casos com associação TB/HIV/AIDS, superando o índice do Brasil, que é de 15%.¹²

Na avaliação dos casos novos do ano de 2008, a distribuição no Estado de Santa Catarina, segundo a forma, é: 16,3% tuberculose extrapulmonar, sendo a pleural a mais frequente; 5,3% pulmonar associada à extrapulmonar; e 78,4% pulmonar. Esses números convergem com o observado nacionalmente, em que temos 82,3% na forma pulmonar, 14,3% na extrapulmonar e 3,4% pulmonar associada à extrapulmonar.¹¹

O processo de análise da amostra inerente às variáveis dispostas na tabela 1 permite destacar que, em relação à faixa etária, observa-se predomínio da população economicamente ativa. Em Santa Catarina, no ano de 2008, 67% dos casos de tuberculose estão na faixa etária de 20 a 49 anos, semelhante à avaliação nacional, que foi de 63,9%. Em relação ao sexo, há predomínio da população masculina, 73,3% dos casos, muito superior ao encontrado em Santa Catarina com 1,8 homens para cada mulher com tuberculose.^{3,6,12-14}

Observa-se também que, dos casos estudados, apenas 20,0% são em pessoas naturais do município, fato muito comum na região uma vez que São José faz parte da Grande Florianópolis uma das regiões que mais recebem migrantes, principalmente do interior do estado.

Quanto à escolaridade, o perfil encontrado é diferente do apresentado por Moreira *et al.*⁹ e os dados nacionais,^{12,13} uma vez que não foram identificados, entre os entrevistados, pessoas sem escolaridade, porém há um predomínio de casos entre aqueles com Ensino Fundamental completo ou incompleto com 66,7%.

As famílias dos entrevistados são constituídas por crianças, adultos e idosos. Predominam famílias com 3 a 6 componentes e apenas 13,3% são solteiros. Todos os

outros têm ou tiveram companheiros nos últimos anos. Este aspecto é importante, uma vez que cada caso bacilífero pode contaminar em torno de 10 a 15 pessoas por ano e, quando não tratados, esses familiares fazem parte do grupo com maior risco de adoecer. Outro aspecto a ser destacado nesses familiares são os casos de tuberculose latente uma vez que a doença poderá manifestar-se em outro momento de suas vidas.⁹

Apesar da duração do tratamento inicial ser de 6 meses, 13,3% dos entrevistados estão participando do programa há mais de 7 meses, principalmente em função da associação TB/HIV/AIDS. O programa é descentralizado: cada Unidade Básica de Saúde é responsável pelo atendimento dos moradores da sua área de abrangência e 86,7% dos portadores em tratamento o classificam como muito bom. A introdução do tratamento supervisionado no município tem apresentado uma boa aceitação e um melhor controle. O conhecimento suficiente sobre a doença no que se refere às formas de contágio, ao tratamento e às medidas de prevenção foi encontrado em 53,3% dos entrevistados.

O DOTS (Tratamento Diretamente Observado) no município é realizado muitas vezes pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) através da visita domiciliar diária, momento em que o medicamento é entregue ao paciente com a orientação de que somente pode ingeri-lo sob supervisão, porém 26,7% referem nunca ter recebido a visita do ACS.

Outro aspecto que chama atenção é o número de pacientes que apresentam outros agravos associados como Índice de Massa Corpórea (IMC) elevado (13,3%), hipertensão (6,7%), tabagismo (40,0%), etilistas (26,7%), portadores do HIV (20,0%) e doenças psiquiátricas (20%). Esses dados são importantes quando, por exemplo, são estudados os casos de abandono, uma vez que o fato de apresentar outros agravos associados é fator importante para a não conclusão do tratamento.^{11,15}

Esses pacientes realizam o tratamento da tuberculose nas Unidades Básicas do município, porém essas mesmas unidades não parecem motivá-los a realizar a prevenção de outras enfermidades, uma vez que 33,3% das mulheres entrevistadas não realizam o exame preventivo do colo de útero. Quanto à prevenção contra o câncer de próstata, esses dados são ainda mais preocupantes, uma vez que 53,0% dos homens não realizam essa forma de acompanhamento preventivo.

Sob o prisma da análise qualitativa, apoiada no Discurso do Sujeito Coletivo, observa-se, a partir do Quadro 1, que, no tocante à percepção dos respondentes sobre as necessidades para se ter saúde (Categoria 1), existe a carência de

conhecimento agregado em relação ao conceito de Saúde em sua forma mais abrangente. Diante das contribuições citadas nessa categoria, a fé e o autocuidado podem sugerir a perseverança como única possibilidade em razão das lacunas apresentadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, suas estratégias e seus programas. Fatores esses que, se incorporados e praticados, são indutores e produtores de saúde para o sujeito individual e coletivo.

Tabela 1 - Perfil dos pacientes em tratamento para a Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBPB) no município de São José - SC, segundo a naturalidade e o tempo de residência, 2009.

VARIÁVEIS	(%)
Pacientes do Programa que nasceram em São José	20,0
Moradores que residem há mais de 20 anos em São José	53,4
Moradores que residem há menos de 20 anos em São José	26,6
Total	100

Fonte: dados primários

Tabela 2 - Perfil dos pacientes em tratamento para a Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBPB) no município de São José - SC, segundo a faixa etária, 2009.

VARIÁVEIS	(%)
20 a 49 anos	86,7
50 a 59 anos	6,7
60 e mais	6,6
Total	100

Fonte: dados primários

Tabela 3 - Perfil dos pacientes em tratamento para a Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBPB) no município de São José - SC, segundo o sexo, 2009.

VARIÁVEIS	(%)
Masculino	73,3
Feminino	26,7
Total	100

Fonte: dados primários

Em relação às mudanças que o Programa provocou na vida, no padrão de alimentação e mudanças em razão da terapia medicamentosa dos pacientes (categorias 2, 3, 5 e 6), preocupa o discurso divergente em relação ao mesmo, pelo fato de que, sobre vários respondentes, não ter provocado nenhum tipo de mudança, o que pode sugerir a delimitação no âmbito do Programa Municipal de estratégias e ações que invista na maior sensibilização dos pacientes em relação à doença, à saúde e ao próprio Programa. Por outro lado, no tocante à obediência ao tratamento medicamentoso, observa-se um discurso altamente convergente entre os respondentes, ratificando a adesão ao tratamento medicamentoso como um significativo fator facilitador no controle da doença.

Tabela 4 - Perfil dos pacientes em tratamento para a Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBPB) no município de São José - SC, segundo o estado civil, tamanho da família, escolaridade, doenças crônicas, renda e padrão de sono, 2009.

VARIÁVEIS	(%)
Estado Civil	
Casado	33,3%
Amasiado	33,3%
Divorciado	20,0%
Solteiro	13,3%
Tamanho da Família	
1 a 2 componentes	34,0%
3 a 6 componentes	66,0%
Escolaridade do Portador de TB	
Ensino Elementar Completo ou Incompleto	66,7%
Ensino Médio Completo ou Incompleto	26,6%
Superior Completo	6,7%
Portadores que possuem doenças crônicas não transmissíveis na família	53,0%
Famílias que percebem de 1 a 3 salários mínimos	73,3%
Padrão de Sono do Portador	
2 a 5 horas por dia	13,3%
6 a 7 horas por dia	20,0%
8 ou mais horas por dia	66,7%

Fonte: dados primários

Tabela 5 - Perfil dos pacientes em tratamento para a Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBPB) no município de São José - SC, segundo visita do ACS, informação agregada e agravos, 2009.

Portadores de TBPB nunca receberam visita do ACS	26,7%
Nível de Informação agregada sobre a TB	
Suficiente	53,3%
Insuficiente	46,7%
Portadores que possuem doenças crônicas não transmissíveis na família	53,0%
Hipertensão Arterial Sistêmica do Portador de TBPB	
Normotenso	73,3%
Hipertenso	6,7%
Hipotenso	20,0%
Portadores de TBPB apresentam doenças psiquiátricas	20,0%
Portadores de TBPB portadores de necessidades especiais	6,7%
Portadores de TBPB fazem uso de outras terapias medicamentosas	40%
Portadores de TBPB etilistas	26,7%
Portadores de TBPB tabagistas	40,0%
Portadores de TBPB portadores de HIV	20%

Fonte: dados primários

Em relação à acessibilidade (categorias 4, 7 e 8), os respondentes envidaram percepções que representam vieses de compreensão sobre o SUS e o Programa Municipal de Tuberculose, respectivamente, como política e programa

de direito social. O discurso coletivo divergente de que o acesso ao Programa, aos medicamentos e ao atendimento humanizado é um favor e não um direito converge com a necessidade de maior politização da população, por meio, por exemplo, da educação para a saúde e do exercício da cidadania. Por outro lado, o Programa Municipal de Tuberculose de São José, segundo o discurso altamente convergente dos respondentes, ratifica o seu maior fator facilitador que é garantir acessibilidade digna e competente aos medicamentos, seja pela busca na Unidade Básica sede, seja pela entrega no domicílio do paciente.

Tabela 6 - Perfil dos pacientes em tratamento para a Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBPB) no município de São José - SC, segundo o padrão de refeição, contracepção e prevenção contra o câncer, 2009.

Padrão de Refeições Diárias	
Realiza 4 refeições diárias	66,7%
Realiza 3 refeições diárias	26,7%
Realiza 1 refeição diária	6,6%
Mulheres portadoras de TBPB que não fazem uso de qualquer método contraceptivo	80,0%
Mulheres portadoras de TBPB sem preventivo de CA de colo de útero	33,3%
Homens portadores de TBPB sem preventivo de CA próstata	53,0%

Fonte: Dados Primários

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama de oferta da atenção básica vem sofrendo constantes mudanças em nosso país e isso reflete em mudanças também nos diferentes municípios. Porém, junto com estas mudanças, surgem novas preocupações principalmente quando se observam pacientes realizando o tratamento junto a um programa tão antigo como o da Tuberculose e, ainda assim, apresentando um discurso que evidencia problemas de compreensão sobre o SUS e o Programa Municipal de Tuberculose. O discurso coletivo apresentado neste artigo reflete as contradições encontradas entre sujeitos que recebem o mesmo atendimento e apresentam compreensões divergentes sobre as suas necessidades individuais e coletivas.

O perfil da população estudada não difere de outros estudos, mas aponta para a necessidade de um trabalho individualizado em que cada paciente deve receber um cuidado especial a partir de seu conhecimento e de suas necessidades e em que o programa de tuberculose pode ser uma ponte para o conhecimento do SUS em sua verdadeira dimensão, além de um autêntico e legitimado caminho para promoção da saúde e prevenção da doença.

Quadro 1 - Categorias qualitativas sobre o perfil dos pacientes em tratamento para a Tuberculose Pulmonar Bacilífera no município de São José - SC, 2009.

Categoria 1: Percepção sobre o que precisa para ter saúde.

DSC-C: Para que eu tenha saúde, preciso ter “fé e autocuidado (Ss 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8), recursos financeiros suficientes (Ss 9, 10 e 11), uma boa alimentação (Ss 12 e 13), qualidade de vida (S 14) e acesso à atenção e assistência” (S 15).

Categoria 2: Tipo de mudança que o programa provocou na vida.

DSC-C: o programa provocou “melhoria nas minhas condições de saúde e mais responsabilidade para com a prática do autocuidado (S1 e S2), bem como mudança de atitude, pois parei de fumar (S3), além de uma preocupação que reside no medo de contaminar outras pessoas” (S4 e S5).

DSC-D: o programa “não provocou qualquer tipo de mudança na minha vida” (Ss 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

Categoria 3: Mudanças ocorridas no padrão alimentar depois da tuberculose.

DSC-C: depois da Tuberculose, a minha alimentação sofreu algumas mudanças: “reduzi a quantidade de sal (Ss 1 e 2), reduzi a quantidade de carne (S 3) e reduzi a quantidade de alimentos ingeridos diariamente” (Ss 4, 5, 6, 7 e 8).

DSC-D: depois da Tuberculose, não houve qualquer tipo de mudança no meu padrão alimentar (Ss 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

Categoria 4: Forma de acesso aos medicamentos.

DSC-C: para acessar os medicamentos “me dirijo até o Centro de Saúde para buscá-los (Ss 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7) ou recebo os medicamentos necessários em minha casa” (Ss 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

Categoria 5: Mudanças provocadas em razão da medicação.

DSC-C: depois que comecei a tomar os medicamentos, “percebi que melhorou o meu estado de saúde (Ss 1, 2, 3, 4, 5 e 6), além de ter modificado a minha rotina familiar em razão dos horários que preciso obedecer para tomar os medicamentos” (Ss 7 e 8).

DSC-D: depois que comecei a tomar os medicamentos, “não percebi qualquer tipo de mudança” (Ss 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

Categoria 6: Obediência ao tratamento medicamentoso.

DSC-C: “Obedeço plenamente ao tratamento medicamentoso” (Todos).

Categoria 7: Percepção sobre o acesso aos medicamentos como direito ou favor.

DSC-C: “Entendo que o acesso aos medicamentos do Programa de Tuberculose do município de São José é um direito” (Ss 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10).

DSC-D: “Entendo que o Programa de Tuberculose do município de São José é um favor” (Ss 11, 12, 13, 14 e 15).

Categoria 8: Percepção sobre o acesso ao atendimento humanizado como direito ou favor.

DSC-C: “Entendo que o acesso ao atendimento humanizado proporcionado pelo Programa de Tuberculose do município de São José é um direito” (Ss 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10).

DSC-D: “Entendo que o Programa de Tuberculose do município de São José é um favor” (Ss 11, 12, 13, 14 e 15).

Fonte: Dados Primários

Legenda:

S - Sujeito Respondente

DSC-C - Discurso do Sujeito Coletivo Convergente

DSC-D - Discurso do Sujeito Coletivo Divergente

Não houve, neste artigo, a pretensão de dimensionar o alcance ou o impacto do programa, nem fazer uma análise detalhada sobre a população atendida, mas espera-se ter apontado questões relevantes que possam contribuir para o desenvolvimento de novas atividades junto aos pacientes que realizam o tratamento da tuberculose no município de São José em Santa Catarina.

Em que pese os vieses apresentados pelo Programa Municipal, investir na promoção e prevenção também se configura como estratégia de alto impacto para o tão desejado estado de equilíbrio do processo saúde-doença para o sujeito individual e coletivo.

Tal entendimento se mostra imprescindível, uma vez que abordagens específicas, com populações pequenas, podem evidenciar novos desafios em situações cotidianas concretas.

Agradecimentos

A realização desta pesquisa só foi possível em razão da força tarefa de vários profissionais e segmentos. Nesse sentido, agradecimento se faz à Prefeitura Municipal de São José, por meio da Secretaria Municipal de São José e do Programa de Combate à Tuberculose; à Universidade do Sul de Santa Catarina - Unisul; aos sujeitos participantes da pesquisa e a todos que direta ou indiretamente envidaram esforços e contribuíram para que esta se materializasse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Hoa NB, Sy DN, Nhung NV, *et al.* National survey of tuberculosis prevalence in Viet Nam. *Bull World Health Organ.* 2010; 88:273-80.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Cadernos de Ação Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [Citado em: 2009 maio 12]. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>.
4. Araújo GD. Representações sociais da tuberculose construídas por pacientes em regime prisional [dissertação]. Divinópolis: Universidade do Estado de Minas Gerais; 2009.
5. Serpa JÁ, Teeter LD, Musser JM, Graviss EA. Tuberculosis Disparity between US-born Blacks and Whites, Houston, Texas, USA. *Emerging Infectious Diseases.* 2009 Jun; 15(6): 899-904.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Indicadores 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [Citado em: 2009 maio 12]. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>.
7. Gazzeta CE, Oliveira MR, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). *J Bras Pneumol.* 2007; 33(2): 192-97.
8. Lefevre F, Lefevre AMC. The Collective Subject that speaks. *Interface (Botucatu).* 2007; 3.
9. Monroe AA, Cardozo GRI, Palha PF, *et al.* Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(2):262-7.
10. Moreira CMM, Zandonade E, Reynaldo D, Maciel ELN. Mortalidade específica por tuberculose no estado do Espírito Santo, no período de 1985 a 2004. *J Bras Pneumol.* 2008; 34(8):601-6.
11. Souza SS. Apoio as pessoas com tuberculose e redes sociais [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
12. Santa Catarina. Secretaria do Estado da Saúde. Reunião para implantação do novo esquema de tuberculose em Santa Catarina 2009 [CD-ROM]. Balneário Camboriu (SC): Secretaria do Estado da Saúde; 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Cadernos de Ação Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [Citado em: 2009 maio 12]. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>.
15. Vieira ILV. Não aderência ao tratamento da tuberculose, uma pesquisa qualitativa [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 1998.

Submissão: novembro de 2010

Aprovação: agosto de 2011
