

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA/ES- EMESCAM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PAULA DE MATTOS VIANA

**A RELEVÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma revisão de literatura**

VITÓRIA-ES
2012

PAULA DE MATTOS VIANA

**A RELEVÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória/ES - EMESCAM,
como requisito parcial para obtenção do grau
de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Ms. Francine Alves
Gratival Raposo.

VITÓRIA-ES
2012

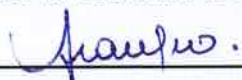
PAULA DE MATTOS VIANA

**A RELEVÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma revisão de literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à escola superior de ciências da
santa casa de misericórdia de vitória - EMESCAM como requisito parcial para a
obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de 2012.

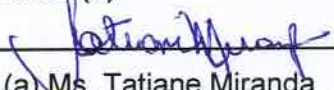
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.(a) Ms. Francine Alves Grativel Raposo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM

Orientador(a)



Prof.(a) Ms. Tatiane Miranda

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

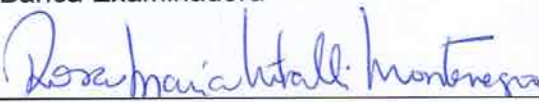
1ª Banca Examinadora



Prof.(a) Esp. Sara Martins de Barros Maestri

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

2ª Banca Examinadora



Prof.(a) Ms. Rosa Maria Natelli Montenegro

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Suplente

Agradecimentos

À meu Pai que me presenteou tudo o que tenho, que cuida de mim a cada renovar da manhã. Tudo o que faço é devido ao meu grande amor por Ele e em prol da expansão de Seu Reino.

À minha mãe, que com tanto carinho se preocupava com minhas reduzidas horas de sono decorrente do desenvolvimento do trabalho.

À minha irmã, por estar ao meu lado e pelo apoio em detalhes do trabalho, pela paciência comigo.

À minha amiga Francys, por estar nas horas em que desesperei, por me ajudar.

À minha querida orientadora Francine, por muitas vezes querer pendurar a minha orelha em um varal, como ela mesma diz, por partilhar comigo seu conhecimento, e por se mostrar mais do que uma orientadora, uma amiga. Nunca vou esquecer das inúmeras demonstrações de carinho por mim.

À banca que me avaliou, Professora Tatiane e Professora Sara, por acrescentarem seus conhecimentos à minha caminhada acadêmica e pelas observações de grande relevância para o meu trabalho.

LISTA DE SIGLAS

WHO - World Health Organization

OMS – Organização Mundial da Saúde

TB - Tuberculose

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DOTS - Directly Observed Treatment Strategy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETO.....	9
2.2 OBJETIVO GERAL.....	9
3 METODOLOGIA.....	10
3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA	10
4 DESENVOLVIMENTO.....	12
4.1 A TUBERCULOSE.....	12
4.1.1 Medidas de controle.....	13
4.2 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO E NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	15
4.2.1 Relacionados ao paciente.....	15
4.2.2 Relacionados ao profissional de saúde.....	17
4.2.3 Relacionados à complexidade do regime de tratamento e ao sistema de saúde.....	19
5 DISCUSSÃO.....	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
7 REFERÊNCIAS.....	27
8 ANEXOS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose constitui ainda hoje um problema prioritário e uma ameaça para a Saúde Pública no Brasil, entretanto, se apresenta como uma doença prevenível e curável. (NERY; FERNANDES; PERFEITO, 2006)

De acordo com Cruz, apud Clementino et al. (2011), seu histórico nos remete à segunda metade do século XIX, onde a tuberculose emergiu, não mais como uma *doença da paixão* mas como sintoma de desordem social devido à sua persistência e alastramento principalmente nas populações com precárias condições de vida.

Trata-se de uma doença que, após uma expectativa inicial de erradicação com o advento do tratamento antimicrobiano sob a forma de esquema eficaz, no final da década de 60, ainda representou um grave problema. (MELLO, 2001)

Ao longo da história da Tuberculose (TB) podemos perceber que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de recursos preventivos e de cura, ocorridos no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento da doença. (SOUZA et al, 2010) Entretanto, paradoxalmente a esses avanços, a tuberculose ainda persiste como problema de saúde pública mundial.

As estatísticas nos comprovam isso. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2010a) ocorre mundialmente em torno de 9 milhões de casos novos e quase 3 milhões de mortes por TB, anualmente. Nos países em desenvolvimento, estima-se que ocorram mais de 2,8 milhões de mortes por tuberculose e 7,5 milhões de casos novos. Este número atinge a todos os grupos etários, predominando nos indivíduos economicamente ativos (15-54 anos) da sociedade.

O Brasil no ano de 2009 notificou 71.641 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 37,4/100.000 hab. (BRASIL, 2010c)

Neste mesmo ano de 2009 a World Health Organization (WHO) apud Nogueira (2011), apresentou um resultado satisfatório com relação ao controle da tuberculose no Brasil ao longo dos anos, visto que mundialmente deixou de

ocupar o 16º e 18º lugar em relação ao número de casos da doença para que recentemente alcançasse o 19º lugar.

No entanto, apesar dos investimentos feitos para enfrentar essa morbidade, não minimizou a problemática, uma vez que o Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que representam 80% da carga mundial de TB, um número significativo. (BRASIL, 2010a)

A distribuição desses casos no país (SINAN, apud Brasil, 2010) está concentrada em 315 dos 5.564 municípios, correspondendo a 70% da totalidade dos casos. O estado de São Paulo detecta o maior número absoluto de casos e o estado do Rio de Janeiro apresenta o maior coeficiente de incidência.

Já no Estado do Espírito Santo, de acordo com a coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) Ana Paula Rodrigues Costa, o Estado encerrou o ano de 2011 com 1268 novos casos de tuberculose registrados.

Muitos obstáculos dificultam o controle desta doença e o maior deles diz respeito à adesão dos clientes doentes à terapêutica. (WHO apud COSTA et al., 2011)

Segundo Menezes, apud Montenegro et al. (2009), no que concerne à enfermagem, papel relevante nesse processo de adesão, as novas tecnologias e a assistência adequada para o tratamento da tuberculose demandam a necessidade de profissionais qualificados e atualizados nas diversas instituições de saúde.

Este estudo se justifica na dificuldade de adesão ao tratamento da tuberculose enfrentada pelo paciente, e por este ser um dos principais fatores que levam a um aumento da mortalidade e de casos novos da doença. E em decorrência à função da enfermagem dentro do contexto da unidade de saúde, analisar e pontuar sua relevância para que ocorra um aumento dessa adesão é de suma importância.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETO

Os fatores que interferem na adesão ao tratamento da tuberculose.

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão de literatura a cerca dos fatores que interferem na adesão ao tratamento da tuberculose e o papel da equipe multiprofissional neste processo.

3 METODOLOGIA

3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo realizado através de levantamento bibliográfico de caráter retrospectivo, a cerca fatores que interferem na adesão do tratamento a tuberculose e o papel da equipe multiprofissional neste processo, e que segundo Cervo, Bervian e Silva (2007), são estudos que em sua definição visam conduzir o pesquisador a observar e analisar as contribuições científicas do passado sobre determinado assunto ou temática.

Reafirmando a definição um pouco mais detalhadamente, segundo Gildeir e Célia (2004), levantamento bibliográfico é a atividade referente à busca retrospectiva de citações de documentos ou referências bibliográficas, sobre assuntos específicos necessários ao desenvolvimento de uma pesquisa acadêmica, utilizando-se de fontes especializadas, como catálogos, obras de referência, bases de dados bibliográficos, dentre outras.

Para este estudo empregou-se um recorte temporal a partir de junho de 2005 até fevereiro de 2012, no intuito de investigar e analisar os conceitos presentes na literatura pesquisada, com relação aos objetivos propostos, nas indexações eletrônicas das bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME). Além da literatura básica citada acima também foram utilizados na pesquisa: livros, leis, teses e documentações oficiais do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e o Guia de Vigilância Epidemiológica.

Selecionou-se como descritores na busca aos artigos online, os termos: Tuberculose; Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária.

Foram encontrados 1.215 artigos com o descritor Tuberculose, 8.462 com o descritor Enfermagem, e 336 com o descritor Enfermagem em Saúde Comunitária. Dentre eles após o recorte temporal, foram selecionados para o estudo 21 artigos anexados na tabela de artigos. Com o descritor Tuberculose

foram utilizados 16 artigos, com o descritor Enfermagem foram utilizados 3 e com o descritor Enfermagem em Saúde Comunitária foram utilizados 2 artigos.

A análise das informações obtidas das referidas obras permitiram a reflexão dos dados coletados a cerca da temática dos fatores que interferem na adesão do tratamento a tuberculose e o papel do enfermeiro neste processo.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 A TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença grave, porém curável em 100% dos casos novos desde que se faça uso de associação medicamentosa adequada e não somente isto, mas também as doses corretas por tempo suficiente. Esses cuidados evitam a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas. (NERY, 2006)

É uma doença infecto-contagiosa, disseminada pelo seu agente etiológico, através do ar, assim que é expelido pelo portador pulmonar bacilífero, propagando-se no meio e transmitido por contato direto com uma fonte de infecção. (NOGUEIRA, 2011)

Seu agente etiológico é *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK). E estima-se que, cerca de um terço da população mundial, esteja infectada com o bacilo de Koch, estando sob risco de desenvolver a enfermidade. (BRASIL, 2010a)

Para Nery (2006, p. 141), o tratamento pode ser iniciado a partir dos seguintes diagnósticos:

[...] todo caso bacilífero ou cultura positiva ou aquele repetidamente negativo à baciloscopia que, com base na clínica, na radiologia e na epidemiologia, permite que o médico inicie o tratamento. (NERY, 2006, p. 141)

O sintoma mais comumente relatado é tosse geralmente produtiva com expectoração purulenta ou mucoide, quase sempre associada a emagrecimento, por mais de 2 semanas, acompanhada ou não de febre vespertina, sudorese noturna, escarros hemoptóicos ou hemoptise. (NERY, 2006)

Muitos fatores contribuem para a perpetuação da doença, dentre eles destaca-se o nível de desenvolvimento socioeconômico, pois seu adoecimento está intrinsecamente relacionado às condições de vida da população, uma vez que assume maior magnitude em ambientes promíscuos e de maior pobreza. Sendo assim, considerando-se a propagação da doença e este fator que a perpetua, é percebido com clareza que os indicadores epidemiológicos vão oscilar em relação direta com os indicadores sociais. (NOGUEIRA, 2011)

Compreender o caráter social da doença é extremamente importante para tomada de medidas de controle, para analisar problemáticas a respeito da não-adesão ao tratamento, e avaliar intervenções para prover os insumos necessários a fim de modificar essa realidade.

4.1.1 Medidas de controle

A TB ao longo dos tempos foi conhecida como “mal hereditário e romântico”, pois ainda não se tinha a compreensão de que se tratava de uma doença transmissível, até que em 1882 Robert Koch isolou o agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*.

Então, na década de 20 ocorreu um grande feito científico, a descoberta da vacina, cujo componente é o Bacilo Calmette-Guérin (BCG), que inibe as formas graves da doença, se tornando um recurso importante para o controle e prevenção da patologia. (NOGUEIRA, 2011)

E a partir daí com os avanços científicos, depois de décadas na tentativa de reformular o tratamento, e se deparando com a resistência dos medicamentos quimioterápicos resultando em falência no esquema terapêutico, na década de 80 a população mundial se vê em meio a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), aumentando o número de casos e de mortalidade, somando-se à preocupante realidade de resistência bacteriana às drogas.

Em decorrência a estes fatos em 1993 a OMS declarou a tuberculose em reduzir os indicadores de morbimortalidade, priorizando países de maior pobreza e exclusão social. Foi então que em 1996 destacou-se o Plano

Emergencial para Controle da TB, que convocava os países a aplicarem a estratégia Directly Observed Treatment Strategy (DOTS). (NOGUEIRA, 2011)

Sua definição como o próprio nome diz, consiste no tratamento (ingestão dos medicamentos) diretamente supervisionado por um profissional de saúde ou um membro da família. (COSTA et al., 2011)

De acordo com a WHO, apud SÁ (2011), DOTS é proposta como estratégia para atingir 85% de cura, 70% de detecção de casos e reduzir o abandono ao tratamento em 5%.

É uma medida que pode ser entendida como um conjunto de boas práticas para o controle da TB e fundamenta-se em cinco componentes:

[...] compromisso político com a implementação e sustentabilidade do programa de controle da tuberculose; detecção de casos, por meio de baciloscopia de escarro, entre sintomáticos respiratórios da demanda dos serviços gerais de saúde; tratamento padronizado, de curta duração, diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução, para todos os casos com baciloscopia de escarro positiva; provisão regular de medicamentos tuberculostáticos; sistema de informação que permita avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa. (BRASIL, 2010 p. 46)

No entanto, para que isso aconteça é essencial construir um vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde. (BRASIL, 2010a)

No ano de 2006, lançou-se a Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose para 2006-2015, fruto do *Global Partnership to Stop TB* e consiste em utilizar métodos baseados na realidade local a fim de alcançar metas definidas para o mundo todo, as quais são a descoberta de 70% de casos novos e no mínimo 85% de cura nos casos que se submeterem ao tratamento. (NOGUEIRA, 2011)

Entretanto para que essa estimativa seja alcançada é necessário remover as barreiras que impeçam a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da auto-estima, qualificação profissional e outras demandas sociais. (BRASIL, 2010b)

4.2 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO E NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

A adesão ao tratamento da tuberculose é um fenômeno multifatorial, e a adesão vai ser determinada pela inter-relação entre eles. São fatores relacionados aos indivíduos, aos profissionais de saúde, ao regime de tratamento e ao sistema de saúde. (WHO, apud FERREIRA et al., 2012)

4.2.1 Relacionados ao paciente

Uma questão primordial em relação ao paciente é que o mesmo necessita aceitar o diagnóstico. Quando os pacientes aceitam o diagnóstico, permite ao profissional conhecer qual a concepção do doente sobre o processo saúde-doença e a partir disso contribuir para o entendimento adequado desse processo e construir estratégias facilitadoras para a adesão. (TERRA, apud Clementino e Miranda, 2010)

Contudo, o paciente enfrenta sentimentos de medo, tensão emocional e insegurança frente a um diagnóstico positivo de tuberculose, que causa um sentimento de impotência quanto a doença, e das limitações ocasionadas por ela, reprimindo o que sentem diante da situação ameaçadora. (CLEMENTINO, 2011)

Todavia, há outros fatores que interferem na tomada de decisão de aceitar esse diagnóstico, dentre eles fatores sociais e culturais.

Cada grupo social escolhe aderir ou não ao tratamento, influenciados também pelo contexto sociocultural, a realidade em que vivem. E essas escolhas se relacionam com o nível de complexidade desse meio social, que interfere além de outros fatores, no acesso aos serviços de saúde. (ALVES e SOUZA, apud NOGUEIRA, 2011)

Com isso, alguns problemas sociais enfrentados pelos pacientes como o desemprego e a dificuldade financeira, irão contribuir diretamente para o abandono. (SÁ et al., 2007)

Segundo Nogueira (2011), esses fatores socioculturais emolduram o perfil das pessoas e dos grupos, e para uma prática assistencial efetiva faz-se necessário a compreensão prévia desses valores e padrão de vida do doente, de sua família e sua comunidade. É importante o profissional valorizar o conhecimento dessas características sociais e culturais, pois assim que o paciente percebe isso, o profissional alcança maior resolutividade nas ações de saúde.

E se tratando de uma doença infecto-contagiosa, é essencial o conhecimento adequado do tratamento e da patologia para que seja mais eficaz a evolução desse paciente. Entretanto, sua formação escolar interfere bastante na compreensão desse conhecimento oferecido para uma adoção de um estilo de vida mais apropriado. (NOGUEIRA et al., 2008)

Fatores relacionados ao comportamento do paciente, e associação a outras doenças também devem ser relevados.

Segundo Reiners et al. (2008), alguns fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento estão relacionados ao paciente, como o uso de drogas e o comportamento deles.

O consumo de drogas, incluindo o álcool e tabaco, mostra-se como um dos principais fatores de abandono do tratamento, sendo seguida pela associação com outras doenças crônicas, principalmente a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). (CHIRINOS e MEIRELLES, 2011)

Porém, quando o paciente se considera curado antes que haja a cura efetiva, também pode atrapalhar o tratamento. Os pacientes tuberculosos acabam selecionando as informações dadas pelos profissionais de saúde, tirando-as de seu contexto e dando novos significados a fim de que os favoreçam no dia-a-dia. Contudo, um fator importante para a cura é a presença de familiares ou

pessoas de confiança para compartilhar o enfrentamento da doença e das dificuldades inerentes ao tratamento. (CLEMENTINO et al., 2011)

De acordo com Souza et al. (2010), o paciente deve estar envolvido em todas as etapas do projeto terapêutico, motivo que favorece a sua adesão a este tratamento proposto.

4.2.2 Relacionados ao profissional de saúde

Dentre os fatores que acarretam a não adesão ao tratamento constata-se que a falta de informação, conhecimento sobre a doença é um fator relevante. (COSTA, 2011)

De acordo com DINIZ e SCHOR (2006), diversos autores (Webb, 1980; Kirscht, Kirscht e Rosenstock, 1981; Pierce et al., 1984; Márquez-Contreras et al., 1998) demonstram que, quando os pacientes tornam-se conhecedores de suas doenças, de seus mecanismos fisiopatológicos, dos fatores desencadeantes, dos processos do tratamento entre outros aspectos, eles passam imediatamente, a aderir mais ao tratamento principalmente se esse for multidisciplinar.

E essa equipe multidisciplinar tem a função de esclarecer ao paciente a natureza de sua doença, duração de tratamento, a importância de ter uma regularidade no uso dos medicamentos e que a interrupção do tratamento acarreta em graves consequências. O acompanhamento com psicólogo também beneficia o processo terapêutico. (RODRIGUES et al., 2010)

Segundo PACE; NUNES e OCHOA-VIGO (2003), a família obtém relevância para possibilitar adesão ao tratamento da doença, e que portanto ações educativas direcionadas a esses membros familiares auxiliam no processo de reabilitação do doente.

Pois como se trata de uma doença infecto-contagiosa, muitas pessoas que estando informadas de forma inadequada, incluindo a família do paciente,

podem acreditar que as formas de contágio da tuberculose seriam por uso de utensílios domésticos, por aperto de mão e abraço. Causando nesse paciente temor por serem rejeitados. (SILVA et al., 2007)

Além disso, Orozco et al. apud Costa et al. (2011), salienta que quando a família não é devidamente informada sobre a doença, o risco de não conclusão da terapia medicamentosa aumenta.

Segundo Kleinman, apud Nogueira (2011), os cuidados de saúde se dividem em três setores: informal, popular e profissional. No setor informal é onde os cuidados de saúde são prestados por membros da família ou amigos. Sendo assim, estes são os agentes de cura, que devem apresentar o mesmo nível de compreensão da doença em comparação ao indivíduo alvo do cuidado.

No setor popular, os cuidados são prestados por curandeiros populares e que permeiam as práticas sagradas e as seculares, e que envolvem questões culturais. Já no setor profissional, os cuidados são prestados pelos diversos profissionais da área da saúde. Cada setor tem seu próprio agente de cura e os itinerários terapêuticos do doente podem variar entre os setores ou estar interconectados.

E através do DOTS, que é visto como uma das medidas mais eficazes para o controle da tuberculose (OMS, apud COSTA et al., 2011) o profissional (que é um desses agentes de cura) juntamente com a ajuda da família bem esclarecida sobre todo o processo, poderão contribuir para um aumento da adesão.

Todavia, o profissional enfrenta grandes obstáculos para que o indivíduo portador da doença e sua família tornem-se conhecedores da doença e dos aspectos que permeiam o tratamento.

Segundo Terra, apud Clementino e Miranda (2010), para que isto aconteça requer o estabelecimento de vínculos entre os pacientes e sua família com os profissionais de saúde. E a qualidade dessa interação pode ser uma das principais causas de resultados positivos na estratégia DOTS. (BRASIL, apud VIEIRA e RIBEIRO, 2011)

E esse Tratamento Supervisionado é uma importante estratégia do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, a fim de diminuir o número de casos de abandono do tratamento e incrementar as taxas de cura da doença. (SANTOS apud SOUZA, 2010)

Entretanto existe falta de atenção e acolhimento desses pacientes pelos profissionais de saúde. (FERREIRA et al, 2012)

E no momento em que esses profissionais despertam para o conhecimento desse indivíduo alvo de seu cuidado, de forma biopsicosocial, ele tem a oportunidade de produzir alternativas para o enfrentamento da doença, conforme a realidade do doente, fortalecendo a inclusão social, tendo em vista que grande parte deles apresenta precárias condições de vida. (TERRA, apud CLEMENTINO, 2010)

E algumas dessas alternativas para o enfrentamento da doença envolvem o profissional ser hábil em convencer seu paciente a modificar alguns comportamentos prejudiciais ao tratamento.

Todavia, segundo Gonçalves apud Ferreira, Engstron e Alves:

[...] modificar comportamento é a parte mais complexa da atuação dos profissionais de saúde, visto que o comportamento não é influenciado unicamente pela doença atual. A adesão, para uns, requer também uma mudança comportamental (não beber, evitar fazer esforço, manter uma disciplina e um horário para tomar os medicamentos), isto pode ser particularmente difícil quando o paciente não associa seu tratamento ao seu diagnóstico, ou à inexistência de sintomas corporais antes associados à doença. (2012, p. 213)

E quando qualquer intervenção no comportamento ignora a multidisciplinaridade dos problemas, se torna improvável o sucesso das mudanças. (BECKER e MAIMAN apud REINERS et al., 2008)

4.2.3 Relacionados à complexidade do regime de tratamento e ao sistema de saúde

Um fator importante que interfere na adesão são os chamados regimes de tratamento. O número de comprimidos que tem de ser tomadas, bem como a

sua toxicidade e outros efeitos secundários associados à sua utilização pode atuar como um impedimento para a continuação do tratamento. (WHO, 2003)

De acordo com Chaulk et al. apud Vieira e Ribeiro (2011), quando o tratamento é feito de forma incorreta ou incompleta se torna uma causa de resistência adquirida.

E um complicador a ser notado em relação a prevalência de tuberculose multirresistente, é a falta de adesão. (NOGUEIRA et al., 2008)

E no que tange a terapêutica, é importante ressaltar algumas causas de abandono como: a intolerância medicamentosa, a melhora dos sintomas criando ilusão de cura antes que se conclua o tratamento, o longo período de tratamento e a quantidade de comprimidos que devem ser tomados. (SÁ et al., 2007)

A estratégia DOTS é importante para o aumento da probabilidade de cura após seis meses do uso da medicação padrão. (CANTALICE FILHO apud VIEIRA e RIBEIRO, 2011)

A realização correta do tratamento pelo tempo necessário vai garantir uma evolução eficaz. (NOGUEIRA et al., 2008)

Contudo, existem alguns obstáculos para a eficácia de todas as etapas do processo terapêutico, e alguns deles se referem às deficiências técnico-administrativas dos serviços de saúde. (OLIVEIRA, 1991)

De acordo com Clementino e Miranda (2010), a unidade de atenção primária, que é a porta de entrada de um sistema de saúde, deve ser o mais acessível possível para o usuário, para poder alcançar maior resolutividade e diminuir a recorrência desses pacientes aos serviços de urgência. A dificuldade de locomoção, deslocamento do usuário até o serviço de saúde por quaisquer motivos, se torna uma dificuldade significativa, mesmo quando atende ao critério de delimitação da área geográfica.

Além dessa questão, um grupo de pesquisadores brasileiros (SCATENA et al, 2009), confirmaram que o serviço de saúde é um fator dificultador para o diagnóstico precoce da doença. Apontaram ainda, a necessidade de uma reestruturação da rede do SUS para que as ações do Programa de Controle da Tuberculose sejam mais eficazes. (NOGUEIRA, 2011)

5 DISCUSSÃO

De acordo com Reiners et al. (2008) alguns autores (NATAL, 2007 e CARVALHO, 2003) afirmam que a respeito da adesão, os profissionais entendem ser dos pacientes a maior responsabilidade do tratamento, as recomendações dadas devem ser cumpridas, e que o comportamento desse paciente deve coincidir com seus conselhos e indicações. Esse paciente tem autonomia para escolher seguir ou não o tratamento, e o profissional não se responsabiliza sobre as consequências de tal decisão.

Em contrapartida segundo Ferreira, Engstron e Alves (2012), a premissa de que os grupos populares não são naturalmente predispostos a aderir ao tratamento é falsa, assim como também é falsa a premissa de que esses pacientes são os únicos responsáveis por sua doença e a propagação da mesma.

Já para Souza (2007), tem que haver uma possibilidade de se estabelecer vínculos e conseqüentemente co-responsabilidade entre ambos.

Ainda confirmando essa idéia, deve-se estabelecer uma prática intersubjetiva, onde o profissional e o paciente oportunizem uma relação de troca. Esse vínculo é essencial para o processo terapêutico. (SOUZA et al., 2010)

E a satisfação do paciente está associada a esse vínculo que é estabelecido com o profissional, quando este assegura o acesso sem longas esperas à consulta com resoluções objetivas, e aos medicamentos. (CLEMENTINO e MIRANDA, 2010)

De acordo com Teixeira, Farstein, Latorre apud Vieira e Ribeiro (2011), um aumento na adesão pode estar relacionada à melhora na relação do paciente e seus familiares com os profissionais de saúde.

Segundo Souza et al. (2010), algumas questões irão influenciar nesses encontros terapêuticos, como as emoções que o profissional vivencia naquele momento (ansiedade, medo, frustração, compaixão).

Segundo Ferreira, Engstron e Alves (2012) nos casos de não aceitação da doença, os profissionais devem providenciar juntamente com a equipe multidisciplinar, suporte psicológico a fim de que o paciente aceite sua condição e em consequência o tratamento, mostrando assim que a responsabilidade também é do profissional.

A oportunidade de uma equipe multidisciplinar completa no Programa de Controle da Tuberculose vai se relacionar diretamente com a adesão a esse programa. (CHIRINOS e MEIRELLES, 2011)

De acordo com Souza et al. (2009), um dos principais achados de seu estudo referiu-se ao alcance de um percentual de adesão elevado nas unidades com a equipe de saúde completa. Ressaltando que nessas unidades, a presença do enfermeiro visitador do programa e do auxiliar de enfermagem pareceram contribuir para a alta adesão.

A interação destes integrantes da equipe multiprofissional é de extrema importância, pois o comportamento dos membros dessa equipe é que vai indicar as ações e estratégias adequadas a cada situação. (MONTENEGRO et al, 2009)

E de acordo com Chirinos e Meirelles (2011), pessoas com histórico de retratamento por abandono, coinfeção HIV/TB, alcoolismo e internações por complicações devem ter assistência priorizada nos Programas de Controle da Tuberculose.

Uma das consequências para o abandono do tratamento é a falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença. (ALVAREZ-GORDILHO e DORANTES-JIMENEZ apud COSTA et al., 2011)

E muitas vezes a relação que existe entre os profissionais e o paciente é marcada por relações de poder e superioridade pelo saber obtido por estes profissionais, em detrimento da vivência e da compreensão que o paciente possui acerca do processo. (CHIRINOS e MEIRELLES, 2011)

De acordo com Souza et al. (2010), o profissional deve fornecer as informações necessárias, usando uma linguagem acessível ao paciente sobre todas as etapas do tratamento, e ainda verificar se houve assimilação correta dessas informações por esse paciente. A primeira consulta é o melhor momento para fornecer essas informações minimizando a possibilidade de abandono e à inadequada assimilação das informações.

Acrescentando essa afirmação Sá et al. (2007), ressalta que para reduzir o abandono da terapêutica, o profissional no ato da primeira consulta, deve informar ao paciente o possível aparecimento de efeitos colaterais.

Segundo Nogueira (2011), um aspecto preocupante é que pacientes avaliados em seu estudo não conseguiram mencionar qualquer orientação ou informações que deveriam ter recebido durante o tratamento, o que remete às ações de enfermagem.

Os pacientes consideram insuficientes as informações dadas pelos profissionais sobre seu tratamento. Esses profissionais necessitam realizar uma anamnese adequada para que se possa investigar os fatores associados à doença e sua relação com a adesão para cada paciente, e ainda interessar-se por conhecer os comportamentos dos pacientes e suas perspectivas no que tange a adesão. E para que ela aconteça, ainda é necessário que ele mantenha o paciente informado das reações adversas potenciais e das conseqüências causadas por irregularidade no tratamento. (CHIRINOS e MEIRELLES, 2011)

Sendo assim, é necessário que o profissional compreenda qual a percepção que o paciente tem acerca da sua doença, e refletir a respeito da relação que há entre as singularidades de cada paciente e o abandono do tratamento, bem como a relevância dada a essa questão pela equipe de saúde da família. É indispensável que o paciente compreenda os objetivos do profissional com as indicações terapêuticas a ser propostas, e modificar comportamentos prejudiciais. (SOUZA et al., 2010)

Por outro lado segundo Costa et al. (2011), também faz-se necessário que a família compreenda a doença, e em relação a isto o autor refere que há um baixo conhecimento dos membros familiares sobre o esquema terapêutico da doença, causado por uma precariedade nas ações educativas que devem ser direcionadas aos pacientes, mas também aos seus familiares, estendendo-se a comunidade.

E segundo Chirinos e Meirelles (2011), para que isso ocorra, necessita-se de capacitação da equipe de enfermagem a fim de avaliar o paradigma de educação sanitária adotados, e possibilitar intervenções diferenciadas para que ocorra a adesão do paciente ao tratamento.

E com relação ao que abrange a adesão para Montenegro et al. (2009), existem alguns pontos que são prioritários. São eles: implementação da medicação assistida, adequar a escala de serviço da enfermagem, e ainda suspensão das atividades de enfermagem durante todo o período da visita, atendendo da melhor forma a demanda. E todos esses pontos devem ser desenvolvidos pela equipe de enfermagem, pois cabe a ela a educação sanitária dos pacientes e seus familiares, criando um programa que envolva auxiliares e técnicos de enfermagem, pois representam o maior contingente profissional.

Porém conforme Reiners et al. (2008), as medidas que devem ser adotadas para a resolução da problemática da não-adesão, devem ser desenvolvidas não só pelos profissionais, mas também pelos serviços de saúde, governo e instituições de ensino.

De acordo com Souza (2007), os profissionais devem se preocupar não só com a dimensão individual do tratamento mas também com a dimensão coletiva de vigilância epidemiológica.

Assim que o paciente saísse de alta, seria interessante o profissional novamente realizar uma ação educativa de forma geral, para que esses ex-pacientes possam vir a ser potenciais agentes de saúde em sua comunidade. (CASTILLO apud CHIRINOS e MEIRELLES, 2011)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas estratégias políticas e metas tem se voltado para a problemática da tuberculose, a taxa de incidência e mortalidade é alta a nível mundial, apesar se ser uma doença que é capaz de prevenir e curável quando ocorre a correta adesão ao tratamento, o que demonstra um fator preocupante a ser questionado.

Em relação a isto há poucas literaturas, produções científicas a respeito de algumas temáticas em específico, como por exemplo, estratégias para a efetivação da adesão, avaliação da eficácia dessas estratégias, adesão/não adesão sob a ótica dos indivíduos que vivenciam a doença, que pode ser além do paciente, seus familiares.

De acordo com o estudo realizado, há alguns fatores que interferem na adesão ao tratamento que servem como base, e são eles: relacionados aos indivíduos, aos profissionais de saúde, ao regime de tratamento e ao sistema de saúde. Dentro destes são discutidos seus pormenores. Entretanto, sabemos que a particularidade de cada indivíduo deve excluir a existência de uma só regra, sendo necessário prestar uma assistência holística considerando as diferenças entre cada indivíduo, interessando-se por adequar a adesão ao tratamento a estes fatores.

O processo de revisão bibliográfica em busca da relevância da equipe multidisciplinar na adesão ao tratamento do paciente com tuberculose pulmonar, revelou a importância significativa da presença desses profissionais com atitudes qualificadas, embasadas e eficazes, considerando as minúcias dos fatores que interferem na adesão, possibilitando assim a diminuição do abandono do tratamento.

7 REFERÊNCIAS

BERGEL, F. S; GOUVEIA, N. **Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose.** Rev. Saúde Pública vol.39 no.6 São Paulo Dec. 2005.

BERTAZONE, É. do C.; GIR, E; HAYASHIDA, M. **Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar.** Rev.Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.3 Ribeirão Preto May/June 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: DF, 2010b.

_____. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf> Acesso em: 23 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** 2010 c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs>> Acesso em: 24 mai. 2012.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. da 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).** J. bras. pneumol. vol.37 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2011.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia de pesquisa científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. **Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa.** Texto contexto - enferm. vol.20 no.3 Florianópolis Jult/Sept. 2011.

CLEMENTINO, F. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. **Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):584-90.

CLEMENTINO, F. de S. et al. **Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):638-43.

COSTA, S. M. et al. **Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS).** Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.

CRUZ, M. M. da. et al. **Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 217-24.

DINIZ, D. P. **Guia de qualidade de vida.** Barueri, SP: Manole, 2006.

FERREIRA, J; ENGSTRON, E; ALVES, L. C. **Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Mangueiras, Rio de Janeiro: as razões do im(provável).** Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 211-6.

GILDEIR e CÉLIA. Universidade Federal de Santa Catarina. 2004 - UFSC Disponível em: <<http://www.ced.ufsc.br/~ursula/5431/5431-aula5.html>> Acesso em: 24 mai. 2012.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. **de. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose.** Esc. Enferm. USP [online]. 2009, vol.43, no.2 São Paulo June 2009.

HECK, M. A.; COSTA, J. S. D. da.; NUNES, M. F. **Prevalência de abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul (RS), Brasil, 2000-2008.** Rev. bras. epidemiol. vol.14 no.3 São Paulo Sept. 2011.

HINO, P. et al. **As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão.** Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.spe2 São Paulo Dec. 2011.

MELLO, F. C de. Q. **Modelos Preditivos para o Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar Paucibacilar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MONTENEGRO, H. R. do. A. et al. **A enfermeira diplomada e a luta contra tuberculose no Brasil: 1961-1966.** Rev.esc.enferm. USP vol.43 no.4 São Paulo Dec. 2009.

NERY, L. E.; FERNANDES, A. L. G.; PERFEITO, J. A. J.; **Guia de Pneumologia.** São Paulo: Manole; 2006.

NOGUEIRA, J. de A. et al. **Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(4):979-89.

NOGUEIRA, L. M. V. **A magnitude da tuberculose e os itinerários terapêuticos dos Munduruku do Pará na Amazônia Brasileira**. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, H. B. de.; MARIN-LEÓN, L.; GARDINALI, J. **Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas - SP**. J. bras. pneumol. vol.31 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2005.

OROFINO, R. de L. et al. **Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose**. J. bras. pneumol. vol.38 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2012.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. **O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2003, vol.11, n.3, pp. 312-319.

REINERS, A. A. O. et al. **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. Ciênc. saúde coletiva vol.13 suppl.2 Rio de Janeiro Dec. 2008.

RODRIGUES, I. L. A. et al. **Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV**. Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.2 São Paulo June 2010.

SÁ, L. D. de. et al. **Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004)**. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.9 Rio de Janeiro Set. 2011.

SÁ, L. D. de. **Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono**. Texto contexto - enferm. vol.16 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2007.

SESA. **Programa Estadual de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde**. Vitória, 2011. Disponível em: <<http://www.folhavitoria.com.br/site/?target=noticia&nid=347819&ch=7655249facd9dda4459b2c89669ecc87>> Acesso em: 23 mai. 2012

SILVA, A. C. O.; SOUSA, M. C. M.; NOGUEIRA, J. A.; MOTTA, M. C. S. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro**. Rev Eletr Enf 2007; 9:402-16.

SOUZA, K. M. J. de. et al. **Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família**. Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.4 São Paulo Dez. 2010.

SOUZA, F. B. A. de. et al. **Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro.** J.bras.pneumol. vol.33 no.3 SãoPaulo May/June 2007.

SOUZA, M. S. P. L. et al. **Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose.** Rev. Saúde Pública vol.43 no.6 São Paulo Dec. 2009 Epub Dec 18, 2009.

SOUZA, K. M. J. de. **Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família.** Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.4 São Paulo Dec. 2010.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. **Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo.** J. bras. pneumol. vol.37 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies. Evidence for action.** Geneva: WHO; 2003.

8 ANEXOS

TABELA 1

Recorte temporal de junho de 2005 até fevereiro de 2012 – **Descritor** Tuberculose, utilizando todos os índices nas fontes indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (todas as fontes) texto em português e completo, em 18/04/2012.

ARTIGO	AUTOR	REVISTA VOL ANO
Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS)	COSTA, S.M; MENDOZA-SASSI, R. A; TEIXEIRA, T. P; LEIVAS, V. A.; CÉZAR-VAZ, M. R.	Ciênc. Saúde Coletiva; 16(supl.1): 1427-1435, 2011. tab.
Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais.	CLEMENTINO, F. DE S; MARTINIANO, M. S; CLEMENTINO, M. J. DE S. M; SOUSA, J. C. DE; MARCOLINO, E. DE C; MIRANDA, F. A. N. DE.	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):638-43.
Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo.	VIEIRA, A. A; RIBEIRO, S. A.	J. bras. pneumol. vol.37 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2011
Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família.	SOUZA, K. M. J. DE; SÁ, L. D. DE; PALHA, P.F; NOGUEIRA, J. DE A; VILLA, T. C.S; FIGUEIREDO, D. A.	Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.4 São Paulo Dec. 2010
Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV.	RODRIGUES, I. L. A; MONTEIRO, L. L; PACHECO, R. H. B.; SILVA, S. É. D. DA.	Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.2 São Paulo June 2010
Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do im(probável).	FERREIRA, J; ENGSTRON, E; ALVES, L. C.	Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 211-6
Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro.	CRUZ, M. M. DA; CARDOSO, G. C. P; ABREU, D. M. F. DE; DECOTELLI, P. V; CHRISPIM, P. P; BORENSTEIN, J. S; SANTOS, E. M. DOS.	Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 217-24

Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família.	CLEMENTINO, F. DE S; MIRANDA, F. A. N. DE.	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):584-90.
Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose.	SOUZA, M. S. P. L.; PEREIRA, S. M; MARINHO, J. M; BARRETO, M. L.	Rev. Saúde Pública vol.43 no.6 São Paulo Dec. 2009 Epub Dec 18, 2009
Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas - SP.	OLIVEIRA, H. B. DE; MARIN- LEÓN, L; GARDINALI, J.	J. bras. pneumol. vol.31 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2005
Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose.	BERGEL, F. S; GOUVEIA, N.	Rev. Saúde Pública vol.39 no.6 São Paulo Dec. 2005
Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS).	CAMPANI, S. T. A; MOREIRA, J. DA S; TIETBOHEL, C. N.	J. bras. pneumol. vol.37 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2011
Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono.	SÁ, L. D. DE; SOUZA, K. M. J. DE; NUNES, M. DAS G; PALHA, P. F; NOGUEIRA, J. DE A; VILLA, T. C. S.	Texto contexto - enferm. vol.16 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2007
As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão.	HINO, P; TAKAHASHI, R. F; BERTOLOZZI, M. R; YOSHIKAWAEGRY, E.	Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.spe2 São Paulo Dec. 2011
Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose.	OROFINO, R. DE L; BRASIL, P. E. A. DO; TRAJMAN, A; SCHMALTZ, C. A. S; DALCOLMO, M; ROLLA, V. C.	J. bras. pneumol. vol.38 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2012
Prevalência de abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul (RS), Brasil, 2000-2008.	HECK, M. A; COSTA, J. S. D. DA; NUNES, M. F.	Rev. bras. epidemiol. vol.14 no.3 São Paulo Sept. 2011

TABELA 2

Recorte temporal de junho de 2005 até fevereiro de 2012 – **Descritor** Enfermagem, utilizando todos os índices nas fontes indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (todas as fontes) texto em português e completo, em 19/04/2012.

Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa.	CHIRINOS, N. E. C; MEIRELLES, B. H. S.	Texto contexto - enferm. vol.20 no.3 Florianópolis Jul/Sept. 2011
A magnitude da tuberculose e os itinerários terapêuticos dos Munduruku do Pará na Amazônia Brasileira.	NOGUEIRA, L. M. V.	Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.
Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar.	BERTAZONE, É. DO C; GIR, E; HAYASHIDA, M.	Rev.Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.3 Ribeirão Preto May/June 2005

TABELA 3

Recorte temporal de junho de 2005 até fevereiro de 2012 – **Descritor** Enfermagem em Saúde Comunitária, utilizando todos os índices nas fontes indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (todas as fontes) texto em português e completo, em 07/05/2012.

Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB.	NOGUEIRA, J. DE A; MARQUES, R. R. DA C; SILVA, T. R. DA; FRANÇA, U. DE M; VILLA, T. C. S; PALHA, P. F.	Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(4):979-89.
Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro.	SOUZA, F. B. A. DE; VILLA, T. C. S; CAVALCANTE, S. C; NETTO, A. R; LOPES, L. B; CONDE, M. B.	J.bras.pneumol. vol.33 no.3 SãoPaulo May/June 2007