



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENERMAGEM**

TÚLIO CÉSAR DE ALENCAR MOREIRA

**ASPECTOS QUE CONTRIBUEM PARA O ABANDONO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**CUITÉ-PB
2016**

TÚLIO CÉSAR DE ALENCAR MOREIRA

**ASPECTOS QUE CONTRIBUEM PARA O ABANDONO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso que será apresentado à Coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité/PB, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Anne Jaquelyne R. Barrêto

CUITÉ-PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M838a Moreira, Túlio César de Alencar.

Aspectos que contribuem para o abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. / Túlio César de Alencar Moreira. – Cuité: CES, 2016.

48 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Anne Jaquelyne R. Barreto.

1. Tuberculose. 2. Serviços de saúde. 3. Tuberculose - tratamento. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.9

TÚLIO CÉSAR DE ALENCAR MOREIRA

**ASPECTOS QUE CONTRIBUEM PARA O ABANDONO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Anne Jaquelyne R. Barreto
Orientadora

Profa. Msc. Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro examinador

Prof. Dr. José Justino Filho
Membro examinador

CUITÉ-PB
2016

Este trabalho é dedicado às mulheres da minha vida: Ana Lúcia, Thaise Cristina, Thannize Raquel e Lyanne Alencar. E aos Homens da minha vida: Geraldo Dias e Francisco Tibério, pois cada um em seu lugar e seu jeito, impregnaram a minha história um amor esplendoroso.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que intercedeu para que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida. E não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Agradeço a minha Mãe, Ana Lúcia de Alencar Moreira, heroína e uma sertaneja forte e ao mesmo tempo serena, uma artista de mão cheia, que me deu apoio e conselhos em nossas conversas junto a sua mesinha de arte em seu quarto o qual nunca vou esquecer e sempre buscar mais.

Ao meu Pai, Geraldo Dias Moreira, homem de fé, pela paciência, pelos conselhos, por sempre ter um tempinho para mim no seu dia, no seu pequeno escritório em meu quarto, com sua mesa e seu computador e suas viagens diárias que o desgastam, mas que apesar das dificuldades nunca nos deixou faltar nada e foi meu alicerce ao longo da minha caminhada acadêmica.

Ao meu irmão Francisco Tibério de Alencar Moreira, meu melhor amigo. Me espelho no homem que és, tenho orgulho de ser seu irmão, você, que esteve ao meu lado nas horas que chorei e nas horas que sorri, nas horas que lamentei e nas horas demonstrei total alegria. Agradecer pelas conversas diárias, sem mágoas nem rancores, agradecer de peito aberto, de alma explosiva. Hoje quero parar e agradecer, porque você fez, faz e fará sempre parte de minha história. Te amo!

As minhas queridas irmãs, Thaise Cristina de Alencar Moreira e Thannize Raquel de Alencar Moreira. Agradeço por tudo que vocês fizeram por mim, por todos os momentos que olhei para os lados e, ao pensar que estava sozinho, percebia que estavam logo atrás, olhando meus passos e prestes a me segurar caso caísse. Obrigado pela ajuda e quero dividir sempre minhas vitórias com vocês.

A minha Prima/Cunhada Lyanne Alencar, agradeço ao destino por ter enviado você a minha vida. Você foi uma amiga fiel, que me defende com garra e ensinou-me o preço verdadeiro dos bens úteis da vida, que sem você não teria conhecido. Evitando-me o peso da tristeza, devotou-me a alegria e risadas.

Ao meu amigo César Henrique “Cézina”, pela alegria que emerges em quem te tem por perto, e pelos conhecimentos acadêmicos que tens. Obrigado por ser assim meu amigo, ficarás para sempre em meu coração.

Aos meus amigos Felipe Araújo, Enéas Gomes, Clodoaldo Vieira e Éder Dourado futuros enfermeiros com os quais dividi experiências e convivência na minha vida acadêmica. Cuité vai ser inesquecível por causa de vocês.

A minha amiga querida Graça “*Dona Graça*”, pelas refeições que me fornecestes diariamente, para que eu pudesse ter um pedaço de casa aqui em Cuité, obrigado por tudo.

As minhas Tias e Tios maternos e paternos que sempre que puderam me ajudaram e aconselharam.

A minha avó Maria Clara “*Minha Anja*” que sempre dividiu sua experiência comigo, as vezes brigando e brincando ao mesmo tempo, e sempre conversando a respeito de suas novelas que tanto a alegram. Obrigado por tudo vovó, nunca esquecerei de você. Te amo!

Ao meu amigo que foi embora e não se despediu de mim, meu avô Joaquim Moreira Neto (*In memoriam*), o qual sempre gostava das mensagens que lhe fazia, sei que o senhor está bem. Obrigado por tudo, saudades das nossas conversas á tarde na calçada. Te amo!

A minha orientadora Profa. Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto, pela amizade construída e confiança depositada. Obrigada também pelo compromisso, compreensão e dedicação.

A todos os professores que compartilharam seus ensinamentos durante toda a jornada acadêmica.

Aos meus colegas de universidade pela generosidade, aos coordenadores e as diversas pessoas que compõe esta família da Universidade Federal de Campina Grande- *campus* Cuité, pelas experiências e nos mais distintos e variados ensinamentos e conselhos transmitidos durante o curso até o presente momento de finalização.

Enfim, a todos que acreditaram na minha capacidade e que de alguma forma contribuíram para esse momento. Obrigada a todos.

“Para as coisas importantes, nunca é tarde demais, ou no meu caso, muito cedo, para sermos quem queremos. Não há um limite de tempo, comece quando quiser. Você pode mudar ou não. Não há regras. Podemos fazer o melhor ou o pior. Espero que você faça o melhor. Espero que veja as coisas que a assustam. Espero que sinta coisas que nunca sentiu antes. Espero que conheça pessoas com diferentes opiniões. Espero que viva uma vida da qual se orgulhe. Se você achar que não tem, espero que tenha a força para começar novamente”.

O Curioso Caso de Benjamin Button

RESUMO

MOREIRA, Túlio César de Alencar. **Aspectos que contribuem para o abandono do tratamento da tuberculose.** 2016. 48 p. Monografia (Graduação) Curso de Enfermagem – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2016.

Este trabalho teve como objetivo identificar os aspectos que influenciam no abandono do tratamento da tuberculose no Brasil, de acordo com as publicações científicas nacionais no período de 2005 a 2015. O estudo apresenta-se como uma revisão integrativa com base em análise de estudos publicados referentes ao abandono do tratamento da tuberculose. A análise de dados coleta foi realizada no período de junho a julho do ano de 2016 e para a identificação dos estudos, foi utilizada busca on-line de artigos, consultando as bases de dados da biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), do banco de dados da PubMed e LILACS. Os resultados dessa pesquisa identificaram diversos aspectos que levam a descontinuidade do tratamento, dos quais foram divididos em três tipos: Os aspectos individuais nos quais são citados o alcoolismo, ser do sexo masculino e possuir histórico de abandono de tratamento anteriores. Os aspectos socioeconômicos como a pobreza e a baixa escolaridade. E os aspectos de problemas com os serviços de saúde que disponibilizam seu tratamento, como distância entre o serviço e a casa do paciente. É de essencial importância que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que tem um contato mais integral com o paciente, acatem a realidade de cada paciente e que devem ser respeitados estilos de vida, e que então o sentimento de resiliência exista perante as duas partes, do profissional e do paciente, para que assim seu tratamento seja eficaz.

Palavras-chave: Tuberculose, Serviços de saúde e Tratamento.

ABSTRACT

MOREIRA, Túlio César de Alencar. Aspects that contribute to the abandonment of tuberculosis treatment. 2016. 48 sheets. (Monography) Graduation in Nursing - Academic Unit of Health, Education and Health Center, Federal University of Campina Grande, Cuité – PB, 2016.

This study aimed to identify the aspects that influence the treatment dropout in Brazil, according to the national scientific publications from 2005 to 2015. The study presents itself as an integrative review based on an analysis of published studies concerning the abandonment of tuberculosis treatment. The collection data analysis was carried out between June-July of the year 2016 and for the identification of studies was used search online articles by querying the databases of the electronic library Scientific Electronic Library Online (SciELO), the database PubMed and LILACS. The results of this research identified several factors that led to discontinuation of treatment, which were divided into three types: the individual aspects of which are cited alcoholism, being male and having a history of previous treatment dropout. The socioeconomic factors such as poverty and poor education. And aspects of problems with health services that provide treatment, such as distance between the service and the patient's home. It is of essential importance that health professionals, especially nurses who have a more full contact with the patient, abide by the reality of each patient and to be respected lifestyles, and then the feeling of resilience exist before the two parties, professional and patient, so that treatment is effective.

Keywords: Tuberculosis, health services and treatment,

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - Distribuição do nome da revista, idioma, ano de publicação e tipo de abordagem.....	26
QUADRO 02 - Distribuição dos artigos por título do artigo, objetivo, principal conclusão.....	27
QUADRO 03 - Quadro-síntese dos aspectos individuais que influenciam o abandono do tratamento da Tuberculose, identificadas na revisão integrativa da literatura.....	31
QUADRO 04 - Quadro-síntese dos aspectos socioeconômicos que influenciam o abandono do tratamento no tratamento da Tuberculose, identificados na revisão integrativa da literatura.....	35
QUADRO 05 - Quadro-síntese dos aspectos relacionados à organização de serviços que influenciam o abandono do tratamento no tratamento da Tuberculose, identificados na revisão integrativa da literatura.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Tuberculose: aspectos históricos, conceituais e políticos	16
3.2 Abandono do tratamento da tuberculose	19
3.3 Revisão integrativa	21
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 Tipo de estudo	24
4.2 Análise de Dados.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS.....	46
ANEXO 1. Exemplo de instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005).....	47

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, que somado a outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. Nos países em desenvolvimento, estima-se que anualmente ocorram 2,8 milhões de mortes por tuberculose e 7,5 milhões de casos novos, atingindo todas as faixas etárias, com predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15-54 anos) da sociedade (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

A Organização Mundial da saúde (OMS), há uma década, declarou a tuberculose em estado de emergência no mundo, sendo ainda hoje a maior causa de óbito por doença infecciosa em adultos. Estima-se que 2 bilhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo da tuberculose, e destas, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

A tuberculose constitui um problema de saúde pública no mundo, sendo conhecida como "calamidade negligenciada" e ainda não solucionada no século XXI (RUFFINO-NETTO, 2002).

Esse problema de saúde conciliado a pobreza assumem uma relação reativa, já que tanto a pobreza pode estar relacionada às condições precárias de saúde, como essas podem produzir a pobreza, limitando as oportunidades de trabalho e de subsistência. Formando-se assim um ciclo vicioso com risco de agravamento, podendo assim gerar um impacto negativo da doença no índice de desenvolvimento humano, distribuindo-se não uniformemente sofrendo influência de fatores como: extensão territorial, crescimento populacional desordenado e concentração de periferias populacionais (GUIMARAES et al, 2012).

Embora muitos investimentos estejam sendo feitos, esses privilegiam o tratamento e não a prevenção. Apesar do fato de haver medidas para a prevenção e controle da doença, estratégias inovadoras e eficazes, como a estratégia *directly observed treatment, short-course* (DOTS, tratamento diretamente observado), ainda não atingem grande parte da população, pois o financiamento e o envolvimento político nesse âmbito são deficientes (GUIMARÃES et al, 2012).

O Brasil faz parte do grupo dos 22 países de alta carga da doença, priorizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. No Brasil, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos de tuberculose por ano (BRASIL, 2015).

Na década de 90 a OMS, recomendou a implementação de uma estratégia DOTS. Com a finalidade de que os países atuantes pudessem ter um certo controle da tuberculose, estratégia na qual foi chamada de *Direct Observed Treatment Short – Course* que também inclui a adesão política das autoridades, garantia de medicação e implantação de rede laboratorial de baciloscopia. Sendo implementada no ano de 1999, pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), as perspectivas relacionadas a mesma, são a redução da taxa de abandono de tratamento, atenuação do surgimento de resistência entre bacilos e buscar o efetivo controle da TB (AGUIAR; RIBEIRO, 2009;).

(PAIXÃO; GONTIJO; SOUSA, 2008, p. 02):

[...] embora venha sendo intensificada a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento para as unidades de atenção básica, observa-se que fragilidades na produção do cuidado ao doente de TB têm contribuído para a ocorrência da interrupção do tratamento. O abandono do tratamento da TB e a terapia irregular repercutem na persistência da morbidade e mortalidade, favorecem a resistência medicamentosa e constituem fator de impacto negativo no controle da doença.

Baixa adesão é a principal causa de fracasso do tratamento e resistência aos medicamentos. Estudos anteriores demonstraram que a despesa de viajar para centros de tratamento, os pacientes com pouca informação sobre a doença, a comunicação difícil com os pacientes, alcoolismo, e falta de moradia são os principais determinantes da não adesão ao tratamento da tuberculose. A adesão do paciente ao tratamento padrão nos países em desenvolvimento é estimado como sendo inferior a 40% (GOMES et al, 2015).

Elevadas taxas de abandono implicam queda na manutenção da cobertura da estratégia supervisionada. Ao se falar nessa estratégia, cabe mencionar a importância dos ACS que são facilitadores da vigilância e da promoção da saúde, exercendo elo cultural ao unir saber científico e saber popular (SILVA; ANJOS; NOGUEIRA, 2014).

Embora a taxa de incidência da tuberculose venha caindo no país nas últimas décadas, ainda morrem em função da doença, anualmente, cerca de 4.800 brasileiros, na maior parte das vezes devido à não conclusão do tratamento. No Brasil, em cada 100 usuários do sistema de saúde que iniciam o tratamento da TB, nove não o levam até o fim. O máximo tolerável, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é quase a metade disso: cinco em cada 10 (BRASIL, 2015; COUTO et al, 2014).

Reconhecendo o abandono do tratamento da TB como um dos fatores que mais dificultam o controle da doença e que contribui para resistência do bacilo ao tratamento há necessidade de identificar quais os aspectos que influenciam no abandono do tratamento

segundo estudos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais no período de 2005 a 2015.

2 OBJETIVO

Identificar os aspectos que influenciam no abandono do tratamento da tuberculose no Brasil, de acordo com as publicações científicas nacionais e internacionais no período de 2005 a 2015.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Tuberculose: aspectos históricos, conceituais e políticos

Souza e Horta (2012) conceituam tuberculose como uma doença infectocontagiosa, causada pelo microrganismo bacteriano álcool-acidorresistente, chamado de *Mycobacterium tuberculosis*, é estritamente aeróbia e muito resistente a ação de agentes químicos, porém sensível a agentes físicos como o calor e a radiação ultravioleta. É transmitida por meio de tosse, espirro, fala ou respiração de uma pessoa com o tipo de *Mycobacterium* pulmonar ou pessoas que possuam resultado de baciloscopia direta de exame de escarro positivo.

Nos seus primórdios, a tuberculose atingiu os animais antes de alcançar os homens, provavelmente por um variante que antecedeu o *Mycobacterium bovis*. Os primeiros humanos possivelmente se infectaram por ingestão de carne ou leites contaminados, ou por via aérea. Aos poucos, bacilos mutantes, de localização pulmonar e melhor transmissão aérea, com uma virulência atenuada, o que favorecia a sua disseminação, conseguem firmar-se como parasitas da espécie humana (FOCACCIA et al, 2009).

A tuberculose é, historicamente, considerada metafórica e, desde seu surgimento na história humana, suscita o imaginário daqueles que com ela tenham contato, sejam doentes, familiares ou profissionais de saúde. As várias décadas em que a convivência com a doença e o doente não traziam explicações lógicas para o acometimento, permitiram que o imaginário social fosse constantemente alimentado por informações que circulavam, tanto no universo científico como no senso comum, suscitando explicações fantasiosas e/ou estigmatizante, que tinham consequências no social e no biológico, muitas vezes necessariamente nessa ordem, pois mediante o desconhecimento científico das causas e ausência de tratamento eficaz, restava aos doentes recorrer a tratamentos paliativos, inócuos ou nocivos com o consequente êxito letal. Mediante o estigma vigente a esses doentes, a morte física era precedida da morte social (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013).

Para Gill (2012) o cuidado com os tuberculosos era precário e sem importância, não apenas em regiões específicas e sim em todo o Brasil. Debates realizados, sobre forma de acometimento e transmissibilidade, assustavam pelo fato de taxa de mortalidade em curto espaço de tempo, levando temor a população. Neste período, o povo apenas assistia ações “corriqueiras” das administrações públicas, nas quais havia destruição de cortiços e desinfecção de casas, ações que foram relatadas na época como “casas que matavam”.

Durante anos, na maior parte do país foram publicadas matérias em jornais abordando a necessidade da criação de sanatórios nos moldes europeus; de dispensários, cuja função era profilática; ou do oferecimento de alas específicas e separadas em hospitais gerais para a atenção ao tuberculoso, além da criação de hospitais de isolamento - muitas dessas ideias não saíram do papel. A maioria dos vitimados pela enfermidade era cuidada e, muitas vezes, morria em casa. Afora não perceberem na rotina hospitalar a possibilidade de alívio para suas dores, a internação significava uma declaração pública de que estavam doentes e que por esse motivo deveriam ser apartados do ambiente de trabalho, o qual proporcionava seu sustento (GILL, 2012).

Em 1900, surgiram os primeiros sanatórios no país. Antes mesmo desse período, houve duas opiniões diferentes sobre o assunto. Uns julgavam importante a construção de sanatórios e dispensários, e outros imaginavam que uma estrutura hospitalar moderna poderia dar conta de atender diferentes demandas, dentre elas as que se destinavam aos procedimentos para com os tuberculosos (GILL, 2012).

Segundo Viera e Ribeiro (2008) no ano de 1979, o Brasil foi um dos países pioneiros no tratamento da TB por meio de um programa de saúde pública utilizando um esquema de curta duração de seis meses, chamado esquema I (Rifampicina associada a isoniazida). Apresentando resultados promissores, com o esquema I, tornou-se possível reduzir rapidamente a transmissão e assim reduzir a incidência da TB. Apesar do fornecimento gratuito de medicamentos antituberculose pelo país, através do SUS, a não adesão e o abandono do tratamento são os maiores obstáculos para o controle e a cura da TB.

A tuberculose chega ao século XXI como uma das maiores causas de morbimortalidade no mundo. Sua importância epidemiológica se traduz em dados veiculados pela Organização Mundial de Saúde mostrando que existem dois bilhões de infectados pelo *Micobacterium tuberculosis* na população mundial, propiciando a ocorrência de oito milhões de casos novos/ano e a morte de aproximadamente dois milhões de pessoas (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA et al, 2013).

A tuberculose permanece como um dos problemas de saúde pública no cenário mundial. No entanto, é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antituberculose, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do TDO no serviço de Atenção Básica. A partir de 2001, em razão do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, as ações de controle da tuberculose passaram a ser de responsabilidade dos municípios e

tornaram-se compromissos prioritários da gestão municipal através do Pacto pela Saúde, em 2006 (OLIVEIRA et al, 2015).

O óbito por TB é considerado um evento sentinela, por ser evitável e por demonstrar as falhas da rede social e do sistema de saúde. Envolvidos com o óbito estão a percepção de doença pela população, o acesso à rede de saúde, a detecção e o diagnóstico do caso pelo sistema de saúde, o manejo clínico adequado, os recursos financeiros e a rede social que permitam ao paciente realizar o tratamento (SELIG et al, 2012).

Ressalta-se que a ampliação da cobertura do tratamento supervisionado relaciona-se às dimensões político-gerencial, técnico-operacional e do financiamento das ações de TB. Dessa forma, a Política de Controle da Tuberculose no país, em observância aos pilares do *Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS), enfatiza a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família, considerada, na perspectiva da APS, a porta de entrada do sistema de saúde (SOUZA et al, 2010).

Sendo a Atenção Básica a porta de entrada para o SUS, e a estratégia do TDO inserida no âmbito da Estratégia Saúde da Família, torna-se fundamental a integralidade das ações de todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao usuário, para que o Programa de Controle da Tuberculose possa avançar com garantia da qualidade das ações (OLIVEIRA et al, 2015).

Inseridas no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacam-se os enfermeiros, profissionais de saúde protagonistas na história das ações de controle da tuberculose (TB) no país. Desde a década de 1920 e, mais precisamente nos anos de 1960, as enfermeiras vêm atuando como visitadoras sanitárias e realizando a supervisão do tratamento da TB. No entanto, apesar da experiência que atravessa a história da saúde no Brasil, a prática de enfermagem, inserida no campo das políticas públicas de saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do processo de trabalho, de modo a configurar um cuidado construído na perspectiva da integralidade (SÁ et al, 2012).

Como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro tem papel relevante para a efetivação das ações de controle da tuberculose na medida em que gerencia as ações de controle e compreende a complexidade envolvida nesse processo, a exemplo da identificação de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento, desempenho na operacionalização do

TDO, bem como apoio e cuidado à pessoa adoecida, à família e à comunidade (OLIVEIRA et al, 2015).

Uma das atribuições específicas do enfermeiro no contexto da ESF é realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na ABS (SÁ et al, 2012). Para (BRASIL, 2013) o pacto pela saúde (2013/2015), ressalva, no que diz respeito a redução de riscos e agravos à saúde da população, a ações de promoção em vigilância em saúde, cuja meta é aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, sendo esta proporção configurada como um indicador de saúde. Desse modo, a relevância desse indicador é mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a conseqüente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) para o alcance da meta, deve-se propor políticas públicas voltadas para o controle da tuberculose, elaborando e disponibilizando normas técnico-científicas orientadas para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose, sendo essas, prestar apoio técnico aos estados e municípios no desenvolvimento de ações de controle da tuberculose; Financiar, junto com estados e municípios, as ações de vigilância em saúde voltadas para o controle da doença; Realizar estudos sobre a tuberculose e seu controle; Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância em saúde; Disponibilizar informações sobre a tuberculose e as ações de controle e Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.

3.2 Abandono do tratamento da tuberculose

Considerou-se abandono de tratamento o caso de TB que, após 30 dias do início do tratamento, deixou de comparecer à consulta médica na data agendada para retorno e não se conseguiu localizá-lo, por meio de notificação ou visita domiciliar, ou houve a interrupção da ingestão da medicação por mais de trinta dias consecutivos (VIEIRA; RIBEIRO, 2008).

Viera e Ribeiro (2008) trazem em seu discernimento, a respeito do abandono do tratamento da tuberculose, uma estratégia que ajuda na adesão no tratamento da doença, estratégia essa que é o conhecimento e a desmistificação das crenças sobre a doença. Citando também a importância da equipe de saúde, que deve estar atenta para o grau de participação da família durante o transcorrer do tratamento; além disso, o paciente não é o único indivíduo a ser afetado pela doença.

O Programa de controle da tuberculose (PCT) no Brasil determina o alcance de metas mínimas, sendo 85% de adesão ao tratamento e no máximo 5% de casos de abandono. Para tanto, o tratamento dos casos bacilíferos é considerado atividade prioritária de controle da TB, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão (LIMA et al, 2016).

Como estratégia mundial para evitar o abandono e estimular o uso correto da medicação, a OMS propõe *odirectly observed therapy short-course* (DOTS), um conjunto de estratégias político-administrativas que inclui o tratamento supervisionado, com o objetivo de estimular a adesão ao tratamento. Esta é considerada uma das melhores intervenções em relação ao custo-benefício (VIEIRA; RIBEIRO, 2008).

As necessárias mudanças de natureza política, administrativa, organizacional e social, envolvendo os serviços de saúde, comunidade, familiares, meios de comunicação e, em última análise, a formação e sensibilização dos profissionais de saúde, por meio de cursos de capacitação e de educação continuada para o DOTS, promovem um desempenho mais eficaz dos programas de controle da TB (VIEIRA; RIBEIRO, 2008).

No Brasil, atualmente, os maiores desafios do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) consistem em sua expansão. Tendo como estratégia o Tratamento Supervisionado (TS), a cobertura das ações de controle da TB, diminuição do número de casos de abandono do tratamento e incremento nas taxas de cura da doença (SOUZA et al, 2010).

A influência religiosa também pode interferir na hora do tratamento da tuberculose, mas os profissionais precisam estar atentos e atuarem juntos no combate à doença para que não ocorra divergências de ideias, a qual Couto et al (2014) cita um exemplo de uma paciente com tuberculose, que abandonou o tratamento medicamentoso, pois segundo o seu líder religioso basta-lhe rezar e ter fé, que alcançará a cura, tal orientação levou a mesma a abandonar o tratamento, acarretando depois uma piora e agravo do seu caso.

Para Gomes et al (2015) a ingestão irregular de medicamentos, acarreta então uma “resistência bacteriana”, ocasionando assim crescimento bacteriano logo, gera por cadeia uma “resistência medicamentosa” no regime do tratamento levando a multirresistência, que combinada com a vulnerabilidade social, leva-se ao fracasso do tratamento da TB.

Silva; Anjos; Nogueira (2014), apontam dados que nos descrevem que indivíduos com escolaridade em nível de ensino médio apresentaram 1,56 mais chances de abandonar o tratamento, e aqueles com ensino superior, 42,99 vezes mais chances de abandono, indivíduos de outras raças, por sua vez, apresentaram 2,29 vezes mais chances de abandonar o tratamento que os brancos e pardos, e com relação ao tipo de entrada, indivíduos que reingressaram após

abandono tiveram 2,71 vezes mais chances de abandonar do que os casos novos e recidivos. E Lima et al (2016) citam que existem causas associadas ao abandono do tratamento, tais como, ser do sexo masculino e possuir compromisso de trabalho.

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da TB (2011), o tratamento tem duração de seis meses, em geral. Para ser considerado curado o paciente deve apresentar duas baciloscopias negativas, uma durante o acompanhamento e outra ao final do tratamento, juntamente com exames radiológicos que dispensem sinais da doença.

O insucesso do tratamento, tendo como causa o abandono, pode levar a um prolongamento do estado infeccioso, aumentando a possibilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multirresistentes, ou seja, aqueles que apresentam resistência *in vitro* a rifampicina, a isoniazida e a uma terceira droga dos esquemas padronizados no tratamento da TB (ALVES et al, 2008).

3.3 Revisão integrativa

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente. Um dos propósitos da Prática Baseada em Evidências (PBE) é encorajar a utilização de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração de uma revisão integrativa, é preciso desenvolver seis fases/etapas com distintas finalidades (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), são elas apresentadas da seguinte forma: 1ª Fase – Elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase – Busca ou amostragem da literatura; 3ª Fase – Coleta de dados; 4ª Fase – Análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase – Discussão dos resultados; 6ª Fase – Apresentação da revisão integrativa.

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora

A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado. Logo, inclui a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados. Deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos pelo pesquisador (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

2ª Fase: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Após a escolha do tema pelo revisor e a formulação da questão de pesquisa, se inicia a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão. É um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3ª Fase: coleta de dados

Para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro. Os dados devem incluir: definição dos sujeitos,

metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embasadores empregados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

4ª Fase: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Dentre as abordagens, o revisor pode optar para a aplicação de análises estatísticas; a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos; a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa. A competência clínica do revisor contribui na avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para a utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5ª Fase: discussão dos resultados

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa

Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada. A importância da divulgação dos resultados da investigação é incondicionalmente reconhecida, mas as formas de como divulgar ainda são limitadas devido às exigências dos periódicos científicos, a necessidade de outro idioma e dos recursos financeiros dispensados, apesar dos enormes avanços na tecnologia da comunicação (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo apresenta-se como uma revisão integrativa com base em análise de estudos publicados referentes ao abandono do tratamento da tuberculose. Para este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O estudo segue a seguinte questão: O que tem sido publicado na literatura nacional acerca dos aspectos que influenciam o abandono do tratamento da tuberculose?

Para o levantamento dos artigos na literatura, foi realizado uma busca nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS e Bireme.

Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores: “Tuberculose”, “Serviços de Saúde” e “Tratamento”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos na íntegra que retratem a temática referentes as causas do abandono do tratamento da tuberculose no mundo e no Brasil e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos (2005 a 2015). Foram desabilitados artigos fora desse período temporal, artigos que não regreassem o tema e literaturas adversas; artigos não disponíveis na íntegra e artigos duplicados. Após a aplicação dos critérios permaneceram 16 artigos sendo 12 publicados no idioma português e 04 em inglês.

Ao final da leitura e análise dos artigos, foram analisados, nas bibliotecas virtuais BVS e SciELO, a partir dos descritores, tuberculose *and* serviços de saúde *and* tratamento *and* abandono, nos quais totalizaram 53 artigos: LILACS (47); BDENF (4) e Medline (2).

Para coleta de dados foi utilizado o instrumento validado por URSI, o qual auxiliou na organização e consolidação dos dados sobre caracterização dos estudos e sobre os aspectos que influenciam no abandono do tratamento da TB. Este instrumento está disposto no Anexo 1.

4.2 Análise de Dados

A análise da organização dos dados foi realizada no período de junho a julho do ano de 2016 e para a identificação dos estudos, foi utilizada busca on-line de artigos, consultando

as bases de dados da biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), do banco de dados da PubMed e LILACS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nos artigos foram analisados quatro fatores, para extrair suas informações, sendo esses o nome da revista, idioma, ano de publicação, e o tipo de abordagem (Quadro 1). Também foram analisados quanto título, objetivo e a principal conclusão (Quadro 2).

Os dados encontrados nos revelaram diversas aspectos para o abandono da tuberculose, muitas delas por causas individuais, socioeconômicas e pela organização do serviço de saúde (Quadro 3,4 e 5).

Quadro 1 – Distribuição do nome da revista, idioma, ano de publicação e tipo de abordagem.

NOME DA REVISTA	QUANTIDADE	%
Cad. Saúde Pública	04	25,0
J Bras Pneumol	04	25,0
Rev Panam Salud Publica	02	12,5
Rev Saúde Pública	01	6,25
Text Context Enferm	01	6,25
Esc Anna Nery	01	6,25
Rev Baiana de Saúde Publica	01	6,25
Rev Bras Epidemio	01	6,25
Saúde Soc	01	6,25
Total	16	100
IDIOMA	QUANTIDADE	%
Português	12	75,0
Inglês	04	25,0
Total	16	100
ANO DE PUBLICAÇÃO	QUANTIDADE	%
2008	02	12,5
2009	01	6,25
2011	03	18,75
2012	06	37,5
2013	02	12,5
2014	02	12,5
Total	16	100
TIPO DE ABORDAGEM	QUANTIDADE	%
Qualitativa	02	14,3
Quantitativa	12	85,7
Total	14	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos por título do artigo, objetivo e principal conclusão.

Título	Objetivo	Principal conclusão
Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre	Investigar os fatores que estão relacionados a descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre.	Algumas pessoas são caracterizadas como propícias a descontinuarem o tratamento e os diferentes modos de vida dos pacientes dificultam suas abordagens e suas formações de vínculos, favorecendo a descontinuidade do tratamento.
Efetividade do tratamento da tuberculose	Analisar as estratégias que influenciam a efetividade do tratamento da tuberculose básicas de saúde	Para pacientes cadastrados em programas de controle da tuberculose em UBS no Brasil, o tratamento supervisionado provavelmente é uma estratégia de extrema importância para se alcançar uma menor taxa de abandono.
Características sociodemográficas indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil	Analisar características sociodemográficas e indicadores operacionais referentes ao controle da tuberculose	A abordagem empregada mostrou-se útil para elucidar desigualdades e superou as usuais análises realizadas nos serviços de vigilância que visam delinear a situação epidemiológica da TB baseadas, apenas, em taxas ou valores absolutos.
Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar	Descrever os principais fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar apontados pela literatura científica	A identificação das pessoas com maior risco para abandonar o tratamento, deve ser prática no cotidiano dos serviços de saúde, em especial na atenção básica, que atualmente é a grande responsável pelo controle da tuberculose no Brasil.
Ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo de São Paulo	Caracterizar a situação clínica e epidemiológica dos casos de tuberculose no distrito administrativo do Capão Redondo, município de São Paulo, para o período de 2000 a 2009	As metas propostas para o controle da tuberculose ainda não foram alcançadas no que se refere à cura e ao abandono do tratamento. No entanto, observaram-se esforços dos serviços de saúde no controle da doença por meio do aumento da cobertura do tratamento supervisionado.

Continua...

Quadro 2 – Continuação – Distribuição dos artigos por título do artigo, objetivo e principal conclusão.

Título	Objetivo	Principal conclusão
Desfechos clínicos do tratamento da tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia	Descrever as taxas de cura, falência e abandono do tratamento da tuberculose com o esquema básico preconizado pelo Ministério da Saúde (tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses seguidos de isoniazida e rifampicina por quatro meses) utilizando comprimidos em dose fixa combinada em regime auto administrado e descrever os eventos adversos e seus possíveis impactos no desfecho do tratamento	A taxa de cura do esquema básico com o uso de comprimidos em dose fixa combinada sob regime autoadministrado foi semelhante às taxas históricas do esquema anterior. A taxa de abandono, na amostra estudada, foi muito acima da taxa preconizada como adequada (até 5%).
Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre – RS	Determinar os fatores preditores do abandono do tratamento da tuberculose pulmonar, preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em pacientes bacilíferos virgens de tratamento atendidos na cidade de Porto Alegre – RS	Na população estudada, alcoolismo, infecção por HIV e o fato de o paciente não residir com familiares foram os fatores preditores mais importantes para o abandono do primeiro tratamento da tuberculose pulmonar.
Tuberculose e iniquidade social em saúde: Uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil	Identificar os padrões dos municípios do estado de São Paulo quanto a relação da tuberculose com os indicadores de oferta e serviço de saúde, contexto e iniquidade social	Observou-se cobertura da ESF nos municípios com maior iniquidade. Porém, sem TDO, o resultado da ESF para controle da tuberculose parece não ser tão eficaz.

Continua...

Quadro 2 – Continuação – Distribuição dos artigos por título do artigo, objetivo e principal conclusão.

Título	Objetivo	Principal conclusão
O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte - MG, Brasil	Investigar, sob a perspectiva dos gerentes de centros de saúde de Belo Horizonte – MG, aspectos relativos ao funcionamento dos serviços que coordenam face ao abandono do tratamento da tuberculose e a viabilidade de cumprir as diretrizes do programa de controle de doença	Os relatos indicam que os serviços ainda não cumprem a perspectiva da integralidade, requerendo melhor organização e processos de educação permanente das equipes para enfrentar o abandono e elaborar novas alternativas para ampliar a adesão e conclusão do tratamento.
Características dos serviços de saúde associados a adesão ao tratamento da tuberculose	Analisar as características relacionados a adesão do tratamento dos casos de tuberculose em serviços de referência para tuberculose	A adesão foi fator importante para o desfecho cura e abandono, mas foi baixo o índice de unidades que alcançaram as metas de cura. A equipe multidisciplinar pode contribuir para a compreensão pelo paciente sobre a sua enfermidade e a adesão ao tratamento para a cura.
Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008	Identificar os fatores de risco para o abandono de tratamento da tuberculose nos cenários da atenção básica de saúde, dos municípios de Manaus e Fortaleza e avaliar a influência da distância entre o local de atendimento e a residência dos pacientes no abandono ao tratamento	Os principais fatores de risco são aqueles que representam situações críticas como a drogadição, situação econômica, ser do sexo masculino permaneceu associada ao abandono e a distância entre a residência do paciente e o serviço de saúde e não foi detectada diferença significativa dessas distâncias para casos e controles.

Continua...

Quadro 2 – Continuação – Distribuição dos artigos por título do artigo, objetivo e principal conclusão.

Título	Objetivo	Principal conclusão
Abandono do programa de tratamento anti-retroviral da infecção de por HIV em pacientes de dois hospitais no Haiti	Identificar os fatores associados a terapia anti-retroviral (ART) de atrito entre os pacientes que iniciam a terapia em 2005-2011 em dois grandes setores públicos hospitalares e informar atenção de ART	Sugerem intervenções que melhorem a qualidade nos dois hospitais, como suporte a retenção e transporte subsídios para pacientes com acesso a áreas remotas; aconselhamento para todos os pacientes antes do início do ART; divulgação para os pacientes que faltam ao ART; os doentes transferidos o cuidado para instalações alternativas "serviços ponte".
Implementação e resultados dos DOTS em unidades básicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro	Descrever a implantação e os efeitos do directly – observed treatment short course (DOTS) em centros municipais de saúde	Os pacientes com um "perfil baixo conformidade" eram mais propensos para ser incluído no DOTS. Esta estratégia melhora a qualidade dos cuidados prestados para pacientes com tuberculose.
Custo efetividade dos agentes comunitários de saúde versus supervisores domiciliares na realização do tratamento supervisionado da tuberculose, Vitória – ES, Brasil	Comparar os custos e resultados associados ao tratamento supervisionado diretamente em relação ao padrão de tratamento diretamente observado	Custo por paciente tratado com DOTS supervisionado-guarda foi US \$ 398, em comparação com US \$ 548 para o DOTS ACS-supervisionados. Os DOTS supervisionado-guarda é uma opção atraente para complementar DOTS ACS-supervisionados
Metanálise de fatores relacionados dos serviços de saúde que predizem o abandono de tratamento por pacientes com tuberculose	Investigar a associação entre tuberculose abandono do tratamento e os fatores previamente estudados relacionados aos serviços de saúde	Todas as exposições heterogeneidade demonstrado, que só foi explicada em um viés de publicação foi encontrado em apenas uma exposição.
Estudo epidemiológico da coinfeção tuberculose – HIV no nordeste do Brasil	Analisar os aspectos epidemiológicos relacionados aos casos de tuberculose coinfectados com HIV no nordeste do Brasil	O baixo percentual de cura, o elevado percentual de abandono, a ocorrência de formas graves de tuberculose extrapulmonar e a elevada taxa de letalidade refletem o desafio na assistência ao paciente e na vigilância dos casos de tuberculose coinfectados com o HIV no nordeste do Brasil.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Quadro 3 – Quadro síntese dos aspectos individuais que influenciam o abandono do tratamento da Tuberculose, identificadas na revisão integrativa da literatura.

Autores	Aspectos individuais que influenciam o abandono do tratamento da TB
Capani, Moreira e Tietbohel.	Alcoolismo e a coinfeção Tuberculose/HIV
Ferreira, Júnior, Conde et al.	Ser do sexo masculino, apresentar abandono prévio, ser submetido a tratamento não observado, ocorrência de retratamento e reações adversas aos medicamentos.
Hino, Takahashi, Bertolozzi et al.	Coinfeção Tuberculose/HIV
Lopes, Menezes, Costa et al.	Pacientes com histórico de abandono prévio do tratamento da Tuberculose, ser do sexo masculino com idade entre 30 a 64 anos, imunodeprimidos por infecções como HIV, usuário de drogas, tabagismo, melhoras dos sintomas clínicos, efeitos secundários do tratamento e incapacidade mental e psíquica.
Rocha e Adorno.	Uso de drogas, álcool, medo da doença e os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no tratamento.
Wendling, Moderna e Shall.	Efeitos colaterais e resistência as medicações e a melhora clínica.
Souza. Pereira, Marinho et al.	Melhora clínica, desconhecimento da doença e não adesão ao tratamento.
Braga, Pinheiro, Matsuda et al.	Ser do sexo masculino, usar drogas ilícitas e a infecção por vírus HIV.
Ferreira, Brito, Portela et al.	Não adesão ao tratamento.
Prado, Wada, Guidoni et al.	Resistência ao tratamento.
Brasil e Braga.	Treinamento ou suporte para adesão e demora para início do tratamento.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Dos aspectos individuais que levam o paciente a abandonar o tratamento da tuberculose o alcoolismo vem sendo, abordado em cinco estudos, como uma das principais causas da redução da probabilidade de cura por abandono do tratamento. Segundo Orofino et al (2012) a ingestão excessiva de álcool e tabaco, está entre os conhecidos fatores de risco para desfechos desfavoráveis da tuberculose, visto que agravam os sintomas da doença e influenciam na baixa eficácia do tratamento. A suspensão de medicamentos nos finais de semana para não “misturá-la com a bebida” é relatado também no estudo de Yoshida e Andrade (2016) como relação do álcool e o tratamento da TB. No estudo de Souza; Menandro; Menandro I (2015) o alcoolismo é destacado como um problema encontrado na saúde pública, pois muitos usuários procuram os serviços de saúde, fugindo e “mascarando” seus problemas de saúde. Além disso, também existem aqueles que levam uma atitude conflituosa ao serviço de saúde por muitas vezes, indo procurá-lo sobre efeito do álcool,

levando ao desconforto ético tanto a nível profissional e aos demais usuários do serviço. O autor cita um despreparo profissional para lidar com esse tipo de situação, também pelo fato do paciente não agir correto, conforme ambiente que se encontra. As vezes o profissional age de modo agressivo com os pacientes e profissionais ali existentes, complicando e até impedindo a realização do seu atendimento. Para Santos et al (2013) esse problema necessita de ações estratégicas urgentes voltadas para o controle do alcoolismo pautando-as em medidas que deem conta da determinação social da tuberculose. O estudo de Lopes et al (2013), trouxeram que entre outros fatores do abandono do tratamento da TB está a incapacidade psíquica de alguns pacientes. E Vargas et al (2015) ressaltam que a maioria das vezes esses pacientes são dependentes químicos, onde os transtornos principais que possuem são a esquizofrenia e a depressão, dificultando seu tratamento especializado.

Quanto ao fato de ser do sexo masculino, foram sugeridas evidências que a diferença de incidência entre o sexo feminino e masculino. Diferenças genéticas, é apresentado como fator de risco para o abandono do tratamento. Além disso, os homens se envolvem mais em atividades físicas e têm atividades de recreação grupais (por exemplo, futebol). Entre os homens também há maior consumo de substâncias psicoativas, tais como álcool e tabaco e apresentam históricos de abandonos. Na maioria dos casos, eles não buscam o serviço de saúde, por motivos nos quais variam, de não exercer seu trabalho, por se sentirem os responsáveis pelo sustento da família, acarretando um sentimento de insuficiência moral e perda de sua identidade (BARROSO, MELO, GUIMARÃES, 2015; FERREIRA et al, 2013; VILLA et al, 2008; ROCHA; ADORNO, 2012).

No estudo de Yoshida e Andrade (2016) em relação aos homens, foram identificados fatores para sua dificuldade de tratamento, sendo estes ao comportamento perante enfrentamento de doenças, destacando-se: a resistência à procura aos serviços de saúde, aos quais só buscam em situações graves alegando falta de tempo devido a sua ocupação profissional, sempre se dirigindo aos serviços de urgência e emergência. O alcoolismo e tabagismo, hábitos relacionados a masculinidade interferindo no tratamento de doenças. A alimentação, retratando a dificuldade em seguir uma dieta de qualidade devido aos horários de trabalho e dificuldade socioeconômica. O uso contínuo de medicamentos, onde existe a dificuldade de adequar o uso regular de um ou mais medicamentos em seus horários prescritos. Apesar de apresentarem alta taxa de morbimortalidade em todas as faixas etárias e menor esperança de vida, os homens são vítimas do que foi chamado de masculinidade “hegemônica”, que apesar desses fatores citados, não buscam os serviços de saúde por se sentirem invulneráveis a exposição de doenças.

A masculinidade hegemônica seria aquela ligada à legitimidade do patriarcado, que garante a dominação dos homens e a subordinação das mulheres. Ela não diz respeito a um estilo de vida, mas as configurações que formam as relações de gênero. Sobre esse sentimento de hegemonia (“independência”, “força”) masculina, promove ao homem, a tendência de procura tardia dos serviços de saúde, adotando assim um modelo curativista e imediatista (SOUZA et al, 2015; TRILICO et al, 2015).

Em relação a faixa etária, os estudos apontaram ser entre 30 a 45 anos a maior incidência de abandono no tratamento da TB. Os mesmos estudos justificam este comportamento, sendo esta a idade mais produtiva da vida, pode levar ao medo de perder sua independência financeira e também a rotina de trabalho contribui para ignorar a doença (LOPES et al, 2013; ROCHA; ADORNO, 2012; YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

A coinfeção tuberculose/HIV também foi relatada em três estudos como fator de risco para o abandono do tratamento, pelo fato de apresentarem esquemas de tratamento onde existem efeitos colaterais (PAULA, 2008). O impacto ao saber que além do vírus da Aids, o mesmo ainda é então diagnosticado com TB também é uma forma de “baque” ao paciente (SILVA et al, 2014). Também fora verificado que casos com sorologia positiva para o HIV tiveram menores percentuais de cura, e tratamento fracassados (HINO et al, 2013). Tal fato nos infere a questão do uso insuficiente da estratégia DOTS, levando assim a pautas antigas, em que esses usuários não possuíam condições algumas, sociais e gratuitas.

A cronicidade da doença é um grande obstáculo para qualquer tratamento e quando se trata do HIV pode-se levar em consideração que já existe grande histórico de dependência medicamentosa. Diante disso o usuário fica susceptível a acúmulo de interações medicamentosas a longo prazo. E quando a esse fator adiciona-se o binômio HIV/Tuberculose, o usuário acaba passando por um “*stress*” duplicado, já que além das medicações para o HIV o mesmo precisará adicionar ainda uma grande carga medicamentosa para outra doença levando mais efeitos colaterais de medicações a esse, traz então um desconforto terapêutico com caráter negativo ao doente (SILVA et al, 2014).

Reações adversas aos medicamentos foi citada em quatro estudos, o tratamento resulta sérias de implicações orgânicas, os efeitos colaterais em alguns casos são retratados como piores que os sintomas da doença trazendo-lhes desconforto e limitações. E quando a primeira linha de tratamento falha (rifampicina e isoniazida), pela resistência das cepas do bacilo, uma segunda linha de medicações secundárias com menos eficácia é utilizada, e que podem promover reações adversas ao doente. Reações referentes a pele e ao estômago são as mais

frequentes, ao doente (gastrointestinais, hepatotóxicos, ototóxicos, etc), levando a descontinuidade do tratamento (ROCHA; ADORNO, 2012; VASCONCELOS et al, 2012).

Em se tratando do fator medicação Ferreira et al (2013) expõem em seu estudo que um dos motivos do abandono do tratamento da TB, é o uso irregular dos medicamentos. Sendo os mesmos necessários para demais eficácia da profilaxia, que para esse problema o PNCT estabelece um esquema padrão, que antes era rifampicina, isoniazida e pirazinamida nos dois primeiros meses seguidos de isoniazida e rifampicina por quatro meses (2RHZ/4RH), passou a ser adicionado então um quarto medicamento a fase intensiva, o etambutol passando então a ser (2RHZE/4RH). As reações adversas contribuem para a mudança de tratamento, o abandono, o aumento dos custos, a falência do tratamento e até o óbito nas condições mais graves.

A melhora clínica também foi ressaltada em três estudos como fator de abandono de tratamento. Assim, ao apresentar uma melhora dos sintomas na fase inicial do tratamento, os doentes acabam por não dar importância suficiente as eficazes medidas profiláticas de sua doença, tomando medicações erroneamente e faltando as consultas de retorno nas unidades de saúde, ocasionando assim uma resistência a medicação e agravamento dos sintomas.

Problemas como histórico de abandono prévio da doença foi retratado nos estudos de Campani; Moreira; Tietbohel (2011) e Ferreira et al (2013) como mais um fator de risco para o abandono do tratamento. Este fato sugere que o usuário, por possuir tratamentos anteriores fracassados, pode vir a ter um estado psicológico um pouco abalado em relação a seu duradouro tratamento, o que implica revigorar estratégias pautadas em novas metodologias para mudar esse quadro de desconfiança do profissional de saúde, que faz a busca desses usuários. Dessa forma, acredita-se então que esse usuário comece seu tratamento e não ocorra a fuga, ocasionando por cadeia de eventos uma multirresistência das cepas bacterianas agravando o quadro do paciente.

O medo da doença, por desconhecê-la, também é uma ressonância negativa do tratamento da TB. Doentes, principalmente, com baixa escolaridade acabam por não conhecer que o tratamento da tuberculose, tem eficácia de cura ao alcance da população. E por não conhecerem informações necessárias acabam não realizando seu tratamento trazendo problemas como não adesão ao tratamento, resistência ao tratamento e demora para início do tratamento (ROCHA; ADORNO, 2012; SOUZA et al, 2015; FERREIRA et al, 2013; PRADO et al, 2011; BRASIL, 2008).

Quadro 4 – Quadro síntese dos aspectos socioeconômicos que influenciam o abandono do tratamento no tratamento da Tuberculose, identificados na revisão integrativa da literatura.

Autores	Aspectos socioeconômicos que influenciam o abandono do tratamento da TB
Yamamura, Neto, Freitas et al.	A iniquidade social que exclui parte da população das condições de cidadania.
Capani, Moreira e Tietbohel.	baixa escolaridade, não residir com os familiares, ser morador de rua ou albergado.
Lopes, Menezes, Costa et al.	Baixa escolaridade, incapacidade de meios financeiros, falta de alimento e mudança de endereço.
Rocha e Adorno.	Afastamento do trabalho e discriminação social.
Ferreira, Júnior, Conde et al.	Hospitalização.
Wendling, Moderna e Shall.	Desestrutura familiar.
Braga, Pinheiro, Matsuda et al.	Hospitalização, ser de baixa classe econômica e analfabetismo.
Prado, Wada, Guidoni et al.	Apoio familiar ausente.
Brasil e Braga.	Necessidade de hospitalização

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

O apoio familiar é tratado em três estudos, e vê-se que na família está o cuidado central e primário de qualquer usuário, principalmente quando se trata de dependente químicos que necessitam de auxílio maior dos seus familiares e amigos para sua recuperação. Mas, deve-se ter cuidado ao centrar-se apenas a esse cuidado caseiro visto que não possui adereços suficientes para os cuidados específicos para demanda patológica do usuário trazendo assim sobrecarga de cuidados familiar, ocasionando experiência solitária da família na providência do cuidado. E não residir com os mesmos é um fator de dificuldade para esse tratamento, por faltar-lhe, às vezes, o apoio familiar o usuário sofre tanto fisicamente como mentalmente, com quadros até depressivos, o que agrava sua condição clínica e torna seu tratamento ineficaz (CAMPANI et al, 2011; VARGAS et al, 2015; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012; BELLATO et al, 2016).

Montali e Lessa (2016) trazem que a pobreza e a permanência de elevados índices de desigualdade social têm se mostrado como temas relevantes da agenda pública da política brasileira na última década. E com essas informações, pode-se pressupor que ocorre uma injúria as condições de saúde da população e desigualdade social, desfavorecendo a eminência de programas de saúde pública e afastando seus usuários de boas condições de saúde. Quando nos referimos a Tuberculose, vimos que existe uma ineficiência de custos benefícios quando tratamos de gastos. As vezes com locomoção de sua casa para o posto mais próximo e com medicações, ocasionalmente ausentes nos postos de saúde obrigam o paciente a adquirir com recursos próprios, recursos esses ausentes na sua estadia econômica o que coopera para a fuga do tratamento.

Wendling; Modena; Schall, (2012) em seu estudo trouxeram que fatores culturais e socioeconômicos, além da representação dos indivíduos sobre a sua saúde, a doença e o corpo, influenciam o abandono do tratamento.

No estudo de Silva; Moura; Caldas (2014) existe uma colocação em que se relata que a desigualdade social é o principal fator para se entender o problema da TB, gerando pobreza e demais problemas, vida impropria, desnutrição e analfabetismo levando as pessoas a patogenicidade.

A escolaridade é um dos determinantes mais conhecidos das condições de saúde. Pessoas com alta escolaridade tendem a adotar comportamentos mais saudáveis e procurar serviços preventivos de saúde. Como dispõem de mais informações, tendem a valorizar de forma diferenciada o cuidado à saúde. Além disso, quanto maior o nível de escolaridade, em geral, maior é o nível de renda, com repercussões positivas nas condições de vida e de saúde (SOUZA et al, 2015).

O analfabetismo foi citado em três estudos, como um constante e antigo problema social no Brasil. Albuquerque et al (2016) no seu estudo relata que pacientes analfabetos têm grande dificuldade em aderir aos tratamentos propostos pela incapacidade de leitura e compreensão das prescrições, obrigando o profissional a ter um olhar mais atento a esses casos e ajudar com métodos de fácil compreensão do paciente auxiliando na sua independência terapêutica.

Quadro 5 – Quadro síntese dos aspectos relacionados à organização de serviços que influenciam o abandono do tratamento no tratamento da Tuberculose, identificados na revisão integrativa da literatura.

Autores	Aspectos relacionados à organização de serviços que influenciam o abandono do tratamento da TB
Yamamura, Neto, Freitas et al.	Fragilidade na integração do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) com a ESF, pela falta de interlocução entre os serviços para discussões de casos e avaliação conjunta de resultados.
Ferreira, Júnior, Conde et al.	Uso de regime terapêutico diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, não inclusão no programa de acompanhamento de tratamento e a utilização de comprimidos em DFC.
Lopes, Menezes, Costa et al.	Tratamento não supervisionado.
Orellana, Gonçalves e Basta.	Desempenho insatisfatório do serviço de saúde em relação ao acompanhamento de casos.
Paz, Ohnishi, Barbagelata et al.	Distância entre residência do doente e o hospital ou posto de saúde.
Rocha e Adorno.	Falta de estabelecimento de segurança, confiança e reciprocidade do paciente e profissional de saúde.

Wendling, Moderna e Shall.	Qualidade de serviço e organização ineficaz do serviço de saúde; precariedade do atendimento, irregularidades na distribuição dos medicamentos, dificuldades de acesso e negligência no acompanhamento dos pacientes.
Braga, Pinheiro, Matsuda et al.	Distância entre residência do paciente e oferta de serviço de saúde.
Puttkammer, Zeliadt, Baseman et al.	Distância entre serviço de saúde e local da residência do paciente.
Barboza e Costa.	Pouca efetividade do serviço, desestruturação das estratégias do tratamento diretamente observado.
Ferreira, Brito, Portela et al.	Falta de incentivo ao DOTS, difícil acesso ao tratamento, má comunicação entre os prestadores de saúde aos pacientes e a falta de busca ativa aos faltosos.
Brasil e Braga.	Difícil acesso aos serviços de saúde e espera longa da consulta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Em cinco estudos, foi visto a real dificuldade das equipes de saúde em realizar os tratamentos adequados desses pacientes, visto que a notificação se dá de forma ineficaz, instabilizando a capacidade de prestar um controle ideal desses casos. A partir disso montaram-se estratégias, como uso de tecnologias inteligentes que busquem um olhar mais atento, que possam “driblar” fatores de abandono do tratamento (WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012)

A quantidade insuficiente de profissionais capacitados para enfrentar esse agravo também é um problema para a saúde pública. A escassez desses recursos humanos estabelece um quadro de perda de valor produtivo para a saúde pública (LOUREIRO et al, 2013).

Rocha e Adorno (2012) exaltam a importância do vínculo do paciente com o profissional, o que é fundamental para o êxito do tratamento, ressaltando que a falta de estabelecimento de uma relação de confiança e de reciprocidade, na qual o paciente possa se sentir amparado e à vontade para demonstrar sua insegurança, pode comprometer a continuidade do tratamento. O profissional precisa estar capacitado para oferecer orientações sobre a doença (sintomas) e seu tratamento para o usuário. Deve ainda prestar informações a respeito dos nomes das medicações, o dia de pegar seu medicamento (caso tratamento seja gratuito), o horário de cada medicação e também suas respectivas reações adversas, explicando o que está dentro da normalidade e o que não está acompanhando seu quadro de perto explicando-lhe os benefícios de sua continuidade. Ressalta-se que muitos usuários desconhecem a doença e saem da consulta sabendo apenas que vão tomar vários

medicamentos durante seis meses. Isso é importante para que então o usuário se sinta otimista em sua melhora de saúde e não abandone o tratamento.

Ferreira et al (2013) respalda que a utilização de regime terapêutico diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil é um dos fatores do abandono do tratamento da TB, visto que a OMS sugere a utilização da apresentação em DFC (dose fixa combinada) com quatro comprimidos diários, tanto na fase intensiva quanto na fase de manutenção do tratamento. Observando que o esquema 2RHZ/4RH utilizava quatro comprimidos e duas cápsulas (total de seis) na fase inicial do tratamento da tuberculose, há uma redução do número de comprimidos a serem ingeridos nessa fase do tratamento. Uma vez que, no Brasil, a isoniazida e a rifampicina têm uma apresentação combinada e que, durante a fase de manutenção do esquema 2RHZ/4RH, há a ingestão de duas cápsulas dessa apresentação combinada por dia, o uso da apresentação em DFC aumenta a quantidade de comprimidos durante essa fase do tratamento. Portanto, no Brasil, a utilização de comprimidos em DFC não reduziu o número total de comprimidos, obrigando o paciente a tomar mais comprimidos, causando desconforto e dificultando a sua motivação a seguir o tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo identificar os aspectos que influenciam no abandono do tratamento da tuberculose, de acordo com as publicações científicas nacionais e internacionais no período de 2005 a 2015.

Após análise dos estudos, os resultados obtidos nos trouxeram três principais aspectos que influenciam no abandono do tratamento: Aspectos individuais; Aspectos socioeconômicos e; A organização dos serviços de saúde, nos quais puderam ser extraídos as características casuais daquelas pessoas que abandonaram o seu tratamento da tuberculose, e então trazer em pauta as discussões presentes nesse estudo.

Analisando os aspectos que contribuem para o abandono do tratamento da tuberculose, foi possível constatar que os serviços de saúde, gestores e profissionais de saúde devem apresentar ações que busquem reduzir o número de casos de abandono para que não ocorram divergências em seus tratamentos, com possíveis óbitos. Vale ressaltar também que o público masculino tem sido cada vez mais vítima de doenças, por não buscarem, na maioria das vezes, serviços de saúde no âmbito primário, assim buscando apenas os serviços imediatista e curativista, ou seja, apenas quando as doenças se instalam e sintomas aparecem. Os serviços de saúde precisam estar preparados para receber e realizar ações que busquem o público masculino a terem um olhar mais didático em respeito à sua saúde e acabar com sua “hegemonia”.

De maneira geral, os aspectos existentes que contribuem para o abandono do tratamento da tuberculose, são razões as quais não podemos ignorar, onde algumas acontecem por motivos individuais, por motivos socioeconômicos e por falta de convergência com os serviços de saúde.

Portanto, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que tem um contato mais integral com o paciente, precisam considerar a realidade de cada paciente. Além disso, devem respeitar estilos de vida. E que então, o sentimento de resiliência exista perante as duas partes, do profissional e do paciente, para que assim seu tratamento seja eficaz.

De uma forma geral, os objetivos propostos neste estudo foram alcançados uma vez que foi possível conhecer os aspectos que contribuem para o abandono do tratamento da Tuberculose. Acredita-se que os resultados aqui discutidos contribuem para uma reflexão acerca da importância de ter conhecimento sobre o cuidar a pessoa com tuberculose e que os serviços de saúde, junto com suas equipes, tenham uma visão cada vez mais holística a respeito da doença e seu tratamento.

Sugere-se que as futuras pesquisas considerem necessária a análise dos Serviços de Saúde Pública, principalmente do setor primário, redefinições das ementas e a reorganização da oferta de tratamentos da doença Tuberculose, de acordo com cada risco de futuros casos de abandono, moldando assim intercorrência que privem esses fatores de abandono de tratamento. Faz-se necessário ainda a realização de novos estudos que consideram avaliar o que os pacientes com Tuberculose esperam de seu tratamento, como uma forma de prever outros fatores de abandono de tratamento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z; RIBEIRO, M. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 3.ed. São Paulo: Martinari, 2009.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; NASCIMENTO, B.; GRACIA, D. F. K.; PREISLER, L.; PERNA, P. O.; SILVA, M. J. S. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. v.14, n.2, p.611-624. 2016.
- ALVES, R. S.; SOUZA, K. M. J.; OLIVEIRA, A. A.V.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v.21, n.3, p.650-657. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf>>. Acesso em: 21 Mar.2016.
- BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C. Estudo epidemiológico da coinfeção Tuberculose-HIV no nordeste do Brasil. **Revista Patologia Tropical**. v.43, n.1, p.27-38. 2014.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados a depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Revista Brasileira Epidemiologia**. v.18, n.2, p.503-514. 2015.
- BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; DOLINA, J. V.; MUSQUIM, C. A.; CORRÊA, G. H. L. S. T. Experiência familiar de cuidado na situação crônica. **Revista Escola Enfermagem USP**. v.50, n.esp, p.81-88. 2016.
- BRAGA, J. U.; PINHEIRO, J. S.; MATSUDA, J. S.; BARRETO, J. A. P.; FEIJÃO, A. M. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da Tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Caderno de Saúde Coletiva**. v.20, n.2, p.225-233. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ SGEP. Departamento de Articulação Interfederativa/DAI. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores – 2013-2015: orientações para o processo de pactuação**. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente a tuberculose**. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.
- BRASIL, P. E. A. A.; BRAGA, J.U. Metanálise de fatores relacionados aos serviços de saúde que predizem o abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. **Caderno Saúde Pública**. v.24, n.4, p.485-502. 2008.
- CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C.N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.37, n.6, p.776-782. 2011.

COUTO, D. S.; CARVALHO, R. N.; AZEVEDO, E. B.; MORAES, M. N.; PINHEIRO, P. G. O. D.; FAUSTINO, E. B. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde Debate**, v.38, n.102, p.572-581, 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/vol38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0572.pdf>>. Acesso em: 20 Mar.2016.

FERREIRA, A. C. G.; JÚNIOR, J. L. R. S.; CONDE, M. B.; RABAHI, M. F. Desfechos clínicos do tratamento da tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo ministério da saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.39, n.1, p.76-83. 2013.

FERREIRA, V.; BRITO, C.; PORTELA, M.; ESCOSTEGUY, C.; LIMA, S. Implementação e resultados do DOTS em unidades básicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública**. v.45, n.1, p.40-48. 2011.

FOCACCIA, R. DIAMENT, D; FERREIRA, M.S; SICILIANO, R.F. **Veronesi: tratado de infectologia**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2009.p.904-24.

GILL, L.A. Uma doença que não perdoa: a tuberculose e sua terapêutica no sul do Brasil e na Itália, em fim do século XIX e inícios do XX. **História (São Paulo)**. v.31, n.1, p. 266-287, 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/his/v31n1/a13v31n1.pdf>>. Acesso em: 10 Abr.2016.

GOMES, M.N.F; BASTOS, M.C.M; MARINS, R.M; BARBOSA, A.A; SOARES, L.C.P; ABREU, A.M.O.W; FILHO, J.T.D.S. Differences between Risk Factors Associated with Tuberculosis Treatment Abandonment and Mortality. **Pulmonary Medicine**. v.2015, n.5461061, p.1-8, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2015/546106>>. Acesso em: 12 Abr.2016.

GUIMARÃES, R. M.; LOBO, A. P.; SIQUEIRA, E. A.; BORGES, T. F. F. B.; MELO, S. C. C. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.38, n.4, p.511-517. 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n4/v38n4a14.pdf>>. Acesso em: 14 Abr.2016.

HINO, P.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R.; EGRY, E. Y. A ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo de São Paulo. **Escola Anna Nery**. v. 17, n.1, p.153-159. 2013.

LIMA, L. M.; HARTEK, J.; TOMBERG, J. O.; VIEIRA, D. A.; ANTUNES, M. L.; GONZALES, R. I. C. Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.37, n.1, p. 51467. 2016.

LOPES, R. H.; MENEZES, R. M. P.; COSTA, T. D.; QUEIROZ, A. A. R.; CIRINO, I. D.; GARCIA, M. C. C. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.3, p.661-671. 2013.

- LOUREIRO, S.; JÚNIOR, H. M. F.; MOTA, F. B.; FREITAS, L. F. S. Uma análise exploratória dos Programas de Controle da Tuberculose da Bahia e Goiás à luz da teoria dos custos de transação. **Saúde Sociedade São Paulo**. v.22, n.1, p.85-98. 2013.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.17, n.4, p.758-64. 2008.
- MONTALI, L.; LESSA, L. H.; Pobreza e mobilidade de renda nas regiões metropolitanas brasileiras. **Cadernos Metrópole**. v.18, n.36, p.503-533. 2016.
- OLIVEIRA, R. C. C.; SÁ, L. D.; DIAS, D. C. B.; PINHEIRO, P. G. O. D.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A. Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para a tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.68, n.6, p.761-8. 2015.
- ORELLANA, J. D. Y.; GONÇALVES, M. J. F.; BASTA, P. C. Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**. v.15, n.4, p.714-724. 2012.
- OROFINO, R. L.; BRASIL, P. E. A. TRAJMAN, A.; SCHMALTZ, C. A. S.; DALCOMO, M.; ROLLA, V. C. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro Pneumologia**. v.38, n.1, p.88-97. 2012.
- PAULA, P. F. Fatores associados à recidiva, ao abandono e ao óbito no retratamento da tuberculose pulmonar. **Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública**. 2008.
- PAZ, L. N. F.; OHNISHI, M. D. O.; BARBAGELATA, C. M.; BASTOS, F. A.; OLIVEIRA, J. A. F.; PARENTE, I. C. Efetividade do tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro Pneumologia**. v.38, n.4, p.503-510. 2012.
- PRADO, T. N.; WADA, N.; GUIDONI, L. M.; GOLUB, J. E.; DIETZE, R.; MACIEL, E. L. N. Custo - efetividade dos agentes comunitários de saúde *versus* supervisores domiciliares na realização do tratamento supervisionado da tuberculose, Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. v.27, n.5, p.944-952. 2011.
- PUTTKAMMER, N. H.; ZELIADT, S. B.; BASEMAN, J. G.; DESTINÉ, R.; DOMERÇANT, J. W.; COQ, N. R. L.; RAPHAEL, N. A.; SHERR, K.; TEGGER, M.; YUHAS, K.; BARNHART, S. *Patient attrition from the HIV antiretroviral therapy program at two hospitals in Haiti*. **Revista Panamericana Salud Publica**. v.36, n.3. 2014.
- ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde Sociedade São Paulo**. v.21, n.1, p.232-245. 2012.
- RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S.; FERREIRA, M. A. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.26, n.2, p.172-8. 2013.
- RUFFINO-NETTO, A. R. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**. v.35, n.1, p.51-58. 2002.

SÁ, L. D.; OLIVEIRA, A. A. V.; GOMES, A. L. C.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; COLLET, N. Cuidado ao doente de tuberculose na estratégia saúde da família: percepções de enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.46, n.2, p.356-63. 2012.

SANTOS, B. R.; GOMES, T.; HORTA, B. L.; MACIEL, E. L. N. Desfecho do tratamento da tuberculose em indivíduos com doença renal crônica no Brasil: uma análise multinomial. **Jornal Brasileiro Pneumologia**. v.39, n.5, p.585-594. 2013.

SELIG, L.; GELUDA, K.; JUNQUEIRA, T.; BRITO, R.; TRAJMAN, A. A. tuberculose no cotidiano médico e o efeito bumerangue do abandono. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.1, p.113-122. 2012.

SILVA, E. A.; ANJOS, U. U.; NOGUEIRA, J. A. Modelo preditivo ao abandono do tratamento da tuberculose. **Saúde Debate**. v.38, n.101, p.200-209. 2014.

SILVA, J. B.; CARDOSO, G. C. P.; NETTO, A. R.; KRITSKI, A. L. Os significados da comorbidade para pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. **Revista de Saúde Coletiva**. v.25, n.1, p.209-229. 2015.

SILVA, P. F.; MOURA, G. S.; CALDAS, A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Caderno Saúde Pública**. v.30, n.8, p.1745-1754. 2014.

SOUZA, K. M. J.; SÁ, L. D.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; FIGUEIREDO, D. A. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.44, n.4, p.904-11. 2010.

SOUZA, L. G. S.; MEIRELES, A. A.; TAVARES, K. M. C.; MENANDRO, M. C. S. Intervenções Psicossociais para promoção da saúde do homem em Unidade de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v.35, n.3, p.932-945. 2015.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S.; MENANDRO, P. R. M. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**. v.25, n.4, p.1335-1360. 2015.

SOUZA, M.; HORTA, N. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. 2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.68-76.

SOUZA, M. S. P. L.; PEREIRA, S. M.; MARINHO, J. M.; BARRETO, M. L. Características dos serviços de saúde associados à adesão ao tratamento da tuberculose. **Revista Saúde Pública**. v.43, n.6, p.998-1005. 2009.

SOUZA, R. A.; ALVARENGA, M. R. M.; AMENDOLA, F.; SILVA, T. M. R.; YAMASHITA, C. H.; OLIVEIRA, M. A. C. Vulnerabilidade de família de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.68, n.2, p.244-252. 2015.

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

TRILICO, M. L. C.; OLIVEIRA, G. R.; KIJIMURA, M. Y.; PIROLO, S. M. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.13, n.2, p.381-395. 2015.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N.; SILVA, A. C. O.; SOARES, J. RAMIREZ, E. G. L. Concepções de profissionais de enfermagem de nível médio perante dependente químico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.68, n.6, p.1063-1068. 2015.

VASCONCELOS, K. A.; LIMA, M. A. M. T.; FROTA, S.; NETTO, A. R.; KRITSKI, A. L. Avaliação audiométrica de pacientes em tratamento para tuberculose pulmonar. **Jornal Brasileiro Pneumologia**. v.38, n.1, p.81-87. 2012.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.34, n.3, p.159-166. 2008.

VILLA, T. C. S.; BRUNELLO, M. E. F.; ARCÊNCIO, R. A.; SASSAKI, C. M.; ASSIS, E. G.; GONZALES, R. I. C. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). **Online Brazilian Journal of Nursing, Nursing Science Training for Undergraduates**. 2008.

WENDLING, A. P. B.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes em diferentes centros de saúde de Belo Horizonte - MG, Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**. v.21,n.1, p.77-85. 2012.

YAMAMURA, M.; NETO, M. S.; FREITAS, I. M.; RODRIGUES, L. B. B.; POPOLIN, M. P.; UCHOA, S. A. C.; FRONTEIRA, I.; ARCÊNCIO, R. A. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**. v.35, n.4. 2014.

YOSHIDA, V. C.; ANDRADE, M. G. G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Comunicação Saúde e Educação**. v.20, n.58, p.597-610. 2016.

ANEXOS

ANEXO 1. Exemplo de instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005).

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra _____ 3.2 Tamanho (n) () Inicial _____ () Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos: _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	