

MÁS ALLÁ DEL DOTS (DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT-COURSE) EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS: MEDIO QUE PROMUEVE LA COMUNICACIÓN Y LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES

Alba Idaly Muñoz Sanchez¹

Maria Rita Bertolozzi²

El presente estudio buscó analizar los significados que los trabajadores de la salud presentan sobre la estrategia en el control de la tuberculosis, y apuntar alternativas que contribuyan para su desempeño. Después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación, fueron entrevistados 15 trabajadores de la salud del Submunicipio de la Sé, de la Secretaría de Salud del Municipio de Sao Paulo, de agosto a diciembre de 2004, por medio de un guión semiestructurado. El estudio fue conducido bajo el marco de la hermenéutica dialéctica y la teoría de la determinación social del proceso salud enfermedad. La DOTS contribuye para la adhesión al tratamiento, promueve la comunicación de encuentros y conversa entre trabajadores y usuarios, en el ámbito institucional y territorial, lo que posibilita la identificación de las necesidades de salud y el encaminamiento para intervenciones apropiadas. Uno de los desafíos de su implementación es concretizarse como espacio que permita aprender, decodificar y reconstruir significados en relación al proceso salud enfermedad, incluyendo el tratamiento y los proyectos de vida de las personas acometidas por la tuberculosis.

DESCRIPTORES: tuberculosis; control de enfermedades transmisibles; relaciones profesional-paciente

BEYOND DOTS (DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT-COURSE) IN TUBERCULOSIS' CONTROL: INTERFACING AND SHARING NEEDS

This study analyzes meanings that health workers attribute to DOTS and points out alternatives that contribute to its performance. After the Research Ethics Committee approved the project, a semi-structured interview was applied to 15 health workers from the central region of the city of São Paulo, SP, Brazil between August and December 2004. This study used hermeneutic-dialectic reference and the theory of social determinants of the health-disease process. DOTS contributes to treatment adherence and promotes interfacing in encounters and conversations between workers and users at the institutional and territorial levels, which permits identifying health needs and implementing appropriate interventions. One of the main challenges to its implementation is to become a space that enables grasping, decoding and reconstructing meanings in relation to the health-disease process including the treatment and life projects of patients with tuberculosis.

DESCRIPTORS: tuberculosis; communicable disease control; professional-patient relations

ALÉM DA DOTS (DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT-COURSE) NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: INTERFACE E COMPARTILHAMENTO DE NECESSIDADES

O presente estudo buscou analisar os significados que trabalhadores da saúde apresentam sobre a estratégia no controle da tuberculose, e apontar alternativas que contribuam para o seu desempenho. Após aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa, foram entrevistados 15 trabalhadores da saúde da Subprefeitura da Sé da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, de agosto a dezembro de 2004, por meio de roteiro semiestructurado. O estudo foi conduzido sob o referencial da hermenéutica-dialética e a teoria de determinação social do processo saúde-doença. A DOTS contribui para a adesão ao tratamento, promove a interface de encontro e conversa entre trabalhadores e usuários, no âmbito institucional e territorial, o que possibilita a identificação de necessidades de saúde e o encaminhamento para intervenções apropriadas. Um dos desafios de sua implementação é concretizar-se como espaço que permita apreender-decodificar-reconstruir significados em relação ao processo saúde-doença, incluindo o tratamento e os projetos de vida das pessoas acometidas pela tuberculose.

DESCRITORES: tuberculose; controle de doenças transmissíveis; relações profissional-paciente

¹Enfermera, Doctor, Profesor, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Colombia, e-mail: aimunoz@unal.edu.co, lyiballa@usp.br;

²Enfermera, Doctor, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: mrbertol@usp.br.

INTRODUCCIÓN

A pesar de tantos años después del descubrimiento de la terapéutica eficaz y de tantas tecnologías de salud a disposición del mundo moderno, la tuberculosis permanece en el escenario epidemiológico mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2005, hubo 8,8 millones de casos nuevos y ocurrieron 1,6 millones de muertes debidas a la enfermedad⁽¹⁻²⁾.

La no adhesión al tratamiento es uno de los principales obstáculos al control de la enfermedad, contribuyendo para aumentar la posibilidad de transmisión del bacilo, además de la probabilidad de resistencia a los fármacos, y de ocasionar mayor chance de recidivas⁽³⁾.

La OMS define como abandono al tratamiento interrumpido durante dos meses consecutivos. La misma Organización apunta, también, estar bastante documentado que por lo menos 30% de todos los pacientes que reciben medicación, por medio de la modalidad de tratamiento auto administrado, no adhieren a la terapéutica en los primeros dos o tres meses. La consecuencia inmediata de la precaria adhesión es la falla del tratamiento y uno de los resultados, en términos de salud pública, conforme anteriormente mencionado, puede ser la emergencia de la multiresistencia, uno de los problemas más importantes a ser enfrentado por la salud pública⁽⁴⁾.

Varias situaciones han sido asociadas a la adhesión al tratamiento y envuelven barreras sociales, culturales, demográficas, así como aquellas relacionadas al proceso de producción de servicios de salud, además de problemas relacionados a los medicamentos. La situación social precaria de los enfermos, la falta de tiempo disponible para la búsqueda de asistencia y la falta de información acerca de la enfermedad y del tratamiento, además de, muchas veces, la difícil relación entre el equipo de salud y los enfermos, son otros factores clave para la no adhesión al tratamiento de la tuberculosis⁽⁵⁾.

En un estudio para analizar la adhesión a la DOTS, en la India, se verificó la necesidad de orientar las investigaciones en lo que se refiere a la enfermedad, a los enfermos y a los trabajadores de la salud, fundamentales en ese proceso. Los investigados apuntan que la investigación puede orientar las prácticas de salud, además de políticas efectivas y sustentables para el control de la enfermedad⁽⁶⁾.

Considerando la difusión de la estrategia de la DOTS en Brasil, como estrategia para mejorar la adhesión y con la finalidad de perfeccionar los indicadores de mortalidad en relación a la tuberculosis, el presente estudio buscó analizar los significados que los trabajadores de la salud tenían sobre la estrategia y su influencia en la adhesión al tratamiento. También buscó apuntar alternativas que contribuyan para el desempeño del Programa de Controle de la Tuberculosis.

MÉTODO

El marco teórico del presente estudio se guía en dos líneas de sustentación: la hermenéutica-dialéctica y la determinación social del proceso salud-enfermedad. La hermenéutica "(...) se ocupa del arte de comprender textos, el término 'texto' es aquí usado en un sentido amplio: biografía, narrativa, entrevista...". Tiene como base la comprensión y, en el caso del presente estudio, en la comprensión de las declaraciones de los protagonistas del proceso de producción de la salud en relación a la tuberculosis. Está íntimamente relacionada a la intersubjetividad, que se refiere a la "capacidad de colocarse en el lugar del otro"⁽⁷⁾.

La hermenéutica exige comprender el todo a partir de la parte y viceversa, surgiendo así, una relación circular: "(...) la anticipación del sentido que tiene por objetivo el todo llega a una comprensión explícita a través del hecho de que las partes que se determinan a partir del todo, determinan a su vez, ese todo"⁽⁸⁾. Así, la comprensión ocurre cuando hay consistencia entre lo general y lo particular.

El concepto de dialéctica se relaciona a la crítica, al cambio, a la contradicción. Los principios que el método dialéctico adopta focalizan la vertiente procesual y el encadenamiento de los procesos en espiral, siempre en renovación, nunca iguales: las cosas se componen en la contradicción⁽⁹⁾. La articulación entre los dos abordajes, la dialéctica y la hermenéutica, permite proceder al análisis de la realidad, habiendo dependencia y complementariedad entre ambas.

La teoría de la determinación social del proceso salud-enfermedad se constituye como otra línea de sustentación teórica, una vez que ese proceso está intrínsecamente articulado a la estructuración de la sociedad: "(...) las condiciones y posibilidades

individuales se funden en un todo social, en un a medio general o resultante común, que no anula la participación individual, ya que los contingentes de individuos contribuyen para esa resultante⁽¹⁰⁾.

Así, el carácter social del proceso salud-enfermedad puede ser verificado empíricamente en la expresión del perfil patológico de los grupos humanos y de sus diferencias en los espacios sociales, que se distinguen por la forma particular de como se relacionan a las formas de trabajo y de desarrollo de la vida.

Partiéndose de esa premisa, fueron analizadas las declaraciones de profesionales de la salud, participantes en la atención básica, y declaraciones de los responsables por las acciones de asistencia y vigilancia epidemiológica de las siguientes unidades básicas de salud que tenían implementada la estrategia DOTS: Unidad Básica de Salud (UBS) Dr.Humberto Pascalli - Santa Cecília, UBS Alexandre Vranjac - Barra Funda, UBS Dr.Joao de Azevedo Lage - Humaitá, UBS Cambuci, UBS Dr.Armando D.Arienzo y Servicio de Asistencia Especializada en DST/SIDA de Campos Elíseos.

Esas unidades de salud integraban la Coordinación de Salud Centro Oeste, Submunicipio de la Sé, de la Secretaría de Salud del Municipio de Sao Paulo que, en la ocasión de la recolección de los datos, era integrada por los Distritos Administrativos: Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolación, Liberdade, República y Santa Cecília, con un total de 339.269 habitantes⁽¹¹⁻¹²⁾. Esa región fue escogida considerando la magnitud con que se presentaba la tuberculosis en el momento de la investigación, con tasa de incidencia de 169,1 por 100.000 habitantes, además de las precarias condiciones de vida y de trabajo de la mayor parte de la población residente.

El proyecto fue inicialmente sometido al Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de la Salud de Sao Paulo, habiendo sido aprobado (Registro 213/2004). Los trabajadores fueron convidados a participar del estudio, mediante el término de consentimiento libre y esclarecido, el cual firmaron. Los datos fueron recolectados en entrevistas, grabadas, habiendo sido mantenido el sigilo de la identidad del declarante y todos los demás cuidados constantes de la Resolución n° 196/96 del Consejo Nacional de Salud⁽¹³⁾.

El número de sujetos que integró el estudio no fue definido *a priori*, en virtud de la metodología adoptada, siendo su límite identificado por ocasión

de la repetición de las informaciones contenidas en las declaraciones.

El instrumento para la realización de la entrevista consistió de un guión semiestructurado que fue sometido a una prueba piloto y, posteriormente, analizado por un investigador calificado antes de iniciarse la recolección de los datos. Algunas preguntas que orientaron el guión de la entrevista fueron las siguientes: Hable sobre su día a día, aquí en el servicio; ¿Cómo es lidiar con personas con tuberculosis?; Hable sobre el tratamiento directamente supervisado; ¿Cuáles son los puntos positivos (facilidades) del tratamiento supervisado?; ¿Cuáles son los puntos negativos (dificultades) del tratamiento supervisado? ¿Cómo esos puntos pueden ser superados? ¿El tratamiento supervisado contribuye para la adhesión al tratamiento?

Las declaraciones fueron analizadas según la técnica de análisis del discurso, apoyada en la Teoría Generadora de Sentido. Esta presupone que el discurso tiene una estructura, la sintaxis, que presenta cierta autonomía en relación a las formaciones sociales como la semántica discursiva, más dependiente de estas y que se refiere a la estructura de las determinaciones inconscientes, o sea, a la dimensión ideológica⁽¹⁴⁾.

Todas las declaraciones fueron analizadas procurándose la racionalidad y su sentido, con enfoque en salud-enfermedad, en el tratamiento, con énfasis en el tratamiento directamente supervisado y en la adhesión al tratamiento.

La profundidad y la literalidad de las declaraciones de los sujetos fueron analizadas por medio de varias lecturas de cada declaración, buscándose los temas y las figuras subyacentes. Las declaraciones fueron sintetizadas en frases temáticas, que fueron agrupadas según las categorías analíticas, constituyendo un *corpus* temático.

Las entrevistas fueron grabadas y la recolección de los datos ocurrió en el período de agosto a diciembre de 2004.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Fueron entrevistados 15 profesionales de la salud: 6 eran auxiliares de enfermería, 5 enfermeras y 4 médicos.

Los significados atribuidos a la tuberculosis por los trabajadores de la salud permitieron verificar

actitudes y conocimientos que todavía revelan estigma y miedo en relación a la enfermedad. Permitieron, también, visualizar la condición de precariedad social de la mayor parte de los usuarios atendidos en las unidades básicas de salud que compusieron el presente estudio, los cuales, en general, en parte expresiva, vivían en la calle o eran usuarios de albergues.

Las siguientes potencialidades en relación a la DOTS fueron apuntadas por los trabajadores entrevistados:

- propicia el vínculo, el diálogo, el compartir entre el profesional y el enfermo;
- permite identificar las necesidades de los enfermos;
- posibilita la inserción social, en el caso de habitantes de la calle y de usuarios de albergues;
- disminuye la posibilidad de recidiva de la enfermedad;
- contribuye para la correcta administración de los medicamentos;
- disminuye la resistencia a los medicamentos;
- es un espacio para ofrecer informaciones de orden educativo.

Por otro lado, también fueron apuntadas limitaciones de la estrategia, que se refieren más específicamente a su operacionalización, como:

- número de funcionarios restringido y falta de equipos interdisciplinarios;
- restricción de los incentivos (merienda, cesta básica) frente a las necesidades de los enfermos;
- resistencia de algunos profesionales de la salud en la asistencia a los pacientes;
- deficiencias en la red de referencia y el sistema de información de la salud;
- deficiencias en la infraestructura de las unidades, principalmente en lo que se refiere al espacio físico, ocasionando limitaciones en las acciones de bioseguridad;
- sobrecarga de trabajo, en consecuencia de las acciones burocráticas que integran el tratamiento supervisado, como el llenado de impresos y la entrega del vale de transporte.

Sin embargo con esas limitaciones, se verificó que la DOTS, en el encuentro entre sujetos: profesional de la salud y paciente, puede constituirse en un espacio para la manifestación de subjetividades y, en ese sentido, puede ayudar a rescatar las potencialidades para la vida de las personas acometidas por la tuberculosis durante los encuentros en lo cotidiano. Al mismo tiempo, posibilita la

identificación de vulnerabilidades y de necesidades que pueden ser trabajadas procesualmente, orientadas para la búsqueda de su superación⁽¹⁵⁾.

La carencia de condiciones objetivas que sustentan el desarrollo de la vida digna de la mayor parte de las personas enfermas debe ser considerada como una cuestión fundamental en el entendimiento de la tuberculosis. No se puede dejar de aprenderla y, así, se defiende que los trabajadores de la salud puedan valerse de instrumentos como la DOTS, permitiendo extrapolar, el escuchar y las intervenciones, más allá del abordaje unívoco, participando de la construcción solidaria de proyectos de ciudadanía, integrando diferentes conocimientos disciplinares, ya que se trata de atender las necesidades de personas portadoras de vulnerabilidades.

Bajo la propuesta de regionalización, contenida en el Sistema Único de Salud brasileño, las unidades básicas de salud presentarían capilaridad para penetrar en el territorio donde se concretiza la vida y el trabajo de sus usuarios. Así, la DOTS sería un instrumento a ser adicionado para la captación de necesidades y para la implementación de alternativas para la superación del momento de enfermarse. Las demandas de la salud que emergen en esos escenarios van más allá de aquellas biomédicas, lo que apunta para la necesidad de acciones en equipo multidisciplinar. Todavía más, la DOTS podría de hecho configurarse como tecnología de relaciones⁽¹⁶⁾.

Inspirándose en el modelo propuesto⁽¹⁷⁾, se presenta, a través de la Figura 1, que la DOTS puede constituirse como un "medio de comunicación". El autor, recurriendo a Pierre Levy, estudioso del tema de la inteligencia colectiva, apunta que: "[...] Todo *medio de comunicación* condiciona el modo de captura de la *información* que es ofrecida a los actores de la 'comunicación' y que ella torna posible. Ella abre o cierra y, sobretudo, ella orienta los dominios de acción y significación (emociones y lenguaje), las utilizaciones posibles de aquel 'medio' que 'conecta' [...]".

La DOTS está implantada en los servicios de salud dotados del Programa de Control de la Tuberculosis y tales servicios se constituyen como "un medio de comunicación"⁽¹⁷⁾. Así, la estrategia también se configura como un medio de comunicación, componiéndose de otros medios de conexión, ya que está conectada a otras actividades/ sectores que, a su vez, son influenciados por otros medios de conexión internos y externos al servicio.

Así la DOTS es propuesta, en este estudio, como un medio de comunicación en la red que integra el proceso de producción de la salud (Figura 1).

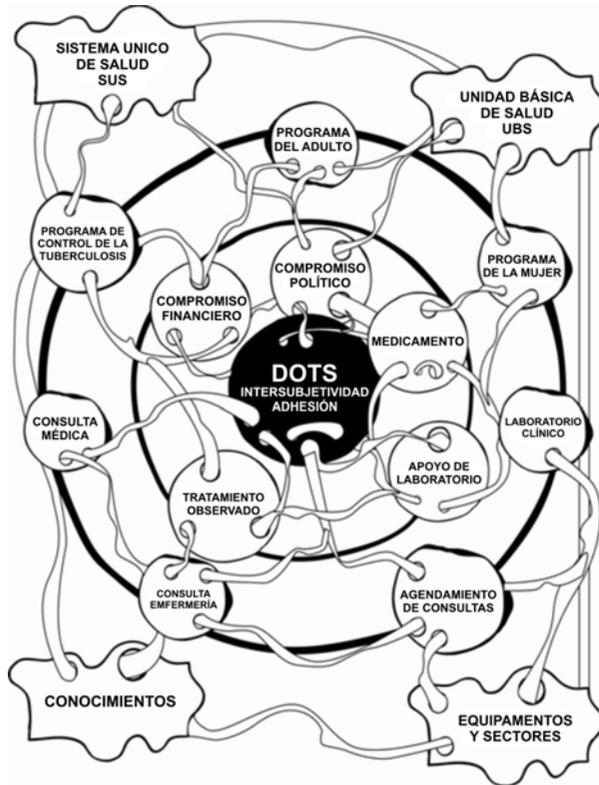


Figura 1 - El tratamiento supervisado: medios de comunicación en la red del proceso de producción de la salud

En la Figura, el círculo nuclear corresponde a la DOTS, los círculos que la rodean pueden ser interpretados como los diferentes servicios, medios e instrumentos que integran las unidades básicas (UBS): la consulta médica, de enfermería, el laboratorio, los programas de salud, entre otros. Todos estos interactúan con el Programa de Control de la Tuberculosis. Los círculos que la rodean representan los medios de comunicación de ámbito más macro y que se refieren a la relación entre la UBS y otros equipamientos, de la salud y sociales (iglesias, escuelas, y otros), además, del círculo que integra los conocimientos, los conocimientos para actuar sobre el complejo tema de la salud.

La operacionalización de la DOTS tiene la potencialidad de aprovecharse de los encuentros⁽¹⁶⁾, de la conversación, de la relación y ese medio de comunicación debe estar guiado por la abertura y disponibilidad para la aprensión de las necesidades de los individuos que presentan la

enfermedad en cuestión. El encuentro cotidiano entre sujetos posibilita desarrollar, en ese medio de comunicación, el acogimiento como un proceso de compartir⁽¹⁸⁾, de acoplar, de contacto y de compromiso entre el trabajador y el usuario en la promoción de la autonomía de este último, en lo cotidiano de sus vidas, siempre teniendo en vista lo individual y lo colectivo.

Así, el gran desafío de la DOTS, además de contribuir para la adhesión al tratamiento de la tuberculosis, es concretizarse como espacio que permita aprender, decodificar y reconstruir significados en relación al proceso salud-enfermedad, incluyendo el tratamiento y los proyectos de vida de las personas acometidas por la tuberculosis. Así, la adhesión es concebida, aquí, como proceso que no impone, y si como de intercambio, de encuentro, que tome la comprensión de la realidad de vida como base para responder a las necesidades sociales y de salud⁽¹⁶⁾.

El análisis de las declaraciones de los trabajadores de la salud evoca, también, la necesidad de revisar las políticas y estrategias para el enfrentamiento de la tuberculosis, entre las cuales la forma como se da el proceso de asistencia de la salud en las unidades básicas, una vez que la problemática social del enfermo va más allá de lo biológico, del ámbito individual y de las medidas farmacológicas. No se puede desconocer los esfuerzos concentrados para operacionalizar la estrategia DOTS en los municipios considerados prioritarios⁽¹⁹⁾. Sin embargo, es imperativo rever la administración de los recursos y la planificación de las acciones de salud para el ofrecimiento de la DOTS en diferentes escenarios, además de la unidad básica, mejorando el acceso a otros niveles y servicios del sistema de salud, teniendo en cuenta las necesidades sociales de los enfermos y sus familias⁽²⁰⁾.

Hay que afirmar, entretanto, que la adopción y la operacionalización de la DOTS no substituyen la necesidad de transformar radicalmente los procesos que generan el enfermarse, en ese caso, la tuberculosis. Acciones meramente puntuales y que tomen a los individuos como unidades aritméticas, objetivo tradicional de las acciones programáticas de manera general, no alcanzarán las metas propuestas por los gobiernos y organismos internacionales en relación al control de la enfermedad, además de poco contribuir para disminuir el sufrimiento de los enfermos.

En el caso específico de la tuberculosis, el trabajador de la salud actúa en lo cotidiano del proceso de producción de la salud en las unidades básicas de salud con personas que, de forma predominante, se encuentran en condición de pobreza y algunos próximos de la exclusión social. Ese encuentro es una oportunidad a ser aprovechada por el equipo para compartir informaciones que orienten a las personas acerca del proceso salud-enfermedad, sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre los derechos que debe reivindicar, ejercer y defender.

CONSIDERACIONES FINALES

El desarrollo de este estudio permitió evidenciar las potencialidades de la DOTS en las unidades de salud estudiadas. La principal fortaleza que emerge de la DOTS, además de la contribución para la mejoría de los indicadores de adhesión al tratamiento, se refiere a la posibilidad de hacer aflorar necesidades de salud que pueden ser el objetivo de planificar intervenciones conjuntas, entre los trabajadores de la salud y los enfermos.

Por otro lado, hay que apuntar las muchas lagunas en la organización de los servicios de salud que deben ser captadas, comprendidas y objeto de transformación, entre las cuales el hecho de que las estructuras jerárquicas precisen transformarse en medios de comunicación, en encuentros, en los cuales sean reconocidos los aportes que cada categoría

profesional puede ofrecer en lo cotidiano de los servicios de salud.

La tuberculosis, como producto social, requiere ser entendida por los trabajadores como proveniente de la forma como se organiza la sociedad y no como un estado proveniente de comportamientos individuales. El trabajo de los profesionales de la salud, orientado para el establecimiento del vínculo con el enfermo, requiere la superación de la tradicional concepción de salud-enfermedad, además, buscando operacionalizar la práctica del cuidado democrático, responsable, respetuoso y empático, teniendo en cuenta la realidad de vida del enfermo, incentivando su participación activa y crítica en lo cotidiano del proceso de atención, en la adhesión al tratamiento y en la construcción de proyectos de vida.

La DOTS, en el Programa de Control de la Tuberculosis, debe seguir los principios doctrinarios que rigen el Sistema Único de Salud. En este, la salud es tomada como un derecho de ciudadanía, siendo ese precepto un avance que permite vislumbrar la esperanza de reconstrucción, transformación y reorientación de las políticas y prácticas de la salud. Es en el espacio, de las unidades básicas de salud y en el territorio donde se localizan, donde los trabajadores de la salud deben visualizar a los usuarios como sujetos portadores de vulnerabilidades y de potencialidades. Esa es una de las formas de superar la naturalización del proceso salud-enfermedad y legitimar la salud como derecho en lo cotidiano de las prácticas de salud.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). The stop tuberculosis strategy. Building on and enhancing DOTS to meet the tuberculosis-related millennium development goals. Geneva: WHO; 2006.
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis [report serial]. Geneva; 2006c. [Acesso 2007 Mar 10]. Available from: <http://www.who.int/gtg/publications>
3. Lwilla F, Schellenberg D, Masanja H, Acosta C, Galindo C, Aponte J, et al. Evaluation of efficacy of community-based vs. institutional-based direct observed short-course treatment for the control of tuberculosis in Kilombero district, Tanzania. *Trop Med Int Health*. 2003;8(3):204-10.
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis [report serial]. Geneva; 2007. [cited 2007 Out 14]. Available from: <http://www.who.int/gtg/publications>
5. Mishra P. Adherence to tuberculosis treatment under directly observed treatment, short-course (DOTS) in Nepal: quantitative and qualitative studies [thesis]. Danish: The Danish University of Pharmaceutical Sciences; 2006.
6. Jaiswal A, Singh V, Ogden JA, Porter JD, Sharma PP, Sarin R, et al. Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi. *Trop Med Int Health*. 2003;8(7):625-33.
7. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 83-108.
8. Gadamer HG. *Verdade e método*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2006.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
10. Breilh J. *Epidemiologia economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP/Hucitec; 1991.
11. Fundação SEADE [Internet]. São Paulo; 2006. [citado 2006 out. 16]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Rio de Janeiro; 2006. [Acesso 2006 out. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
14. Fiorin JL. *Linguagem e ideologia*. 2ª ed. São Paulo: Ática; 1990.
15. Muñoz Sanches AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):319-24.
16. Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no município de São Paulo-SP. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
17. Teixeira RR. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva.. *Interface, comunicação, saúde, educação*. 2005;9(17):219-34.
18. Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
19. Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSSG, Gazetta CL. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(1):171-3.
20. Cardozo Gonzáles RI, M AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(1):95-100.