



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**

**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIANA DE ARAÚJO ROCHA**

**ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2016**

**MARIANA DE ARAÚJO ROCHA**

**ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Campina Grande  
como pré-requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Enfermagem

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Ma. Rayrla Cristina de  
Abreu Temoteo

**CAJAZEIRAS-PB**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

R672a Rocha, Mariana de Araújo.  
Acompanhamento do Tratamento da Tuberculose na atenção primária à saúde: revisão integrativa / Mariana de Araújo Rocha. - Cajazeiras, 2016.  
56p. : il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Tuberculose. 2. Tuberculose-tratamento. 3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermagem. I. Temoteo, Rayrla Cristina de Abreu. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 616-002.5

MARIANA DE ARAÚJO ROCHA

ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Aprovada em 08/10/16

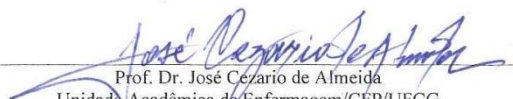
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Ma. Rayrla Cristina de Abreu Temoto  
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG  
Orientadora



Prof. Ma. Cícera Renata Diniz Vieira  
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG  
Examinadora



Prof. Dr. José Cezário de Almeida  
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG  
Examinadora

CAJAZEIRAS – PB  
2016

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, por se fazer presente na minha vida, mesmo que às vezes misteriosamente oculto, permanece cuidando, guardando e sustentando minha vida, para que eu nunca desista dos meus objetivos e dos planos que traço para o alcance dos meus sonhos, pois espero que o senhor me ajude a fazer sempre dos seus planos, os meus planos.

Agradeço aos meus familiares que sempre estiveram presentes me apoiando e dando força para que eu continuasse na luta, fazendo me sentir segura. Às minhas tias-mães Fátima, Antônia e Maria, que fizeram e fazem de tudo para que eu alcance meus sonhos sempre estando do meu lado em qualquer situação. As avós Selvira (*in memorian*) e Dionísia (*in memorian*) que não estão mais presentes neste mundo mas, pretendo um dia me tornar um pouquinho das mulheres guerreiras e vencedoras que foram.

Em especial para os meus pais, Arion Araújo Sousa e Maria Marlene Dias da Rocha Sousa, pois ambos cuidaram de mim, sempre com muito amor, carinho e dedicação. Ao meu irmão que sempre fez questão de me passar exemplos bons, fazendo sempre o papel de irmão mais velho, me defendendo e me protegendo em todos os momentos. Vocês com certeza foram meu alicerce para continuar e lutar pelos meus objetivos. Amarei vocês eternamente!

As minhas amigas, Jaine Batista, Nathalia Azevedo, Thaline Ingrid, Camila Rolim, Rayanne Rilka e Paula Mikaelle que com certeza fizeram parte da minha história e quero leva-las para o resto da vida, agradeço por serem paciente, por me apoiarem sempre e terem proporcionado tantos momentos felizes juntas. Agradeço aos meus colegas de turma, por todos os momentos vividos ao longo da graduação, aprendemos muita coisa juntos.

Reverencio a minha professora orientadora Rayrla Cristina de Abreu Temoteo, por gentilmente e pacientemente ter me ajudado e me guiado no decorrer deste trabalho, me dando todo o conhecimento e suporte necessário.

Aos componentes da banca examinadora, por aceitarem avaliar a pesquisa, pela disponibilidade e valiosas contribuições.

Meu muito obrigada a todos que contribuíram direta e indiretamente para a construção desta pesquisa.

*“A sabedoria, porém, lá do alto é, primeiramente, pura; depois, pacífica, indulgente, tratável, plena de misericórdia e de bons frutos, imparcial, sem fingimento.”*

*(Tiago 3:17)*

ROCHA, Mariana de Araújo. **Acompanhamento do Tratamento da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa**. 57f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB. 2016.

## RESUMO

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infecciosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Embora sejam realizadas estratégias para o controle dessa doença, ainda é elevada a sua incidência e mortalidade, sendo apresentada como um problema de saúde pública. Mesmo que venham ocorrendo mudanças no cuidado ao doente de tuberculose, voltadas para a atenção básica, ainda há fragilidades que contribuem para a não adesão ao tratamento. O que reflete na persistência de cepas multirresistentes, bem como na continuidade da morbidade e mortalidade, repercutindo de forma negativa no controle da doença. Contudo os princípios básicos para a realização do tratamento referem-se a associação medicamentosa adequada e utilização das doses corretas por tempo suficiente. Evitando assim a persistência bacteriana e a resistência farmacológica, assegurando a cura do paciente. **Objetivo:** Apresentar, por meio da literatura, como é realizado o Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a síntese do conhecimento e a incorporação da utilidade de resultados de estudos significativos na prática. A pesquisa foi realizada nas bases de dados SCIELO e BIREME, onde foram utilizados como critérios de inclusão para seleção: Artigos científicos completos, publicados em português, nos últimos cinco anos (2012-2016), que estivessem disponíveis na íntegra e que abordassem a temática escolhida para o presente estudo. Foram utilizados os descritores “tuberculose”, “tratamento”, “enfermagem” e “Atenção Primária à Saúde” **Resultados e Discussão:** Foram encontradas 477 publicações, nos quais após a utilização dos critérios foram identificados 12 artigos para avaliação criteriosa. Da análise emergiram cinco categorias: abordando o conhecimento dos profissionais acerca da tuberculose e o Tratamento Diretamente Observado; os desafios para a realização do Tratamento Diretamente Observado; a equipe multiprofissional no tratamento da tuberculose; a necessidade de educação continuada direcionada para a assistência ao portador de tuberculose; e por fim, referiu-se as recomendações para a prática dos profissionais no Tratamento Diretamente Observado da tuberculose. Foi possível observar fragilidades no atendimento integral, mostrando a importância de formação de uma equipe multiprofissional no cuidado ao doente de tuberculose, foi também evidenciado a presença de fatores relacionados tanto ao paciente quanto aos profissionais que contribuem para a não adesão ao tratamento, além de um déficit de conhecimento dos profissionais em relação a doença, considerando a relevância de educação continuada e capacitações para a equipe da Atenção Primária à Saúde, a fim de promover melhorias nas ações educativas e assistenciais. **Considerações Finais:** O estudo demonstrou que há necessidade dos profissionais de saúde em geral e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, desenvolverem um melhor preparo para lidar com o paciente de tuberculose, estando capacitados para oferecer orientações, cuidado integral, atendimento e supervisão adequada do tratamento, envolvendo uma equipe multidisciplinar, visando à qualidade da assistência e à promoção da saúde.

**Palavra-chave:** Tuberculose; Tratamento; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Tuberculosis is an infectious disease caused by the bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Although there are strategies to control it, its incidence and mortality are still high, being presented as a public health problem. Even with important changes at the primary health care in the assistance to tuberculosis (TB) patients, there are still fragilities that lead to non-adherence to treatment, what collaborate to persistence of multidrug-resistant strains. Therefore, its morbidity and mortality are maintained, and this impairs the disease control. With regards to the treatment, it consists in the use of an appropriate combination of drugs in correct doses and for long enough. Thus, avoiding the bacterial persistence and drug resistance, so ensuring the patient's cure. **Objective:** To present, through the pertinent literature, the way that the Directly Observed Treatment of tuberculosis is done at the Primary Health Care. **Methodology:** This is an integrative literature review, which enables the synthesis of knowledge and the insertion of the significant results of the main studies, to the practical conducts. For the survey, the SCIELO and BIREME databases were used, and the inclusion criteria for selection were: complete scientific articles published in portuguese, at the last five years (2012-2016), available in full, and pertinent to the topic of this study. The descriptors: "tuberculosis", "treatment", "nursing" and "Primary Health Care" were used. **Results and Discussion:** 477 publications were found, of which, after using the points of criteria, we identified 12 articles for a detailed evaluation. From the analysis, five categories emerged: the knowledge of the health professionals about tuberculosis and the Directly Observed Treatment; challenges to the realization of the Directly Observed Treatment; the multidisciplinary team to treat tuberculosis; the need for continuous education directed to the care of TB patients; and the recommendations for the professional practices on the Directly Observed Treatment of tuberculosis. We observed fragilities on the integral attendance, revealing the need to forming a multidisciplinary team for the care of TB patients; was also evidenced the presence of factors related to both, patient and professional, that lead to non-adherence to treatment; and the professionals demonstrated a lack of knowledge about the disease, pointing to the importance of the continuous education, and training for the team of the Primary Health Care, in order to improve the activities of education and health care. **Final Considerations:** The study evidenced that the professionals working at the basic health attention, including nurses, need more instruction to deal with TB patients, being able to offer guidance, integral care, assistance and adequate supervision of the treatment, involving a multidisciplinary team, aiming at the quality of care and the health promotion.

**Keywords:** Tuberculosis; Treatment; Nursing; Primary Health Care.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Quadro de Esquema Básico para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes.....	23
<b>Figura 2</b> - Quadro de Esquema Básico para tratamento de tuberculose em crianças (menores de 10 anos) .....	24
<b>Figura 3</b> - Esquema terapêutico para tuberculose Multidrogarrestente.....	25
<b>Figura 4</b> - Fluxograma do percurso metodológico nas bases de dados SCIELO e BIREME.....	32

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Buscas realizadas nas bases de dados, com as respectivas quantidades de publicações com quatro e três descritores.....31

**Tabela 2** - Publicações incluídas nesta revisão integrativa de acordo com o autor, ano de publicação, periódicos, título e objetivos.....33

**Tabela 3** - Publicações incluídas nesta revisão integrativa de acordo com títulos e principais resultados.....34

## **LISTA DE SIGLAS**

**AB** – Atenção Básica

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**BCG** – Bacilo de Calmette e Guérin

**DOTS** – Directly Observed Therapy Short-Course

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PNCT** – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TB** – Tuberculose

**TDO** – Tratamento Diretamente Observado

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1	OBJETIVO GERAL:.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	15
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	Erro! Indicador não definido.
3.1	A TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....	16
3.1.1	<b>Breve Histórico</b> .....	<b>16</b>
3.1.2	<b>Situação Epidemiológica</b> .....	<b>17</b>
3.1.3	<b>Tuberculose x Síndrome da Imunodeficiência Adquirida</b> .....	<b>18</b>
3.1.4	<b>Abandono do tratamento e Multidrogarresistência</b> .....	<b>19</b>
3.2	O TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE.....	20
3.2.1	<b>O Tratamento na Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>20</b>
3.2.2	<b>Esquema Básico do Tratamento</b> .....	<b>22</b>
3.3	ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>29</b>
4.1	CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS .....	30
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
5.1	CATEGORIA 1: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA TUBERCULOSE E O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO.....	37
5.2	CATEGORIA 2: DESAFIOS PARA A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO .....	38
5.3	CATEGORIA 3: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE .....	41
5.4	CATEGORIA 4: NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DIRECIONADA PARA A ASSISTÊNCIA À PESSOA COM TUBERCULOSE.....	42
5.5	CATEGORIA 5: RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS NO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE .....	44
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>47</b>
	<b>APÊNDICE</b> .....	<b>52</b>
	<b>APÊNDICE- A</b> .....	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (SOUZA; SILVA 2010). No Brasil essa doença tem sua disseminação associada às condições socioeconômicas da população, acometendo principalmente pessoas que residem em locais sem saneamento básico e em más condições de moradia, como periferias (DALCOLMO et al., 2007).

Embora sejam realizadas estratégias para o controle dessa doença, ainda é elevada a sua incidência e mortalidade, sendo apresentada como um problema de saúde pública (BRASIL, 2012). O Brasil ocupa a 18ª posição em número de casos de TB no mundo, sendo registrados, entre 2005 e 2014, uma média de 70 mil casos novos e 4.400 mortes pela doença no país. Em 2014, o Brasil registrou 4.374 óbitos causados pela TB. Até fevereiro de 2016, haviam sido diagnosticados e registrados, em 2015, 63.189 casos novos da doença no Brasil.

O coeficiente de incidência de TB para cada 100 mil habitantes passou de 38,7 em 2006, para 30,9 em 2015, o que corresponde a uma redução de 20,2%. O estado da Paraíba apresenta um coeficiente de incidência menor que o do país com 24,5/100 mil habitantes (BRASIL, 2016). Apesar da diminuição da incidência global do número de casos e óbitos nas últimas décadas, a doença ainda é caracterizada como uma doença negligenciada, sendo evidenciada pelo princípio das ações realizadas, voltadas aos seus determinantes sociais (SOUZA et al., 2014).

Um dos enfoques mais importantes contra a TB trata-se do abandono do tratamento, pois é uma das razões para o aumento da mortalidade, incidência e multidrogarresistência (BRASIL, 2002). Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem o intuito de colaborar para a construção de novas relações entre os profissionais da saúde e a população, contribuindo nos casos para o controle da doença, pois as atividades são desempenhadas de acordo com as necessidades locais, realizando busca ativa de sintomáticos respiratórios, educação em saúde, supervisão medicamentosa juntamente com a busca dos faltosos, procurando esclarecer dúvidas sobre a doença e tratamento (SOUZA, 2007).

Contudo, a Atenção Básica (AB) promove um contato próximo com a população, necessitando ter condições para realizar diagnóstico de TB pulmonar bacilífera, identificar sintomáticos respiratórios, e realizar o tratamento com esquema básico a fim de colaborar para o controle da doença (BRASIL, 2015).

Mesmo que venham ocorrendo mudanças no cuidado ao doente de TB, voltadas para AB, ainda há fragilidades que contribuem para a não adesão ao tratamento, o que reflete na persistência de cepas multirresistentes, bem como na continuidade da morbidade e mortalidade, repercutindo de forma negativa no controle da doença (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; SOUZA, 2008).

Mediante isso, os serviços de saúde devem proporcionar meios necessários que garantam que a pessoa com diagnóstico de tuberculose seja adequadamente tratada. De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2011), os princípios básicos para a realização do tratamento referem-se a associação medicamentosa adequada e utilização das doses corretas por tempo suficiente. Evitando assim a persistência bacteriana e a resistência farmacológica, assegurando a cura do paciente.

Desse modo, quando é realizada uma adequada operacionalização do tratamento e seguidos os princípios básicos da terapia medicamentosa a doença pode ser até 100% curável (BRASIL, 2011).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) assegura um vínculo entre o serviço de saúde, o doente e a família, identificando grupos de risco para a não adesão ao tratamento, propiciando uma aproximação dos profissionais, para com os indivíduos e seu contexto social. Essa estratégia deve ser aplicada em todos os casos de TB, desenvolvendo um vínculo entre o paciente e o profissional, desviando as barreiras que dificultam a adesão ao tratamento, devendo desenvolver estratégias para as demandas encontradas (BRASIL, 2011).

O controle do tratamento baseia-se na execução de atividades programáticas, onde são utilizados corretamente os medicamentos a fim de obter sucesso terapêutico, permitindo o acompanhamento da evolução da doença. Este acompanhamento deve ser realizado pelo enfermeiro, onde devem ser utilizadas fichas de acompanhamento da tomada da medicação como instrumento de trabalho, auxiliando no reconhecimento de efeitos adversos, intercorrências e verificação das frequências das tomadas (BRASIL, 2011).

Os profissionais da APS devem conduzir os casos de TB, respaldando-se na humanização do cuidado, fazendo uso de uma escuta solidária, a fim de reconhecer as necessidades do doente e com ele determinar as estratégias para realizar um melhor tratamento, havendo uma co-responsabilização, envolvendo o compromisso do serviço juntamente com o doente (SÁ et al., 2007).

Diante do exposto, é notável a relevância da supervisão do tratamento da TB por profissionais na APS, contribuindo assim para o controle da doença, aumentando as chances de cura e diminuindo o número de casos de abandono. Logo, aponta-se a seguinte questão norteadora para o referido estudo: Como está sendo realizado o Tratamento Diretamente Observado nas Unidades de Saúde da Família?

O motivo que influenciou a realização desta pesquisa está atrelado a aspectos epidemiológicos de abandono do tratamento, que estão diretamente ligados a não realização do TDO, ou realização de forma insatisfatória, o que é refletido a partir dos problemas operacionais do serviço, e o modo como a equipe desenvolve o seu trabalho, mediante também a relevância do tema abordado, pois a doença ainda é um importante problema de saúde pública, analisando as principais dificuldades para a eficiência do TDO realizado pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF).

Este estudo tem o intuito de contribuir para a sensibilização e elucidação por parte dos profissionais da AB e acadêmicos da área, sobre a importância de suas ações na realização do TDO da tuberculose, servindo como base norteadora para pesquisas, a fim de colaborar para a melhoria da assistência prestada no decorrer do tratamento, assim como contribuir no aprimoramento das estratégias para a eficiência da terapêutica.

## **OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GERAL:**

Apresentar, por meio da literatura, como é realizado o Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Realizar o levantamento das produções científicas a respeito da realização do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde;
- Sintetizar e selecionar as pesquisas de acordo com a temática e critérios estabelecidos;
- Identificar os principais fatores que permeiam a realização do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde, na literatura;
- Identificar e descrever categorias sobre a realização do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde, a partir dos artigos selecionados.
- Refletir sobre a prática dos profissionais de saúde da Atenção Básica com o manejo da tuberculose e do Tratamento Diretamente Observado.



## REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 A TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

#### 1.2.1 Contexto Histórico

A TB é considerada um problema de saúde pública global, estando diretamente ligada as condições de miséria, como: desnutrição, moradia insalubre, superpopulação e cuidado inadequado de saúde (MENDES; FENSTERSEIFER, 2014).

Os primeiros casos de TB no humano, ficaram conhecidos como a “peste branca”, há mais de 5.000 anos a.C, ocorreram em múmias egípcias, nas quais apresentavam comprometimento vertebral pela doença (o mal de Pott), além de apresentarem tecidos que continham o DNA do *M. tuberculosis* (DANIEL, 2000).

Presume-se que a doença causou epidemia na população indígena brasileira, a partir da colonização europeia (DANIEL, 2000; RUFFINO, 2002). Assim no período da colonização portuguesa o contato dos jesuítas e colonos infectados pela “peste branca” possibilitou o adoecimento e morte dos índios que tiveram contato com os doentes. Pressupõe que o Padre Manuel da Nobrega tenha sido o primeiro indivíduo conhecido portador da doença no país (CAMPOS, 2001).

Por conseguinte, ao longo do século XIX a saúde era insuficiente e a higiene e urbanização das grandes cidades ficavam a cargo das autoridades locais. Contudo a saúde pública ocorria de acordo com os interesses econômicos e políticos da elite (ALENCAR, 1985). No entanto eram nas Santa Casas de Misericórdia onde realizavam a atenção aos pacientes com TB do período da colonização do Brasil até a época dos sanatórios e dispensatórios a partir do ano de 1920 (CAMPOS, 2001; BELCULFFINE, 2009).

No Brasil, no século XIX, a TB apresentava-se como uma importante causa de mortalidade, ocasionando 700 óbitos a cada 100.000 habitantes (RIOS, 2009). Até a metade do referido século a doença era vista pela população como um refinamento, sendo motivada pelo ideário romântico entre os intelectuais e artistas, pois tinham uma visão lírica da doença permitindo serem capazes de expressar seus sentimentos de ambivalência (PORTO, 2007).

Somente no século XX, a doença passou a ser identificada como um preocupante problema de saúde pública, devido a sua subsistência e propagação principalmente entre as

populações desconhecidas, passando a ter uma concepção de “mal social”, posteriormente convergida para *estigmatização* social do enfermo (NASCIMENTO, 2005).

Em 1899, foram fundadas no Rio de Janeiro, a liga brasileira contra a TB (ANTUNES, 2000). Assim a participação do setor público na luta contra a doença teve início no século XX, pelo então Diretor Geral de Saúde Pública Oswaldo Cruz, instituindo o Plano de Ação Contra a Tuberculose, com a intenção de implantar condutas profiláticas e terapêuticas, o que acabou tendo pouca repercussão (RUFFINO, 2002, 1999).

Em 1927, sob supervisão da Liga Brasileira Contra a TB, foi introduzida a vacinação com Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) em recém nascidos. Logo depois, em 1930 de início a formação profissional para o controle da doença por Clementino Fraga no ensino de Tisiologia na Faculdade Nacional de Medicina (HIJJAR, 2007).

Em 1943, ocorreu a descoberta da estreptomicina pelo americano Selman Waksman, e posteriormente nas décadas seguintes foi iniciada a utilização de novos fármacos como: isoniazida, pirazinamida, etambutol e rifampicina que são utilizadas até hoje como fármacos de primeira linha para o tratamento (SOUZA, 2006).

Atualmente três dimensões são aplicadas para o controle global da TB, são elas: humanitárias, de saúde pública e econômicas. Concebendo um maior otimismo frente a abordagens interdisciplinar, mostrando a importância do estudo da evolução da doença, o que pode oferecer meios na implementação de políticas públicas, visando o seu controle, e contribuindo para a não repetição de erro como estigmatização social do doente (SIQUEIRA, 2006).

### **1.2.2 Aspectos Epidemiológica**

Com as taxas de cura e abandono longe de alcançarem as metas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a TB continua sendo um importante problema de saúde pública, apesar dos progressos conquistados pelo o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012)

De acordo com estimativas da OMS, uma a cada três pessoas no planeta é portadora do *M. tuberculosis*. Em 2013 nove milhões de indivíduos desenvolveram TB e 1,5 milhões foram a óbito, tornando-se assim a doença mais letal entre as doenças infectocontagiosas no mundo (WHO, 2014). O Brasil, ocupa a 18ª posição em números absolutos de casos de TB e

faz parte dos 22 países priorizados pela OMS no que diz respeito à alta carga de prevalência da doença. Nas capitais brasileiras, em 2015, foram notificados 23.161 casos novos de TB, tendo a capital do estado da Paraíba, João Pessoa, um coeficiente de 45,2 para cada 100 mil habitantes, excedendo o valor do coeficiente nacional de 30,9/ 100 mil hab. (BRASIL, 2016).

No decorrer dos últimos anos houve uma redução do número de casos e de óbitos. Em 1990 ocorreram cerca de 1,3 milhões de mortes, comparado ao ano de 2012, no qual esse número foi de 940 mil. No entanto, apesar da redução na taxa de mortalidade, o número de óbitos em decorrência da TB ainda é considerado elevado, pois sua maioria poderiam ter sido evitados, devido ao tratamento ser eficaz e disponível desde a década de 1960 (PILLER, 2012; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014)

A doença é predominante na população do sexo masculino, obtendo em 2012 o coeficiente de incidência de 50,2/100.000 hab, sendo 2,1 vezes maior em relação ao sexo feminino e ainda variando a faixa etária de 40 a 59 anos nos homens e 20 a 39 anos nas mulheres (BRASIL, 2014).

De acordo com a OMS (2015), ainda é um desafio para o país alcançar a taxa de cura acima de 85% recomendada pela OMS, pois desde 2005 essa taxa é mantida de forma constante com 73,5% em 2009 e 71,6% em 2010. E ainda em 2013 a taxa de sucesso de tratamento em casos novos e recaídas em uma coorte de 76.543 foi de 72%.

Há indícios de que a persistência da doença no Brasil reflete o período de desenvolvimento social do país, dos quais os determinantes de estado de pobreza, deficiências quantitativas e qualitativas de gestões e fragilidades das organizações dos serviços de saúde restringem as ações de controle (NOGUEIRA, 2010).

Diante da problemática da TB no mundo, foi aprovada na Assembleia Mundial de Saúde a Estratégia Global e Metas para prevenção, atenção e controle da doença pós-2015, denominada estratégia pelo fim da TB, visando “Um mundo livre de tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido a tuberculose”, tendo como objetivo o “fim da epidemia global da doença” (BRASIL, 2016).

### **1.2.3 Tuberculose x Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

Existe uma relação entre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a TB, devendo sempre pensar em TB quando uma pessoa apresentar HIV-positivo e vice-versa.

Sendo frequente a descoberta de um indivíduo HIV- positivo durante o diagnóstico de TB, devendo garantir ao paciente acesso ao teste HIV e quando for o caso encaminhar para o tratamento retroviral, realizando uma abordagem integral a esse paciente (BRASIL, 2011).

A tuberculose é representada como uma emergência global. Em 2014 foram estimadas 9,5 milhões de pessoas com a doença, das quais 12% eram HIV- positivas, havendo morte de 1,5 milhões de pessoas, sendo 1,1 milhão HIV-negativo (BRASIL, 2015). No ano de 2015 no Brasil, apenas 68,9 % dos casos novos de TB foram submetidos a testagem para HIV. Esses resultados revelaram 9,7% de pessoas com a coinfeção TB-HIV no país (BRASIL, 2016).

É frequente a desistência do tratamento da TB, causando um sério problema de saúde no país, especialmente quando ocorre por pacientes também infectados pelo HIV (BRASIL, 2002).

#### **1.2.4 Abandono do tratamento e Multidrogarresistência**

A principal causa da resistência às medicações ocorre devido ao tratamento irregular, mostrando a importância do diagnóstico rápido e realização do tratamento (DALCOLMO et al., 2007).

As resistências podem ser classificadas em Monorresistência (refere-se a resistência a um fármaco antiTB), Polirresistência (resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto à associação rifampicina e isoniazida), Multirresistência (refere-se a resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida) e a Resistência Extensiva (resistência à rifampicina e isoniazida acrescida à resistência a uma fluoroquinolona) (BRASIL, 2011).

A resistência é evidenciada quando após o 4º mês de tratamento ainda é indicado na baciloscopia positividade (BERTOLOZZI et al., 2014). Contudo, vem sendo constatada, em todo o mundo a ocorrência crescente de TB multirresistente a partir da introdução da rifampicina aos esquemas terapêuticos no final da década de 1970 (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2016) SITE-TB é a ferramenta mais viável para a vigilância de casos de tuberculose que necessitam de tratamentos especiais no Brasil.

Em 2015, foram registrados 1.027 casos de drogarresistência, sendo 476 casos de monorresistentes, 442 multirresistências, 72 polirresistência, 8 resistências extensivas e 29

casos com resistência não definida no momento do diagnóstico, sendo a maioria do sexo masculino de 15 a 54 anos (BRASIL, 2016).

A taxa de abandono do tratamento da TB atualmente no Brasil, é estimada em 10% dos casos notificados, mais que o dobro dos 5% preconizados pela OMS (VIANA, 2014). 73 mil indivíduos que são diagnosticados pela doença por ano, no mínimo 7 mil deles são na maioria homens adultos, pobres, escolaridade baixa, usuários de álcool e/ou drogas que circulam pelos grandes centros sem acompanhamento médico (FORTES, 2016).

Assim, considera-se que um paciente se torna desistente do tratamento quando ele deixa de comparecer às consultas e acompanhamentos nas USF por mais de 30 dias (BRASIL, 2002).

Nesse contexto um dos principais desafios para o combate à TB é o abandono do tratamento, ocorrendo em consequência desses abandonos o aumento da mortalidade, do custo do tratamento, e das taxas de recidiva; e ainda facilitam o desenvolvimento de cepas resistentes. Contudo, os fatores associados ao abandono estão ligados ao doente e a modalidade do tratamento utilizado, assim como também aos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2005).

### 1.3 O TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE

#### 1.3.1 O Tratamento na Atenção Primária à Saúde

O SUS realiza o tratamento da TB, sendo conduzido pelas diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), utilizando o esquema terapêutico fornecido gratuitamente pelo estado (BRASIL, 1997).

Em 1993, a OMS preconizou a estratégia DOTS (*Directly Observed Therapy Short-Course*) como resposta global para o controle da doença, após declarar a TB como emergência mundial. A estratégia recomenda que o doente faça a tomada da medicação diretamente observada por um profissional de saúde treinado (BRASIL, 2011). Em 2006 essa estratégia foi consolidada pela Estratégia Stop TB, que teve como intuito diminuir em 50% os coeficientes de prevalência e de mortalidade de 1990 até 2015 (BRASIL, 2016).

O DOTS é apontado como uma tecnologia de gestão de cuidado para o controle da TB. Tendo em vista o aumento da adesão ao tratamento, e uma maior exploração das fontes de infecção e aumento da probabilidade de cura, reduzindo assim o risco de transmissão na

comunidade, levando as ações para além do tratamento, realizando investigações do perfil sociocultural e econômico do paciente (BRASIL, 2005).

O elemento chave da estratégia DOTS é a realização do TDO, que oferece a continuidade do cuidado e ajusta-se a singularidade dos núcleos familiares. Alcançando, dessa forma além da supervisão das tomadas das medicações, pois impõe a indispensabilidade de fortalecimento do vínculo como componente estruturante na atenção e controle da TB, impondo uma maior responsabilidade da equipe de saúde (BRUNELL,2009; VILLA et al., 2012).

O acompanhamento do paciente com TB durante o seu tratamento precisa ser prioritário, dando a atenção maior aos contextos da saúde-doença, aspectos culturais, sociais e psicológicos (SÁ et al., 2011)

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2011) o TDO da TB constitui-se na tomada da medicação sob supervisão de um profissional de saúde usualmente toda semana, sendo realizado de segunda a sexta-feira possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os profissionais enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

Não é apontado como supervisionado para fins operacionais os casos em que o TDO não for realizado por profissionais de saúde. Porém, deve ser constantemente orientado sobre a necessidade da tomada diária da medicação o doente que tiver necessidade de realizar a supervisão apenas por três vezes semana. Para fins operacionais, considera-se tratamento supervisionado, o tratamento que for realizado a supervisão em no mínimo 24 tomadas na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção, contabilizadas ao final do tratamento (BRASIL, 2011).

Em estudo realizado por Silva et al (2014) em um município no estado da Paraíba, tendo a TDO como um indicador, mostrou que 55,5 % das unidades de saúde investigadas tiveram um desempenho satisfatório. Mas não havia flexibilidade quanto ao local da monitorização da terapêutica, ocorrendo no domicílio do usuário, sendo responsabilidade dos ACS da unidade, sem intervenções educativas.

Contudo, o que estabelece a realização do tratamento da TB, é o comportamento das pessoas, apesar das medicações serem eficientes contra o bacilo, e os serviços terem suporte

para realizá-lo, devendo o tratamento ser envolvido em toda sua complexidade para ser bem sucedido (DAVIES, 2003).

Os cuidados supervisionados necessitam de observação da dose ingerida do medicamento, onde se torna possível identificar de forma precoce o abandono do tratamento, possibilitando que sejam realizadas medidas para correção, tornando este tipo de tratamento diferente do cuidado não supervisionado (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005).

É necessário que na USF, haja uma organização dos registros e informações dos usuários sob investigação e em tratamento da TB, contendo: registro de sintomático respiratório, registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose, ficha de notificação/investigação de tuberculose do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registro dos contatos, boletim de acompanhamento de casos de tuberculose do SINAN, ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação, agenda para marcação de consulta e boletim de transferência para os casos necessários (BRASIL, 2011).

Assim na APS, as atividades relacionadas ao controle da TB ocupam lugar de destaque, sendo realizada desde a busca ativa dos sintomáticos respiratórios na comunidade, realização de exames e diagnóstico, comunicação eficiente com laboratórios, acompanhamento do tratamento, manejo clínico adequado e controle dos comunicantes (BRASIL, 2002).

### **1.3.2 Esquema Básico do Tratamento**

A TB confere transmissibilidade desde os primeiros sintomas respiratórios. Logo a partir do início do tratamento, ocorrendo de forma efetiva, em pacientes que não tenham história de retratamento, nem apresentam risco de resistência e havendo melhora clínica, acredita-se que após o 15º dia de tratamento, o paciente é considerado não infectante. Todavia, deve-se considerar a negatificação da baciloscopia devido a constatação de transmissão de bacilos resistentes a droga (PNCT, 2010).

No Brasil, desde a década de 1960 há tratamentos padronizados para TB, e por 30 anos foi realizado o regime de curta duração utilizando três fármacos: Rifampicina (R), Isoniazida (H) e Pirazinamida (Z), utilizando a R e H em doses fixas combinadas (RUFFINO, 2002; HIJJAR, 2007). Logo o PNCT, preconizou em 2009, a substituição do regime para o

tratamento da TB sensível, com a introdução do Etambutol (E), e redução das dosagens de H e Z, sendo os comprimidos em dose fixa combinada (BRASIL, 2009).

Presumia-se que a diminuição do número de comprimidos proporcionasse um maior conforto ao doente, permitindo o aumento da adesão ao tratamento (BRASIL, 2012). A apresentação farmacológica desse esquema nas doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE), se dava nas seguintes dosagens: R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg e E 275 mg (BRASIL, 2011). Conforme o esquema na imagem abaixo (Figura- 1).

**Figura 1.** Esquema Básico para o tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula de 300/200 ou de 150/100 ou comprimidos de 150/75*	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 150/75*	4
		36kg a 50kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75*	
		> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75*	

**Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011)**

Durante o tratamento podem ocorrer reações adversas. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), são divididas em dois grupos: reações adversas menores e reações adversas maiores. Nos casos de reações adversas maiores se o esquema básico não puder ser reintroduzido após a resolução da reação adversa e com a relação bem estabelecida entre esta e o medicamento causador, o paciente deverá ser tratado com esquemas especiais.

Em estudo realizado por Ferreira et al. (2013), na fase intensiva do tratamento da TB a frequência de reações adversas mostrou ser de 47,5%, sendo mais frequentes as reações do sistema digestivo e pele, não havendo reações na forma grave.

O esquema básico para crianças em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde (2011), tem as seguintes indicações: casos novos de crianças menores de 10 anos, de todas as formas de TB pulmonar e extrapulmonar, exceto a forma



meningoencefálica, infectados ou não pelo HIV e em casos de retratamento: recidiva independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio ou retorno após abandono com doença ativa em crianças menores de 10 anos, exceto a forma meningoencefálica. (Figura- 2).

**Figura 2.** Esquema Básico para o tratamento da tuberculose em crianças (< 10 anos)

Fases do tratamento	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20kg	>21kg a 35kg	>36kg a 45kg	> 45kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
2 RHZ Fase de Ataque	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
4 RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Os casos que progridem para falência do tratamento devem ser avaliados em relação a adesão aos tratamentos anteriores, histórico terapêutico e comprovação de resistência aos medicamentos. Estes casos irão fazer uso do esquema padronizado para multirresistência (Figura-3) de acordo com a combinação de resistências apresentadas pelo teste de sensibilidade (BRASIL, 2011).

**Figura 3.** Esquema de tratamento para tuberculose Multidrogaresistente

Regime	Fármaco	Doses por faixa de peso				Meses
		Até 20kg	21kg a 35kg	36kg a 50kg	> 50kg	
2 S5ELZT Fase intensiva 1a etapa	Estreptomicina	20mg/kg/dia	500mg/dia	750mg/dia a 1.000mg/dia	1.000mg/dia	2
	Etambutol	25mg/kg/dia	400mg/dia a 800mg/dia	800mg/dia a 1.200mg/dia	1.200mg/dia	
	Levofloxacina	10mg/kg/dia	250mg/dia a 500mg/dia	500mg/dia a 750mg/dia	750mg/dia	
	Pirazinamida	35mg/kg/dia	1.000mg/dia	1.500mg/dia	1.500mg/dia	
	Terizidona	20mg/kg/dia	500 mg/dia	750 mg/dia	750 mg/dia a 1.000 mg/dia	
4 S3ELZT Fase intensiva 2a etapa	Estreptomicina	20mg/kg/dia	500 mg/dia	750mg/dia a 1.000 mg/dia	1.000 mg/dia	4
	Etambutol	25mg/kg/dia	400mg/dia a 800mg/dia	800mg/dia a 1.200mg/dia	1.200mg/dia	
	Levofloxacina	10mg/kg/dia	250mg/dia a 500mg/dia	500mg/dia a 750mg/dia	750mg/dia	
	Pirazinamida	35mg/kg/dia	1.000mg/dia	1.500mg/dia	1.500mg/dia	
	Terizidona	20mg/kg/dia	500mg/dia	750mg/dia	750mg/dia a 1.000mg/dia	
12 ELT Fase de manutenção	Etambutol	25mg/kg/dia	400mg/dia a 800mg/dia	800mg/dia a 1.200mg/dia	1.200mg/dia	12
	Levofloxacina	10mg/kg/dia	250mg/dia a 500mg/dia	500mg/dia a 750mg/dia	750mg/dia	
	Terizidona	20mg/kg/dia	500mg/dia	750mg/dia	750mg/dia a 1.000mg/dia	

**Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)**

O Ministério da Saúde (2011) preconiza efetuar uma nova investigação ao paciente que retorna ao serviço após abandono, realizando solicitação de cultura, identificação e teste de sensibilidade, antes de iniciar novamente o tratamento antiTB básico.

Tratamento com esquema básico em pacientes infectados por bacilos que apresentem mono ou polirresistência têm sido associados ao aumento do risco de recidiva, falência e ampliação do padrão de resistência, incluindo o desenvolvimento de multirresistência (BRASIL, 2011)

#### 1.4 ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O enfermeiro atuou no Brasil nos anos de 1960, como visitador sanitário nas residências, onde era realizada a supervisão do tratamento da TB. Essa estratégia foi incluída no Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no ano de 1997 após a Constituição Federal de 1988 (TAMAKE; LEITE, 2008).

Desde o início do controle da TB no Brasil, os enfermeiros desempenham um papel de destaque nas equipes multiprofissionais, sendo responsáveis pelo acompanhamento do tratamento do doente (ALMEIDA et al., 2009; CALIARI; FIGUEIREDO,2012). Assim, de acordo com Souza et al. (2014), para assistir o doente de TB os enfermeiros devem analisar a vulnerabilidade do paciente, compreendendo e conhecendo como o indivíduo passa pelo processo saúde-doença de acordo com fatores socioculturais

Conforme a portaria número 4.052 de 23 de Dezembro de 1998, do Ministério da Saúde, a TB é considerada uma Doença de Notificação Compulsória. E ainda indica que o enfermeiro deve realizar a notificação nas fichas do SINAN. Notando assim, a importância do papel da enfermagem para alcançar a eliminação da doença na população, tendo em vista que a identificação, tratamento, cura e notificação são atribuições do enfermeiro da APS (BRASIL, 2002).

Para proporcionar a adesão ao tratamento do doente de TB, os profissionais da APS devem estar aptos para identificar as necessidades do doente e promover com o mesmo a coresponsabilidade na assistência, tornando-se importante a escuta de suas queixas, ajustando a assistência e apresentando sugestões em conjunto, desenvolvendo os princípios fundamentais da Saúde da Família criando uma relação delineada em vínculo e acolhimento (SÁ et al., 2007)

É necessário que o serviço realize estratégias que proporcionem o vínculo, o diálogo e trocas de responsabilidades entre os membros, contribuindo para que o cuidado com o doente seja realizado de maneira integral, sendo executado pelo enfermeiro o controle e o cuidado (SILVIA; SENA, 2008).

O papel do enfermeiro abrange desde o processo do cuidar até a sua maneira de educar, procurando sempre avaliar o paciente como um todo, dando ênfase não apenas a doença, mas ao paciente no qual está acometido pela enfermidade, construindo um vínculo entre o profissional e paciente, para que ambos alcancem os objetivos desejados (NEIVA; ARAÚJO, 2014)

Os dois pontos de contribuição da enfermagem na realização do TDO são: o enfermeiro como educador em saúde e facilitador de formação de vínculo com o usuário, além de ter competência para liderar no trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da família (ESF) (SOUZA et al., 2014).

É essencial que os profissionais da saúde ultrapassem o entendimento da técnica para além de assegurar a ingestão do medicamento, compreendendo o usuário e seu contexto social, sua vida familiar, crença, opiniões e conhecimentos sobre a doença (TERRA; BERTOLOZZI 2008).

No cenário de descentralização das ações no controle da TB para a AB, o papel da enfermagem é considerado fundamental para a realização das atividades de saúde pública no Brasil, mostrando a necessidade de um protocolo para atividades da enfermagem na AB (BRASIL, 2011).

Portanto o protocolo de enfermagem garante a supervisão de todo o tratamento evitando condições que contribuem para o abandono, recidiva, falência e a TB resistente, procurando garantir a adesão ao tratamento (BRASIL, 2011).

O processo de enfermagem é constituído por etapas envolvendo a identificação de problemas de saúde do doente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2005; CARPENITO-MOYET, 2008). Deve ser conduzida a consulta de enfermagem segundo o Ministério da Saúde (2011) ao paciente com TB utilizando as seguintes etapas:

- Coleta de dados: onde deve ser realizada a entrevista, o exame físico, os resultados laboratoriais e os testes diagnósticos.
- Diagnóstico de enfermagem: é iniciado o processo de julgamento clínico, os diagnósticos de enfermagem entre os portadores de tuberculose, na Atenção Básica, podem envolver: Nutrição desequilibrada, intolerância à atividade a ser executada pelo doente, Autocontrole inadequado da saúde entre outros.
- Planejamento: Após a identificação dos diagnósticos, o enfermeiro planeja o cuidado a ser prestado; definir os critérios a serem utilizados na priorização das ações, as preferências do cliente, as necessidades humanas básicas ou o plano terapêutico.
- Implementação e avaliação: após a execução das ações no plano de cuidado, realiza-se a fase de implementação, estabelecendo em conjunto com o doente as prescrições elaboradas, podendo sempre que necessário, modificar o plano de cuidados, refazendo os objetivos e ações de enfermagem.

Também é função do enfermeiro a realização de ações educativas em saúde. Segundo Melles e Zago (1999) a educação em saúde voltada para o doente, a família e a comunidade realizada pelo enfermeiro exige uma reflexão mais aprofundada e criativa visto que é uma função árdua. Educar requer ações que tencionam o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, cognitivas e atitudes que, ao estarem agrupadas, são capazes de desenvolver subsídios que estabelecem alterações comportamentais e atitudes que causam impacto na saúde das pessoas.

## **METODOLOGIA**

O estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa que segundo Broome (2006) é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular

Uma boa revisão integrativa deve evidenciar o estado da arte sobre um tema, colaborando dessa maneira para a elaboração de teorias. Assim o método de revisão integrativa possibilita a inclusão de estudos que empregam diversas metodologias como: experimental e de pesquisa não experimental. Ainda segundo os autores o método também inclui dados da literatura teórica e empírica, além de integrar um vasto leque de finalidades como: análise de problemas metodológicos de um tópico particular, revisão de teorias e evidências, e definição de conceitos. Deste modo a vasta amostra, concomitantemente com a multiplicidade de proposições deve originar um panorama consistente e compreensível de princípios complexos, teorias ou problemas de saúde considerável para a enfermagem (WHITEMORE; KNAFL, 2005).

Assim a revisão integrativa surge como uma metodologia que possibilita a síntese do conhecimento e a incorporação da utilidade de resultados de estudos significativos na prática (SILVEIRA, 2005).

De acordo com Mendes et al. (2008) para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas:

### **1- Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa:**

Esta etapa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa. Segundo Polit e Beck (2006) pode ser delimitada como uma intervenção específica, ou mais abrangente, examinando diversas intervenções ou práticas na área da saúde ou de enfermagem.

### **2- Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura:**

A determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse.

### **3- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos:**

Ocorre através da utilização de um instrumento previamente elaborado, onde assegura que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizando os riscos de erros na transcrição, garantindo precisão na checagem das informações e servindo como registro.

#### **4- Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:**

Esta fase deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo (SOUZA et al, 2010).

#### **5- Interpretação dos resultados:**

Esta etapa corresponde a fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional

#### **6- Apresentação da revisão/síntese do conhecimento:**

A apresentação da revisão deve ser clara e completa, devendo conter informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada (SILVEIRA, 2005; URSI, 2005).

### 1.5 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS

O levantamento de dados foi realizado por meio de pesquisa nos sites de base de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Fazendo uso de associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “tuberculose”, “tratamento”, “enfermagem”, e “atenção primária à saúde”.

Para pesquisa dos artigos, foram utilizados os descritores e suas combinações de duas formas: Primeiramente utilizou-se em cada base de dados o entrecruzamento de quatro descritores “tuberculose”, “tratamento”, “enfermagem” e “atenção primária à saúde” o que resultou um total de 03 publicações na base de dados SCIELO e 30 na base de dados BIREME. Depois foi realizada a pesquisa com três descritores “tuberculose”, “tratamento” e “enfermagem, resultando 78 documentos na base de dados SCIELO e 366 na base de dados BIREME, o que totalizou 477 documentos (Tabela.1), dos quais foram identificadas 81 publicações na base de dados SCIELO e 396 na base de dados BIREME.

**Tabela 1** – Buscas realizadas nas bases de dados, com as respectivas quantidades de publicações com quatro e três descritores

<b>Bases de Dados</b>	<b>“Tuberculose” “Tratamento” “Enfermagem” “Atenção Primária à saúde”</b>	<b>“Tuberculose” “Tratamento” “Enfermagem”</b>
<b>SCIELO</b>	03	78
<b>BIREME</b>	30	366

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

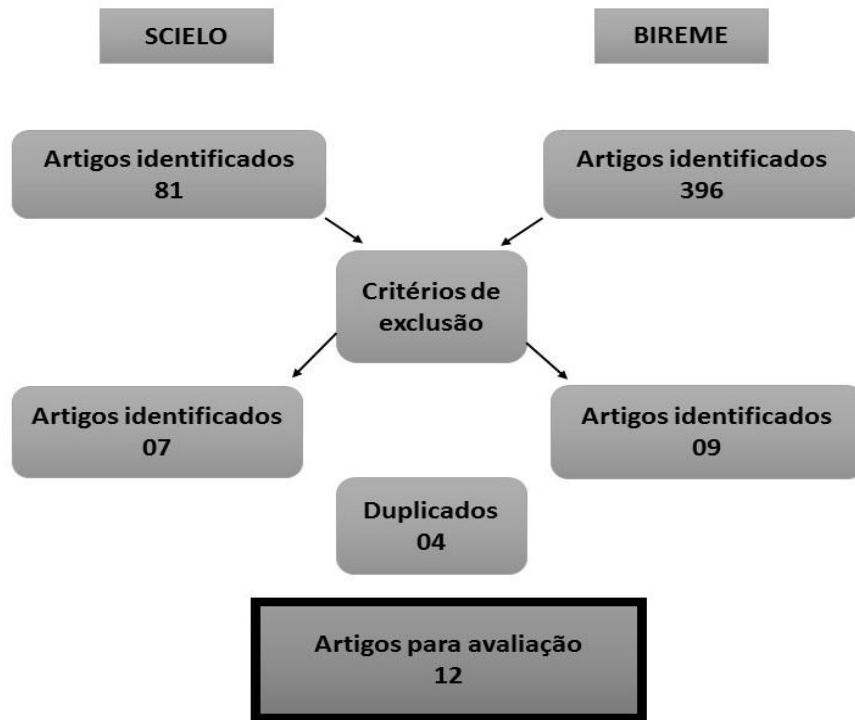
Como critérios de inclusão para seleção dos artigos, foram adotadas publicações que fossem: publicados em português, nos últimos cinco anos (2012-2016), que estivessem disponíveis na íntegra e artigos que abordassem a temática escolhida para o presente estudo.

Após a pesquisa ainda foram utilizados os critérios de inclusão em cada base de dados, sendo excluídos na base de dados SCIELO 04 publicações que não eram artigos em português e 38 artigos que não foram publicados nos últimos 05 anos restando no total 39 artigos, dos quais 32 não abordavam a temática escolhida restando um total de 07 artigos para a análise. Na base de dados BIREME, foram excluídas 48 publicações que não eram artigos, restando 348 artigos, desses ainda foram excluídas 258 publicações que não estavam disponíveis em português, e ainda 46 que não foram publicados nos últimos 05 anos, restando um total de 44 artigos, desses ainda foram excluídos 35 que não abordavam a temática escolhida, restando 09 artigos.

Após a utilização desses critérios de inclusão na base de dados SCIELO, foram obtidos 07 artigos e na base de dados BIREME foram obtidos 09 artigos. A busca totalizou 16 artigos, porém ainda foram identificados que 04 publicações que estavam duplicadas, restando um total de 12 artigos para avaliação (Figura 4).



**Figura 4.** Fluxograma do percurso metodológico nas bases de dados SCIELO e BIREME.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para realizar a extração dos dados, foi elaborado um formulário específico (APÊNDICE A), sendo capaz de organizar melhor a coleta de material desejado para análise criteriosa realizada posteriormente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os trabalhos foram caracterizados de acordo com os autores, ano de publicação, periódicos, título dos artigos e objetivos (Tabela 2).

**Tabela 2** – Publicações incluídas nesta revisão integrativa de acordo com o autor, ano de publicação, periódicos, título e objetivos.

Nº	Autor	Ano	Periódico	Título	Objetivos
1	Sobrinho, et al	2014	Cogitare Enferm	Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose	Analisar o conhecimento de enfermeiros da ABS em relação à TB, no município de Foz do Iguaçu, Paraná - Brasil.
2	Brunello, et al.	2015	Rev Gaúcha Enferm	Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias	Analisar a atuação da enfermagem no tratamento da tuberculose a partir de registros de dados secundários.
3	Lima, et al.	2016	Rev Gaúcha Enferm	Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil	Avaliar o acompanhamento e desfecho do tratamento de casos de tuberculose pulmonar no programa de controle da tuberculose de um município prioritário do Sul do Brasil.
4	Araujo, et al	2014	Journal of Research Fundamental Care Online	O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde	Refletir sobre a importância da atuação do enfermeiro como educador no controle da tuberculose na unidade básica de saúde.
5	Rêgo, et al	2015	Revista Baiana de Enfermagem	Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde	Descrever o processo de trabalho da enfermeira na atenção primária em saúde junto à pessoa com tuberculose.
6	Sá, et al	2012	Rev Esc Enferm USP	Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras	Analisar percepções de enfermeiras sobre o controle da tuberculose, segundo o eixo teórico da integralidade em saúde e os conceitos de vínculo e trabalho em equipe.
7	Rêgo, et al	2014	Revista Baiana de Saúde Pública	Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012	Identificar, por meio de uma revisão integrativa da literatura os principais pontos que implicam na prestação de uma assistência pouco humanizada a pessoas doentes com tuberculose.
8	Hino, et al	2012	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose	Conhecer concepções sobre tuberculose e necessidades de saúde e descrever o tipo de assistência prestada às pessoas com tuberculose, pelos profissionais de saúde.

9	Queiroz, et al	2012	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado	Analisar potencialidades e limites da estratégia do tratamento supervisionado (DOTS) para a tuberculose, sob a percepção de usuários em tratamento e de trabalhadores de saúde de uma supervisão técnica de saúde do município de São Paulo.
10	Silva, et al	2014	Rev Esc Enferm USP	Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose	Avaliar o desempenho dos serviços de Atenção Básica para o tratamento da tuberculose segundo o referencial de avaliação dos serviços de saúde (estrutura/ processo) em Cabedelo, município portuário da Paraíba.
11	Lavôr, et al	2015	Rev Esc Enferm USP	Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte	Avaliar o grau de implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte.
12	Alves, et al	2012	Texto Contexto Enferm	Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família	Analisar os motivos que levam o doente de tuberculose a abandonar o tratamento, em municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB.

Os trabalhos selecionados também foram caracterizados de acordo com seus principais resultados conforme tabela 3 abaixo:

**Tabela 3** – Publicações incluídas nesta revisão integrativa de acordo com títulos e principais resultados.

Nº	Título	Principais Resultados
1	Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O conhecimento dos profissionais em relação à prevenção, transmissão, diagnóstico e tratamento da tuberculose foram superficiais</li> <li>- Apontou-se para a necessidade de organização de capacitações na área.</li> </ul>
2	Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi evidenciado que o atendimento ao longo do tratamento mostra a proximidade do paciente com o serviço de saúde e os profissionais.</li> <li>- Os principais responsáveis pelo</li> </ul>

		acompanhamento foram os auxiliares de enfermagem (99,1%) que realizam a Visita Domiciliar (71,5%) para doentes sob regime de supervisão (75,2%).
3	Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A média de consultas, entre os 629 pacientes, foi de 7,2 por paciente, com intervalo médio de 1,03 meses entre as consultas.</li> <li>- A média de baciloscopias foi de 2,7 exames por paciente, durante o período estudado.</li> <li>- O desfecho do tratamento foi 87,8% de cura, 8,3% de abandono e 6,5% de óbitos</li> </ul>
4	O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde.	<p>As categorias emergentes encontradas foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DOTS como Fator facilitador a adesão ao tratamento da tuberculose</li> <li>- A importância do vínculo para a atuação do enfermeiro como educador</li> <li>- Fatores que fragilizam a obtenção do sucesso terapêutico.</li> </ul>
5	Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificou-se fragilidades relacionadas aos registros utilizados</li> <li>- Ausência de um sistema informatizado</li> <li>- Ausência da periodicidade na realização do Tratamento Diretamente Observado</li> <li>- Sobrecarga de trabalho da enfermeira</li> <li>- Dificuldade na articulação das ações da equipe, o que compromete o processo de trabalho e seus resultados</li> </ul>
6	Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras.	<p>Elementos potencializadores do controle da tuberculose:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento supervisionado</li> <li>- Medicação gratuita e oferta de insumos.</li> </ul> <p>Elementos fragilizadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotatividade dos profissionais</li> <li>- Retaguarda laboratorial</li> <li>- Falta de incentivos para os doentes</li> <li>- Ações educativas incipientes.</li> </ul>
7	Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encontrou-se quatro eixos temáticos, que retratam as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para prestar assistência humanizada a esse grupo</li> </ul>
8	Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As concepções sobre a doença estão ancoradas na teoria da multicausalidade do processo saúde/doença.</li> <li>- A assistência se caracteriza por intervenções que extrapolam a dimensão biológica.</li> <li>- As condições precárias de vida definem as necessidades da maioria das pessoas</li> </ul>

		com tuberculose, podendo ser mais importantes para os doentes do que o próprio diagnóstico da doença, influenciando a adesão ao tratamento e devendo ter maior relevância na assistência.
9	Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado.	Foram potencialidades: - Criação de vínculo entre profissional/usuário - Incentivos ao tratamento, o que favorece a adesão. Foram limites: - Restrito envolvimento dos profissionais no DOTS - Conciliar horário de trabalho do usuário com a supervisão.
10	Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose.	Os indicadores estruturais apresentaram desempenho regular para as variáveis: - Capacitação profissional - Acesso a instrumentos de registro - Articulação com outros serviços. - Quanto ao processo, os indicadores relacionados às ações externas e informações sobre a doença apresentaram desempenho insatisfatório. - O tratamento diretamente observado e os fluxos de referência/contrarreferência tiveram desempenho regular
11	Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte.	- O resultado do modelo lógico indica DOTS implantada parcialmente. - Nos contextos externo, organizacional e de implantação, a estratégia DOTS está implantada parcialmente; e, na efetividade não está implantada.
12	Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família.	Os resultados mostram inconsistências relacionadas: - Ao cuidado integral do doente, no que tange à diretriz doutrinária do Sistema Único da Saúde - À consideração do contexto sócio-cultural do usuário com tuberculose - Às debilidades na continuidade da atenção, mediante inadequado acompanhamento do mesmo na rede de atenção à saúde.

A discussão será direcionada principalmente à realização do TDO a partir de categorias para melhor compreensão das temáticas abordadas pelos artigos.

## 1.6 CATEGORIA 1: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA TUBERCULOSE E O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

Considerando que a TB é um problema de saúde pública, sendo uma doença altamente transmissível e que predomina em situações de pobreza, torna-se importante a realização do TDO da TB, onde se deve levar em conta aspectos como acompanhamento da tomada diária, pesagem, orientações sobre efeitos adversos, complicações do abandono, assim como aspectos socioculturais do paciente, foi possível enfatizar nessa categoria o conhecimento dos profissionais acerca da TB e do TDO.

De acordo com estudo de Hino et al. (2012) realizado com profissionais da USF, foi evidenciado que a ocorrência da TB está relacionada às condições precárias de vida, à situação de pobreza, à aglomeração de pessoas, à moradia com más condições de habitação e com muitos moradores, ao desemprego, ao alcoolismo, à utilização de drogas, à má alimentação, à desestruturação familiar e às pessoas vivendo em situação de rua, determinantes esses que, conforme admitiram, dificultam a adesão do doente ao tratamento.

Em pesquisa realizada com enfermeiros de USF por Sobrinho et al. (2014), foi possível identificar lacunas no conhecimento dos profissionais sobre a TB, uma vez que mais da metade dos profissionais responderam de forma parcialmente corretas questões sobre as orientações fornecidas ao doente, à medida que 60% desconhecem a participação do usuário na escolha do local para a realização do TDO. Ainda a maior parte não tinha convicção dos procedimentos necessários para identificar a resolutividade do tratamento.

Os profissionais de saúde relataram que a realização do tratamento supervisionado no domicílio possibilita, além da observação da ingestão dos medicamentos, a realização de ações educativas de acordo com as condições reais do paciente, direcionadas à alimentação, higiene da moradia e outros cuidados relativos à saúde, pois ocorre sem sua residência, e junto à família (HINO et al, 2012)

Rêgo et al. (2015) em seu estudo com enfermeiros da AB, indicou que os mesmos demonstraram discordâncias quanto a importância da realização do TDO, periodicidade e profissional responsável pelo acompanhamento da tomada de medicação. Referiram que o TDO é realizado três vezes na semana, mas também referem noções equivocadas, quando declaram que não há necessidade de os profissionais supervisionarem a tomada da medicação. Ainda foi enfatizado que as enfermeiras atuam no processo assistencial à pessoa com TB desenvolvendo ações como: visitas, orientações gerais, ações educativas, acompanhamento do tratamento, consultas, pedido de medicamentos, preenchimento de ficha social para o

recebimento de cesta básica, solicitação de exames, dentre outras. Assim o controle do tratamento da TB, consiste na realização de atividades programáticas que permitem o acompanhamento da evolução da doença, na utilização correta dos medicamentos e no sucesso terapêutico, dependendo especialmente da execução do TDO.

Torna-se imprescindível que o enfermeiro esteja preparado para proporcionar atenção que envolva reflexões críticas sobre o processo de adoecimento e suas consequências culturais, sociais, políticas e econômicas. Apesar de reconhecerem a importância da descentralização, os enfermeiros declararam não ter conhecimento sobre o DOTS (SOBRINHO et al., 2014).

Segundo Alves et al. (2012), em seu estudo com profissionais de saúde em USF, identificou de acordo com as falas dos profissionais, que o cuidado é limitado à verificação da ingesta ou não da medicação e a alguns aspectos clínicos, notando assim que não eram desenvolvidas ações de cuidado pela equipe. Enfatizando que no decorrer do tratamento, a equipe de saúde deve acompanhar a evolução do agravo, monitorar a terapêutica medicamentosa, identificando necessidades do paciente, não apenas as restritas em relação a doença, mas os referentes ao seu meio social.

Assim Sobrinho et al. (2014) aponta que os enfermeiros dominam conhecimentos insuficientes, especialmente em relação às evidências para identificar o agravamento da doença e distinguir se houve indícios de cura após o tratamento.

Pode-se notar de acordo com os estudos acima citados, que há um grande enfoque dos profissionais principalmente enfermeiros na terapia medicamentosa, desvalorizando de certa maneira o contexto socioeconômico e cultural do paciente, assim como as subjetividades de cada um. Tornando-se evidente fragilidades na realização de um cuidado integral. Além disso é perceptível o conhecimento deficiente dos profissionais em relação a TB, mostrando vulnerabilidade nas ações de controle realizadas pela equipe.

## 1.7 CATEGORIA 2: DESAFIOS PARA A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

Hino et al. (2012), evidenciou que muitos dos profissionais de saúde pautaram questões sobre a não aceitação da doença, à falta de adesão ao tratamento, à falta de apoio familiar, às condições precárias de vida, ao alcoolismo e uso de drogas, à mudança constante de endereço, e ao desconhecimento sobre a doença como dificuldade para a realização do

tratamento. Outros profissionais ainda julgaram a assistência como complicada, devido ao comportamento de rebeldia de alguns pacientes, no decorrer do tratamento.

Foi identificado que alguns elementos que estão diretamente ligados ao abandono do tratamento, dentre eles, ressaltou-se o desconforto ocasionado pela ingestão da medicação e os seus efeitos adversos (ALVES et al., 2012)

A ausência de organização dos serviços de saúde, a descentralização das ações de TB para a USF, a qualificação inadequada dos profissionais de saúde, o atraso no atendimento e horários incompatíveis com os turnos de trabalho e o paciente ir de um serviço ao outro em pretensão de diagnóstico para a TB colaboram para o insucesso da terapêutica (ARAÚJO et al., 2014).

Em seu estudo Rêgo et al. (2015) menciona dificuldade no ajuste das ações da equipe e sobrecarga de trabalho da enfermeira, com comprometimento da assistência ofertada, mencionando que o processo de trabalho da enfermagem na atenção primária em saúde junto à pessoa com TB apresenta fragilidades, bem como sobrecarga de trabalho o que interfere na adesão às políticas de saúde pertinentes às ações preventivas e de controle da TB.

Em revisão integrativa, com abordagem direcionada a enfermagem, foi possível identificar que o profissional enfermeiro, ainda dispõe de fragilidades em relação aos cuidados as pessoas com TB, fragilidades que independem da sua qualidade pessoal ou profissional, devido ocorrerem em relação com a desgastante rotina e condições precárias de trabalho, assim como por alguns comportamentos dos pacientes (RÊGO et al., 2014).

Queiroz et al. (2012) identificaram em estudo com usuários e equipe da USF, que a melhora dos sintomas, também contribui para a não adesão ao DOTS, de acordo com os profissionais, respaldando na literatura, pois, com a melhora da condição física, o usuário pode acreditar estar curado e abandonar o tratamento.

Destaca-se que o incentivo ao tratamento é avaliado como estritamente necessário, pois com a melhora dos sintomas, muitos pacientes desistem do tratamento, ou, se o tratamento é feito à risca, por um curto período de tempo e não proceder na melhoria dos sintomas, o doente entende que o tratamento não é eficaz, podendo interferir na adesão ao tratamento. Também alguns profissionais de saúde consideram que muitas pessoas com TB apresentam-se resistentes à realização do tratamento, ocasionadas pela crença religiosas, sendo relutantes em tomar a medicação, por acreditarem na cura pela fé que possuem (HINO et al., 2012).



Queiroz et al. (2012) apontam o uso de drogas ilícitas como limite do DOTS. Tendo em vista as consequências do uso dessas substâncias, tornando-se de extrema importância que o profissional converse com o usuário, destinando-se a compreendê-lo, identificar suas necessidades expondo sua disponibilidade de apoio.

Ainda, o gênero pode ser uma das razões que indiretamente se associa com o comportamento, posto que os homens, em geral, possuem mais dificuldade de expor seus medos e aflições, criando um obstáculo entre ele e o profissional (RÊGO et al., 2014)

Contudo, Hino et al. (2012) ressalta que o sucesso do tratamento envolve questões que vão além da ingestão regular dos medicamentos, como alimentação, condições de habitação, emprego, acesso à informação e ao serviço de saúde, bem como o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde.

A assistência de saúde ofertada ao doente de TB durante o tratamento distancia-se de uma dimensão cuidadora pautada na integralidade. A ausência de espaços de escuta, durante a consulta, para o doente se expressar com relação à doença e ao tratamento ou a outras questões, concorre para o distanciamento nas relações entre profissional de saúde e usuário, comprometendo o processo terapêutico, principalmente no que diz respeito à adesão ao tratamento (ALVES et al., 2012).

Araújo et al. (2014), em revisão integrativa, evidenciam que o vínculo pode colaborar para a adesão ao tratamento, pois o paciente confia na educação dada pelo profissional de saúde e acata corretamente as recomendações por ele oferecidas. Contudo a inclusão de vínculo não deve gerar dependência do paciente, deste modo deve facilitar a educação em saúde, incentivando o paciente ao autocuidado, oferecendo a ele autonomia em seu tratamento.

Contudo, pode-se observar que existem muitas lacunas que ocorrem durante o tratamento ocasionadas pelo paciente como aspectos religiosos, uso de álcool e drogas ilícitas, não melhora dos sintomas, e também sua melhora do quadro clínico, efeitos adversos, falta de conhecimento acerca do tratamento e da doença. Mas também ficou evidente nos estudos que há fatores relacionados ao profissional e a equipe que contribuem para a não adesão da terapêutica, como sobrecarga de trabalho, a não formação de vínculo do profissional com o doente impossibilitando o reconhecimento precoce de fatores de riscos para o abandono, assim como a não realização de ações educativas.

## 1.8 CATEGORIA 3: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

De acordo com Silva et al. (2014) em seu estudo com equipe de USF, foi mencionado que as ações administrativas encontram-se centradas no profissional enfermeiro, questões como notificação, previsão de insumos, controle de faltosos e avaliação dos contatos. O manejo clínico dos casos fica sob a responsabilidade médica, enquanto a atenção no domicílio e a supervisão da medicação fica de responsabilidade do ACS. Enfatiza-se ainda, que os atributos fracionados do processo de trabalho das equipes de saúde enfraquecem a integralidade do cuidado e envolve o desempenho das equipes na atenção ao paciente com TB.

Queiroz et al. (2012) em seu estudo com usuários e profissionais da AB, relata sobre a presença do ACS como uma potencialidade, pois esse profissional apresenta-se mais próximo da realidade do usuário. Deste modo, por perceber a complexidade da doença nesse meio, consegue apoiar o usuário, cooperando assim para sua adesão ao tratamento.

Em estudo com enfermeiros de UBS, realizado por Brunell et al. (2015), foi identificado que a maior parte dos atendimentos realizados no decorrer do tratamento da TB, ocorriam por auxiliares e técnicos de enfermagem. Verificou-se a atuação de técnicos e auxiliares de enfermagem no atendimento aos doentes de TB durante o tratamento (99,1%) em atividades como visita domiciliar (71,5%) em detrimento ao atendimento pelo profissional enfermeiro (33%). Evidenciando assim a necessidade de engajamento do profissional enfermeiro quanto ao acompanhamento dos pacientes portadores de TB da comunidade, e a participação indispensável da equipe de enfermagem.

Na análise das Unidades de Saúde do município de Natal em um estudo de Rêgo et al. (2015) com relação aos Recursos Humanos, apenas uma unidade de saúde contava com nutricionista e dentistas interagindo com os doentes de TB em seu quadro de servidores. Nas demais, a equipe de saúde era composta por médicos, enfermeiras e ACS.

Os profissionais da ESF, enfatizam que é imprescindível para a adesão ao tratamento o acompanhamento psicológico dos doentes de TB, agregado às informações sobre a doença e tratamento. Além de necessidade de assistência odontológica e nutricional, necessitando ser encaminhados à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (HINO et al., 2012).

Desta forma, destaca-se a carência de formação de equipes mais integradas, fazendo com que todos os profissionais contribuam ativamente nas ações de prevenção, promoção, acompanhamento e acolhimento dos casos de TB (RÊGO et al., 2015).

Entretanto, nem todo trabalho em equipe articula ações, pois, os enfermeiros da USF mostraram em estudo realizado por Sá et al. (2012), que as ações de controle da TB ocorrem de modo segmentado, isto é, o cuidado não é realizado pela equipe, visto que o doente recebe primeiro a atenção do enfermeiro, para posteriormente receber atenção de outros profissionais. No entanto nota-se nas equipes de saúde da família que já se encontra uma definição de como, quando e quem deve fazer o que e em que momento no que concerne às ocorrências da doença e do doente, independente das demandas que exige o cuidado.

Foi possível notar que há vários profissionais envolvidos no processo de produção de serviço de saúde, alguns, por não perceberem que o trabalho multiprofissional dispõe de conhecimentos conduzidos por um sentido comum que leva as várias práticas, complicam o acesso às informações ou até as negligenciam (RÊGO et al., 2015).

Dessa maneira é possível identificar que é de grande relevância o atendimento ao doente de TB por uma equipe multiprofissional, sendo apontado pela maioria dos estudos o ACS como uma potencialidade na criação do vínculo do paciente com a unidade, pois este está mais inserido no contexto da realidade dos pacientes. Portanto é fundamental a formação de corresponsabilizações na compreensão da integralidade e do trabalho em equipe, devendo sempre haver comunicação entre os profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, médicos, psicólogos, odontólogos e nutricionistas), para não ocorrer complicações no acesso às informações, assim como para que sejam articuladas ações com o intuito de proporcionar uma assistência mais completa suprimindo desta forma todas as necessidades relacionadas ao doente com TB .

#### 1.9 CATEGORIA 4: NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DIRECIONADA PARA A ASSISTÊNCIA À PESSOA COM TUBERCULOSE

Sobrinho et al. (2014) aponta relatos sobre as dificuldades de desempenhar atendimento aos doentes de TB quando se deparavam com falta de capacitação em determinado serviço. Ainda foi identificado em seu estudo que a maioria dos enfermeiros referiu não possuir conhecimento sobre o DOTS. Chegando à conclusão de que a falta de

ações de capacitação e de formação complementar em saúde pública pode ter contribuído para que os enfermeiros apresentassem conhecimento superficial sobre a doença, estratégia DOTS e a descentralização das ações.

Em seu estudo Silva et al. (2014) constatou-se que os processos de capacitação ocorrem anualmente ou extraordinariamente ou no momento em que requerem a introdução de novas demandas ou recomendações do Programa Nacional, organizando-se sob a lógica normativa, vertical e programática, conduzidas aos profissionais enfermeiros e médicos, que ficam encarregados de repassar as informações obtidas aos demais profissionais da equipe, repasse que muitas vezes não se concretiza na rotina atribulada do serviço.

Lavor et al. (2016) em pesquisa com usuários e profissionais de USF, realçou problemas quanto ao encerramento dos casos em consequência da resistência do entendimento de alguns profissionais entre alta por cura e por completar o tratamento, evidenciando assim a necessidade de educação continuada e não apenas capacitações pontuais no serviço.

Contudo investigações voltadas à identificação de problemas pertinentes à adesão terapêutica e ao controle da TB, evidenciaram que temas relacionadas à qualificação das equipes devam alcançar maior discussão e execução, já que a maioria dos profissionais que atuam na AB vivenciou o processo de formação direcionada para modelo curativista e não na promoção da saúde (SILVA et al., 2014)

Queiroz et al. (2012) menciona que é primordial indicar que o método de educação permanente dispõe de habilidade que contribui para o aprimoramento continuado dos profissionais, de modo que se sintam encorajados a realizar as intervenções em saúde e a encarar os problemas da desvalorização do trabalho em saúde.

A ausência de ações de educação em saúde referente à TB e seu tratamento, num ponto de vista transformador, a exemplo de processos situados na concepção da Educação Permanente em Saúde (EPS), simplifica para que o usuário não apresente uma atitude motivacional e transformadora na procura pela mudança de seu estado de saúde. Assim sendo, as equipes de saúde têm a necessidade de incluir ações educativas para o doente e sua família, que não estejam limitadas a palestras e panfletos (ALVES et al., 2012).

É importante ressaltar de acordo com os estudos citados, a relevância da utilização da educação continuada e das capacitações para o atendimento ao paciente com TB, pois o aprimoramento de conhecimento e técnicas é o que diferencia a assistência prestada,

melhorando suas intervenções. Além disso, os profissionais devem repassar os novos conhecimentos adquiridos para toda equipe da unidade, promovendo assim atualizações e construção de saberes para novas ações educativas e assistenciais, auxiliando no processo de adesão á terapêutica e cura.

#### 1.10 CATEGORIA 5: RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS NO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE

Ressalta-se a grandiosidade da TB, associada à problemática da adesão ao tratamento e ao desenvolvimento da multirresistência às drogas, propondo dos serviços de saúde a compreensão das necessidades dos doentes de TB, para que os profissionais correspondam conforme as exigências em saúde (HINO et al., 2012)

Araújo et al. (2014) expõe a relevância dos profissionais da UBS e a educação em saúde oferecida por eles para a sociedade, evidenciando que o enfermeiro não é dono do saber e que educar não é puramente impor seus conhecimentos, mas conquistar o progresso de uma consciência crítica, onde haja a troca de saberes para um aperfeiçoamento da qualidade de vida.

Contudo, Lima et al. (2016) em seu estudo utilizando o acompanhamento da equipe a partir do prontuário, evidencia a importância em proporcionar o contato direto da equipe de saúde com o doente em tratamento, podendo ser na unidade de saúde ou em domicílio, realizando uma otimização do acompanhamento dos casos de TB.

Assim, é inegável entre os profissionais que a enfermeira é um atuante participativo e decisivo nas ações de organização do cuidado em TB. Suscitando uma sobrecarga de funções desse profissional, e ainda atuando como referência para os pacientes, tornando seu desempenho relevante no processo de trabalho na APS (RÊGO et al., 2015).

Além disso, de acordo com Alves et al. (2012), uma forma de garantir a comunicação entre os serviços de saúde e a efetividade do cuidado para a TB, é dispor de uso dos encaminhamentos e registros direcionados e necessários dentro da rede de atenção, pois sua relevância se sobressai ainda quando se dar a possibilidade ao usuário do serviço público de saúde de sentir-se orientado diante do processo de tratamento de sua doença. Enfatizando assim a importância da comunicação para esclarecer e orientar as pessoas que estão no serviço, na intenção de considerar a efetividade da atenção às necessidades de saúde em rede,

introdução de vínculo e confiança com a equipe de Saúde da Família para que dessa maneira ocorra a adesão do doente ao tratamento da TB.

Assim percebe-se a importante responsabilidade do profissional de saúde que acompanha o DOTS, devendo ele não apenas desfrutar de habilidades/capacidades/conhecimentos técnicos, mas sim aspectos gerenciais, de relacionamento e visão de mundo integral e dinâmica, que se revele em suas ações, e julguem a TB como parte de um processo determinado pela forma como se estrutura a sociedade (QUEIROZ et al., 2012)

Desta forma Brunell et al. (2015) enfatiza que renovar e aperfeiçoar olhares e ferramentas do cuidado para a assistência as situações crônicas como a TB, é um fato para a atuação da enfermagem nos dias atuais. Então aproveitar, conhecer e utilizar registros e sistemas de informação para a associação de ações e serviços entre diversas áreas e profissionais considera-se essencial para uma abordagem integral do serviço prestado.

Portanto, é importante salientar a relevância da comunicação entre os profissionais de saúde, afim de realizar uma melhor assistência com um olhar integral, assim como formação de vínculo entre a equipe e o doente de TB. Ainda é ressaltado o enfermeiro como facilitador do processo de adesão ao tratamento identificando as necessidades e atuando na organização do cuidado, mostrando o valor desse profissional na construção de um vínculo com o paciente, além de promover confiança do doente com a equipe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desta revisão integrativa, teve como objetivo apresentar por meio da literatura o acompanhamento do tratamento da TB na APS, a fim de melhor compreender a realização do tratamento pela equipe. Foi utilizado o descritor “enfermagem” na busca pelos artigos pois inicialmente queria-se enfatizar o acompanhamento de casos realizado pelo enfermeiro, mas essa temática só foi possível observar em alguns artigos, então foi realizada a pesquisa com o olhar voltado para toda a equipe da atenção primária, incluindo o enfermeiro, levando em consideração se o papel de grande importância na realização de ações de controle da doença assim como no acompanhamento do tratamento supervisionado.

Deste modo, o presente estudo demonstrou que ainda há um déficit de conhecimento geral em relação a TB, sobre o profissional responsável pelo acompanhamento e periodicidade da supervisão das tomadas da medicação, assim como questões sobre as orientações que devem ser fornecidas ao doente. Ainda foi evidenciado que há dificuldade dos profissionais enfermeiros em identificar a resolutividade do tratamento. Esses fatos justificam a relevância da realização de educação continuada e capacitações para o acompanhamento de pacientes com TB para melhor atendê-los de acordo com suas singularidades, obtendo o conhecimento específico sobre a doença e seu tratamento supervisionado.

Ainda foi identificado que as equipes de saúde enfrentam diversos desafios para a realização do TDO, como o entendimento do contexto sociocultural do paciente, aspectos religiosos, uso de álcool e drogas ilícita e resistência em tomar a medicação. Esses aspectos mostram a importância da criação de um vínculo entre não apenas o enfermeiro e o paciente, mas sim da equipe multiprofissional e o usuário, promovendo uma assistência de modo integral e conseqüentemente maior adesão ao tratamento.

Contudo fica exposto a necessidade da equipe de enfermagem em adquirir e garantir um melhor preparo para lidar com o paciente de TB, a fim de oferecer orientações, cuidado integral, atendimento e supervisão adequado do tratamento, envolvendo uma equipe multidisciplinar, visando à qualidade da assistência e à promoção da saúde, procurando incentivar o comprometimento do doente em seu tratamento, estabelecendo a criação de um vínculo entre esse usuário e a equipe de saúde favorecendo a identificação de obstáculos para adesão á terapêutica, podendo ser enfrentado juntamente com o doente e sua família.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR F; RAMALHO L.C; RIBEIRO M.V. **História da sociedade brasileira**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1985.

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre, **Artmed**, 2005.

ALMEIDA FILHO, A.J. et al. A nova ordem no combate à tuberculose no Brasil: implicações para a enfermagem. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n.1, p. 114-123, 2009.

ALVES, R.S.; et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n.3, p. 7-650, Jul-Set, 2012.

ANTUNES J.L.F; WALDMAN E.A; MORAES M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, v. 5, n.2, p.7-367, 2000.

ARAÚJO, L.G.P.; et al. O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care. Online**.v.6, n.1, p. 378-386, Jan-Mar, 2014.

BELCULFINÉ D.C. Os sanatórios e seu tempo. **Pneumol Paulista**, v. 22, n. 5, p. 68-70, 2009.

BRASIL. **Controle da Tuberculose: diretrizes e plano de ação emergencial para os municípios prioritários**. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Pneumologia Sanitária Brasília (DF), 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Comitê Técnico Assessor. Ata da 4ª reunião do CTA/PNCT, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5ª ed. Brasília, 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**. Brasília, 2002. (Caderno de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6ª ed. Brasília (DF), 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, p. 168, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília-DF, p. 284, 2011.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília, p.1-12, 2012.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 47, n. 13, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, p. 812, 2014. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em 03 de jun. 2016

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. 2006. Disponível em: [www.metodologia.org/meta1.PDF](http://www.metodologia.org/meta1.PDF). Acesso em: 07 de setembro de 2016.

BRUNELLO, M.E.F.; et al. Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 36, p 9-62, 2015.

CALIARI, J.S; FIGUEIREDO, R.M. Tuberculosis: patients profiles, service flowchart, and nurses opinion. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 1, p. 43-47,2012.

CAMPOS, R; PIANTA, C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul – Brasil. **Bol da Saúde**, v. 15, n.1, p. 61-71, 2001.

CARPENITO-MOYET, L. J. Diagnósticos de enfermagem, aplicação à prática clínica. Porto Alegre, **Artmed**, 2008.

DALCOLMO, M.P et al. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 34-42, 2007.

DANIEL T.M. The origins and precolonial epidemiology of tuberculosis in the Americas: can we figure them out? **Int. J. Tuberc Lung Dis**, v. 4, n. 5 p. 395-400, 2000.

FERREIRA, S.M.B; SILVA A.M.C; BOTELHO C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá- MT. Brasil. **J. Bras. Pneumol**, v. 31, n.1, p. 3-10, 2005.

FORTES, P.D. The fair measure of treatment: compulsory treatment of tuberculosis in debate. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p.51-743, 2016.

HIJJAR, M.A; GERHARDT, G; TEIXEIRA, G.M. Retrospecto of tuberculosis control in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, p. 50-8, 2007.

HINO, P.; et al. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, p.9 jan.-fev. 2012

LAVÔR, D.C.B.S.; et al. Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n.2, p. 247-254, 2016.

LIMA, L.M.; et al. Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**. Mar; v. 37, n.1, 2016.

MELLES, A. M.; ZAGO, M. M. F. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 7, n. 5, p. 85-94, dez. 1999.

- MENDES; A.M; FENSTERSEIFER, L.M.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 27-38, 2004.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dez, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual técnico para controle da tuberculose. 6ª Ed. Brasília, 2002.
- NASCIMENTO D.R. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro, **Editora Fiocruz**, 2005
- NEIVA, S.S; ARAÚJO, A.E.O. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 2, p. 169-176, Jul-Dez, 2014.
- NOGUEIRA, J.A et al. A formação de profissionais de saúde na atenção a TB: desafios e contradições da prática. **Rev. Enferm**, UFPE, v. 5, n. 4, p.87-778, 2010.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre os Objectivos de desenvolvimento do Milênio**. Nova Iorque, 2014.
- PAIXÃO, L.; GONTIJO, E. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n. 2, 2007.
- POLIT, D.F; BECK, C.T. **Using research in evidence-based nursing practice**. In: **Polit DF, Beck CT**, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, p.457-94, 2006
- PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, 2007.
- PILLER, R.V.B. Epidemiologia da tuberculose. **Pulmão**, v. 21, N. 1, p. 4-9,2012.
- QUEIROZ, E.M.; et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n.2, p.8, mar-abr. 2012
- RÊGO, A, L.P.; et al. Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.738-750, jul-set. 2014.
- RÊGO, C.C.D.; et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, jul- Set. 2015.
- RIOS, M.Z. **Sanatório Getúlio Vargas: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967)**. Dissertação (Mestrado em História). Centro de Ciências Humanas e Naturais. Universidade do Estado do Espírito Santo, UFES, 2009.
- RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Bol Pneumol Sanit**, v.7, n.1, p. 7-18, 1999.
- RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v. 35, n. 1, p. 8-51, 2002.
- Sá, L.D.; et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.2, Mar-Abr, 2011.

SÁ, L.D.; et al. Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde a Família: Histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 8-712, Out-Dez, 2007.

SÁ, L.D.; et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.2, p. 356-63, 2012.

SOBRINHO, S.A.R.; et al. Conhecimento de Enfermeiros de Unidades de Atenção Básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enferm**. v. 19, n.1, p.34-40, Jan-Mar, 2014.

SOUZA, M.V.N. Tuberculose em gestantes: um importante problema de saúde pública mundial. **Rev. Bras. Farm**, v.87, n.4, p.132-8,2006.

SOUZA, K.M.J. **Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária a Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFPB, João Pessoa, Paraíba, 2008.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 43-636-, Out/Dez, 2010

SOUZA, K.M.J.; et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do O da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm**. Universidade de São Paulo, v. 48, n. 5, p.874-8, 2014.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010.

SILVA, D.M.; et al. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.6, p.53-1044, 2014.

SILVEIRA, R.C.C.P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências**. Dissertação. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

SILVIA, K.L, SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enfem USP**, v. 41, n.1, p. 48-56, 2008

SIQUEIRA-BATISTA R. Às portas de Tróia. Pulmão RJ, v.15, n.2, p.135, 2006.

TAMAKE, L.H; LEITE, M.M.I. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. **Acta Paul. Enferm**, v. 21, n. 3, p. 6-481, 2008.

TERRA, M.F; BERTOLOZZI, M.R. O Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n.4, p. 64-659. Jul-Ago, 2008.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. Dissertação. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VIANA, P.V.S. Tuberculose no Brasil: Uma análise dos dados de notificação, segundo macroregião e raça/cor, para o período 2008-2011 (dissertação). Rio de Janeiro (RJ): **Escola Nacional de Saúde Pública**, Fiocruz, 2014.

VILLA, T.C.S. et al. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 20, n.2, p. 43-234, 2012.

WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**, v.52, n.5, p.546-53, 2005.

WHO. The Stop TB Strategy: vision, goal, objectives and targets. Geneva: World Health Organization, 2015.

WHO. Global tuberculosis report (Internet). Geneva: WHO Press, World Health Organization, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1)> . Acesso em 01 jun. 2016

## APÊNDICE

## APÊNDICE – A

## FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

<b>Identificação do Artigo</b>	
Título do Artigo:	
Nome do Periódico:	
Ano de Publicação:	
<b>Identificação dos Autores</b>	
Nome do Autor:	Titulação:
Nome(s) do(s) Coautor (es):	
<b>Características da Pesquisa</b>	
1. Site de Base de Dados:  <input type="checkbox"/> Scielo  <input type="checkbox"/> Bireme	2. Tipo de Estudo: <input type="checkbox"/> Quantitativo <input type="checkbox"/> Qualitativo <input type="checkbox"/> Revisão Integrativa
3. Descritores: <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Atenção Primária à saúde	
4. Objetivos do Estudo	
5. Possui considerações éticas? Quais?	
<b>Aspectos Específicos</b>	
1. Foi verificado o conhecimento dos profissionais acerca do tratamento da tuberculose?	
2. Faz recomendações para a prática de enfermagem na assistência ao paciente com tuberculose?	
3. Faz menção a outro profissional? Qual?	
4. Os profissionais consideram que enfrentam desafios para a adesão ao	

tratamento?	
5. Foi abordado a importância da realização de capacitações e treinamento para o cuidado em tuberculose?	