Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Estratégias de cuidado a crianças e adolescentes com tuberculose

Care strategies for children and adolescents with tuberculosis

Estrategias de atención a niños y adolescentes con tuberculosis

Júlia Jéssica Moraes[1], Quézia Rosa Ferreira[1], Ana Luíza Brasileiro Nato Marques Assumpção[1], Mônica Cristina Ribeiro Alexandre d'Auria de Lima[1], Isadora Silva de Paula[1], Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim[1], Licia Kellen de Almeida Andrade[1], Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero[1].

RESUMO

Objetivo: Identificar estratégias para o manejo do cuidado a crianças e adolescentes com tuberculose nos serviços de saúde. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática fundamentada nas diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e no checklist PRISMA. A busca foi realizada em fevereiro de 2025 nas bases MEDLINE, CINAHL, Embase, LILACS e Scopus, utilizando descritores controlados e operadores booleanos. A seleção e a avaliação da qualidade metodológica foram conduzidas por dois revisores independentes**.** **Resultados:** Foram incluídos 14 estudos qualitativos que revelaram cinco categorias centrais: atenção integral, suporte psicossocial, cuidado centrado na família, estruturação da rede de atenção e capacitação profissional. Destacam-se estratégias como o acolhimento humanizado, o envolvimento ativo dos cuidadores, o suporte emocional frente ao estigma e a qualificação técnica para o manejo farmacológico pediátrico. **Considerações finais:** O estudo sintetiza evidências que qualificam o cuidado biopsicossocial, embora apresente limitações devido à escassez de pesquisas com foco exclusivo na pediatria. Conclui-se que o manejo integrado, a estruturação de redes dinâmicas e o fortalecimento do vínculo familiar são determinantes fundamentais para a adesão e o êxito terapêutico no controle da tuberculose infantojuvenil.

Palavras-chave: Tuberculose, Criança, Adolescente, Assistência integral à saúde, Serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify strategies for the management of care for children and adolescents with tuberculosis in health services. **Methods:** This is a systematic review based on the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines and the PRISMA checklist. The search was conducted in February 2025 in the MEDLINE, CINAHL, Embase, LILACS, and Scopus databases, using controlled descriptors and Boolean operators. Selection and methodological quality assessment were conducted by two independent reviewers. **Results:** Fourteen qualitative studies were included, revealing five central categories: comprehensive care, psychosocial support, family-centered care, health care network structuring, and professional training. Key strategies include humanized welcoming, active involvement of caregivers, emotional support regarding stigma, and technical qualification for pediatric pharmacological management. **Final considerations:** The study synthesizes evidence that qualifies biopsychosocial care, although it presents limitations due to the

[1] Universidadede São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Ribeirão Preto – SP.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | ACEITO EM: 5/2026 | PUBLICADO EM: 7/2026

scarcity of research focused exclusively on pediatrics. It is concluded that integrated management, dynamic network structuring, and the strengthening of the family bond are fundamental determinants for adherence and therapeutic success in the control of childhood and adolescent tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis, Child, Adolescent, Comprehensive health care, Health services.

RESUMEN

Objetivo: Identificar estrategias para el manejo del cuidado de niños y adolescentes con tuberculosis en los servicios de salud. **Métodos:** Se trata de una revisión sistemática fundamentada en las directrices del Joanna Briggs Institute (JBI) y en la lista de verificación PRISMA. La búsqueda se realizó en febrero de 2025 en las bases de datos MEDLINE, CINAHL, Embase, LILACS y Scopus, utilizando descriptores controlados y operadores booleanos. La selección y la evaluación de la calidad metodológica fueron realizadas por dos revisores independientes. **Resultados:** Se incluyeron 14 estudios cualitativos que revelaron cinco categorías centrales: atención integral, soporte psicosocial, cuidado centrado en la familia, estructuración de la red de atención y capacitación profesional. Se destacan estrategias como la acogida humanizada, la participación activa de los cuidadores, el apoyo emocional frente al estigma y la cualificación técnica para el manejo farmacológico pediátrico. **Consideraciones finales:** El estudio sintetiza evidencias que califican el cuidado biopsicosocial, aunque presenta limitaciones debido a la escasez de investigaciones con enfoque exclusivo en pediatría. Se concluye que el manejo integrado, la estructuración de redes dinámicas y el fortalecimiento del vínculo familiar son determinantes fundamentales para la adherencia y el éxito terapéutico.

Palabras clave: Tuberculosis, Niño, Adolescente, Atención integral de salud, Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

Apesar de ser prevenível e curável, a tuberculose (TB) reassumiu, em 2023, o posto de principal causa de morte por agente infeccioso único globalmente, atingindo sobretudo populações vulneráveis. Estima-se que crianças e adolescentes somaram 1,296 milhão de casos e 166 mil óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

O diagnóstico infantil é dificultado pela inespecificidade dos sintomas, similares a outras patologias pediátricas, e pela complexidade na coleta de escarro. Tais fatores retardam o início do tratamento e mantêm a cadeia de transmissão (CARASEK VP, et al., 2025; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Embora apresentem menor potencial de transmissão que adultos, crianças – especialmente menores de cinco anos e não vacinadas contra o Bacilo Calmette-Guérin (BCG) – são mais suscetíveis a formas graves. A baixa carga bacilar típica da infância dificulta a confirmação laboratorial, resultando em subnotificação e subdiagnóstico. Estudos indicam que desnutrição, ausência de vacinação e coinfecção pelo HIV respondem por parte significativa dos novos casos infantis, evidenciando o peso dos determinantes sociais (CARVALHO AC e KRITSKI AL, 2022).

A vulnerabilidade social e as desigualdades no acesso à saúde, como moradia precária e baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), intensificam o risco. Após o declínio diagnóstico na pandemia de covid-19, as notificações em crianças e adolescentes aumentaram em 2022 e 2023, refletindo o impacto socioeconômico e a interrupção da vacinação com a BCG (CARASEK VP, et al., 2025; CARVALHO AC e KRITSKI AL, 2022).

Ademais, a TB infantil está vinculada ao contato com adultos bacilíferos no ambiente familiar ou escolar. Frequentemente, o diagnóstico da criança ou do adolescente precede o do adulto, revelando falhas na detecção precoce de focos de transmissão (RUSSO G, et al., 2024; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

A literatura aponta lacunas no conhecimento e limitações na implementação de diretrizes demanejode casos desse público em específico. Assim, este estudo objetiva identificar estratégias para o cuidado de crianças e adolescentes com TB nos serviços de saúde (JENKINS HE, et al., 2017; LV H, et al., 2024).

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática qualitativa fundamentada nas diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e no *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). O rigor metodológico aplicado visa assegurar transparência e replicabilidade à síntese das evidências (DONATO H e DONATO M, 2019; LOCKWOOD C, et al., 2024; PAGE MJ, et al., 2021). O protocolo está registrado no PROSPERO sob o número CRD420250650533.

A pergunta de pesquisa, estruturada pelo acrônimo PICo, foi: “Quais as estratégias para o manejo do cuidado a crianças e adolescentes com TB desenvolvidas nos serviços de saúde?”. Os componentes definidos foram: P (População) – crianças e adolescentes com TB; I (Fenômeno de Interesse) – estratégias de cuidado; e Co (Contexto) – serviços de saúde.

Foram incluídos estudos qualitativos originais que abordassem a perspectiva de profissionais, cuidadores, crianças e adolescentes, publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês ou espanhol. Excluíram-se teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, revisões e resumos em eventos. A busca ocorreu em fevereiro de 2025 nas bases MEDLINE, LILACS, Embase, Scopus e CINAHL. Utilizaram-se descritores controlados (DeCS e MeSH) combinados pelos operadores booleanos AND e OR (**Quadro 1**).

Quadro 1 - Estratégias de busca.

Base de dados	Estratégia de busca
MEDLINE	("Child"[MeSH Terms] OR "Adolescent"[MeSH Terms]) AND ("Tuberculosis"[MeSH Terms] OR "Mycobacterium tuberculosis") AND ("Health Services"[MeSH Terms] OR "Care")
LILACS	(child OR adolescent OR criança OR adolescente OR niño OR joven) AND (tuberculosis OR tuberculose OR TB) AND (care OR cuidado OR atención) AND ("serviços de saúde" OR "health services" OR "servicios de salud")
Embase	('child'/exp OR 'adolescent'/exp) AND ('tuberculosis'/exp OR 'mycobacterium tuberculosis'/exp OR 'TB') AND 'care' AND 'health services'
Scopus	(TITLE-ABS-KEY(child OR adolescent) AND TITLE-ABS-KEY(tuberculosis OR "mycobacterium tuberculosis" OR tb) AND TITLE-ABS-KEY(care) AND TITLE-ABS-KEY("health services"))
CINAHL	(children OR adolescents OR child) AND (tuberculosis OR "mycobacterium tuberculosis" OR TB) AND "health services" AND care

Fonte: Moraes JJ, et al., 2026.

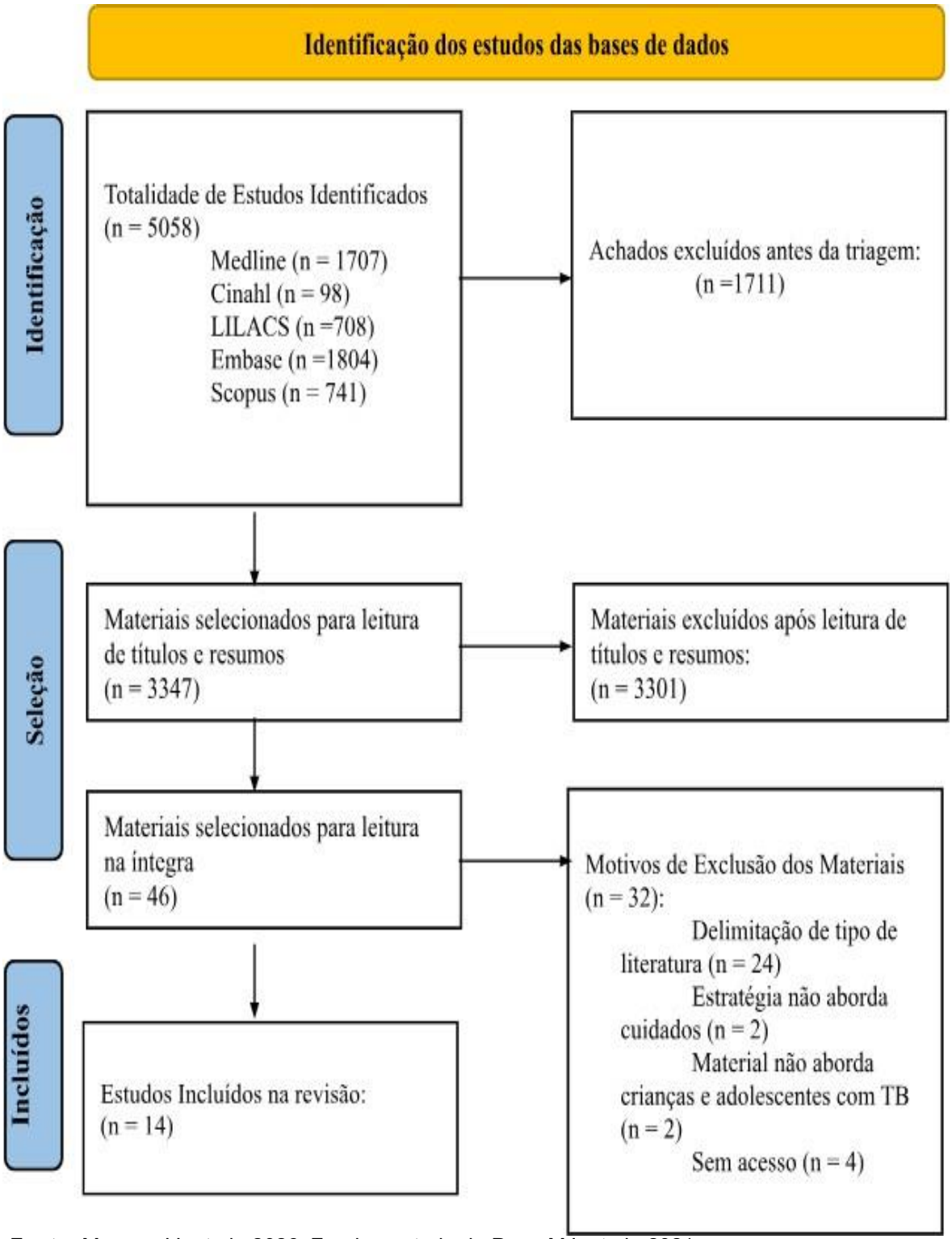
Os resultados foram exportados para o software Rayyan (*Qatar Computing Research Institute – QCRI*) para remoção de duplicatas. A seleção ocorreu em duas etapas: triagem de títulos e resumos, seguida da leitura integral dos textos elegíveis. Ambas as fases foram realizadas por dois revisores independentes, com auxílio de um terceiro revisor em caso de discordância.

Para a extração de dados, consideraram-se: título, ano e local de publicação, objetivo(s), principais resultados e considerações finais. A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos utilizou o checklist para pesquisas qualitativas do JBI (LOCKWOOD C, et al., 2024).

RESULTADOS

Identificaram-se 5.058 estudos, dos quais 1.711 eram duplicados. Dos 3.347 restantes, 3.301 foram excluídos após triagem de títulos e resumos (**Figura 1**). Dos 46 lidos na íntegra, 32 não atenderam aos critérios de elegibilidade, resultando na inclusão final de 14 artigos (**Quadro 1**).

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos incluídos (PRISMA).



Fonte: Moraes JJ ,et al., 2026. Fundamentado de Page MJ, et al., 2021.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na amostra final.

ID	Objetivo(s)	Principais resultados	Considerações finais
A1 (GOSLETTC, et al., 2024)	Explorar as necessidades de crianças e adolescentes com TB e propor estratégias para incluir suas vozes nas políticas de saúde.	O uso de medicamentos para adultos até 2015 dificultava a adesão. Formulações pediátricas (2021) melhoraram o cenário, mas o estigma e efeitos colaterais ainda geram isolamento.	Defende-se acelerar a incorporação de formulações pediátricas, fortalecer o suporte psicossocial e promover o monitoramento comunitário.
A2 (PINTO JTJM e FREITAS CHS de M, 2018)	Conhecer os caminhos percorridos por crianças e adolescentes em busca do diagnóstico e tratamento nos serviços de saúde.	Diagnósticos obtidos majoritariamente em urgência/emergência. Identificou-se fragilidade na APS, com visitas domiciliares ausentes e interação limitada com profissionais.	A porta de entrada pela alta complexidade evidencia o vínculo frágil com a APS, ressaltando a necessidade de fortalecimento da rede básica.
A3 (CHIANG SS, et al., 2017)	Identificar as barreiras no tratamento da ILTB e TB doença a partir das perspectivas de profissionais e familiares.	Barreiras incluíram dificuldades de adesão familiar, desinformação profissional, entraves logísticos e ausência de apoio psicossocial.	É necessário resolver as barreiras de maneira integrada entre profissionais e familiares por meio de seguimento interprofissional.
A4 (AMANULLAH F e MALZIKA A, 2015)	Melhorar a detecção, manejo e prevenção da TB infantil em áreas rurais.	Alta prevalência de TB infantil em contatos de casos resistentes. Baixa completude no tratamento da TB latente, evidenciando falhas na adesão.	O manejo em locais de alta incidência exige adaptações nos serviços locais e inovações para garantir a completude do esquema terapêutico.
A5 (MACHADO DC, et al., 2015)	Compreender os significados do adoecimento por TB em crianças sob a percepção das mães no processo de cuidado.	Identificou-se a busca por múltiplos serviços até o diagnóstico, falhas de comunicação na equipe e dificuldade de compreensão das orientações pelas famílias.	As experiências refletem barreiras estruturais e comunicacionais que dificultam o tratamento efetivo no núcleo familiar.
A6 (RAPOPORT VEO, et al., 2022)	Entender as barreiras à adesão entre adolescentes com TB sensível e os desafios psicossociais enfrentados.	O isolamento prolongado prejudicou a socialização e gerou angústia emocional pela interrupção escolar e ansiedade acadêmica.	Recomenda-se reavaliar estratégias de isolamento, alinhando o tratamento à manutenção das atividades sociais com base na rápida cessação da transmissibilidade.
A7 (ZVONAREVA O, et al., 2021)	Explorar impactos na saúde mental de adolescentes diante da hospitalização e diagnóstico.	Dificuldades na aceitação do diagnóstico, vergonha e medo de rejeição. Relações com pares e profissionais mediaram o sofrimento psicológico.	Percepções negativas sobre a TB afetam a autoestima, exigindo intervenções voltadas ao bem-estar mental durante o cuidado clínico.
A8 (DASM, et al., 2021)	Compreender as perspectivas das pessoas, responsáveis e profissionais sobre a jornada de tratamento da TB-DR.	Jornada desafiadora com traumas emocionais por suporte social inadequado e fadiga do esquema terapêutico agressivo para a TB-DR.	Programas devem abordar o binômio indivíduo-família, oferecendo aconselhamento específico por idade para minimizar o desgaste físico e emocional.
A9 (MUTTAMBAW, et al., 2021)	Entender os desafios para o diagnóstico de TB em adolescentes.	Conhecimento limitado, interferência da rotina escolar, estigma, falta de confiança nos serviços públicos e papel inconsistente dos pais.	Desafios únicos superáveis com serviços amigáveis aos jovens, que minimizem interrupções escolares e capacitem profissionais.
A10 (AWALUDDIN SM, et al., 2020)	Explorar experiências de pais para alcançar o sucesso do tratamento em crianças com TB.	Temas centrais: confiança nos serviços (autoeficácia e cuidado holístico) e motivação (apoio familiar, profissional e força pessoal da criança).	Resultados auxiliam gestores a fortalecer a abordagem holística e identificar fatores motivacionais nos cuidadores.
A11 (LAYCOCK KM, et al., 2021)	Explorar perspectivas profissionais sobre adaptações para cuidados amigáveis ao adolescente.	Sugestões incluíram investimento em aconselhamento psicossocial, visitas domiciliares e modelos de apoio entre pares (grupos de adolescentes).	A estruturação de serviços voltados ao adolescente é necessária para melhorar os desfechos terapêuticos, especialmente na coinfecção TB-HIV.
A12 (EMERSON C, et al., 2020)	Avaliar as perspectivas dos cuidadores de crianças com TB.	Identificaram-se desafios no manejo do diagnóstico e tratamento conjunto com HIV, além de experiências de estigma relatadas por cuidadores.	Revelou a necessidade de maior treinamento profissional e disponibilidade de ferramentas diagnósticas mais sensíveis.
A13 (NDAKIDEMIE, et al., 2019)	Identificar barreiras enfrentadas por profissionais na detecção da TB pediátrica e serviços para crianças com HIV.	Barreiras principais: integração deficitária TB-HIV, estigma social e lacunas na capacitação técnica e recursos materiais.	Recomenda-se abordagem integrada, educação comunitária para redução do estigma e fortalecimento da detecção precoce.
A14 (CHIANG SS, et al., 2015)	Identificar as barreiras para o diagnóstico da TB infantil.	Temas: desconhecimento e estigma comunitário, investigação insuficiente de contatos, acesso limitado a testes e escassez de profissionais capacitados.	Superar barreiras exige campanhas educativas, priorização do rastreamento de contatos e capacitação técnica na APS.

Legenda:TB-DR=Tuberculose Drogarresistente; MS=Ministério da Saúde; ESF=Estratégia Saúde da Família.
Fonte: Moraes JJ ,et al., 2026.

As publicações concentram-se entre 2015 e 2024, com pico em 2021 (n=4), seguidas por 2015 (n=3), 2020 (n=2) e os demais anos (2017, 2018, 2019, 2022 e 2024) com um estudo cada. Geograficamente, a produção abrange 10 países, destacando-se Peru (n=3), Brasil (n=2) e Tanzânia (n=2). Paquistão, Rússia, Índia, Malásia, África do Sul, Botsuana e Uganda contribuíram com um estudo cada.

A avaliação pelo checklist do JBI (LOCKWOOD C, et al., 2024) indicou qualidade metodológica de moderada a alta. Observou-se rigor na congruência entre objetivos, delineamento, coleta e análise, além de coerência entre resultados e conclusões (**Quadro 2**).

Quadro 2 - Avaliação da qualidade dos estudos selecionados.

ID	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
A1	U	U	N	N	N	U	U	Y	U	U
A2	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A3	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A4	U	U	U	U	U	N	N	Y	Y	U
A5	Y	Y	Y	Y	Y	U	N	Y	Y	Y
A6	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A7	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A8	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A9	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A10	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A11	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A12	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A13	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A14	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y

Legenda: Y (yes/sim); N (no/não); U (unclear/não está claro). **Q1.** Há congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de pesquisa? **Q2.** Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e a questão ou objetivos de pesquisa? **Q3.** Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e os métodos usados para coletar os dados? **Q4.** Há congruência entre a metodologia da pesquisa e a representação e análise dos dados? **Q5.** Há congruência entre a metodologia da pesquisa e a interpretação dos resultados? **Q6.** Existe uma declaração localizando o pesquisador culturalmente ou teoricamente? **Q7.** A influência do pesquisador na pesquisa e vice-versa é abordada? **Q8.** Os participantes e suas vozes estão adequadamente representados? Q9**.** A pesquisa é ética de acordo com os critérios atuais ou, para estudos recentes, há evidência de aprovação ética por órgão apropriado? **Q10.** As conclusões tiradas no relatório de pesquisa decorrem da análise ou interpretação dos dados? **Fonte:** Moraes JJ, et al., 2026.

A análise temática dos dados permitiu a organização em cinco categorias de estratégias de cuidado: (1) atenção integral; (2) cuidado centrado na família; (3) suporte psicossocial; (4) estruturação da rede de atenção; e (5) capacitação profissional.

DISCUSSÃO

Os estudos foram conduzidos em nações classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como de alta carga de TB (2021-2025), abrangendo Brasil, Peru, África do Sul, Índia, Paquistão, Federação Russa, Uganda, Botsuana e Tanzânia. Observou-se predominância em economias em desenvolvimento na África, Ásia e América do Sul (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

As categorias identificadas evidenciam que o manejo da TB infanto-juvenil integra dimensões inter-relacionadas.

Atenção integral

A atenção integral pressupõe a consideração de múltiplas dimensões no cuidado à criança e ao adolescente com TB. No estudo A1 (GOSLETTC, et al., 2024), destaca-se que a baixa adesão se relaciona ao sabor desagradável e à elevada posologia diária, fatores que comprometem o bem-estar físico e emocional. Tais barreiras são corroboradas pela literatura, que identifica a palatabilidade como um desafio crítico na pediatria (MOREIRA AOE, et al., 2025; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Somado a isso, a necessidade de fracionamento de comprimidos adultos para atingir dosagens pediátricas gera insegurança nos cuidadores e resultados terapêuticos inconsistentes (CHIANG SS, et al., 2017).

Desafios semelhantes foram descritos em adolescentes, para os quais o tratamento prolongado e os efeitos adversos constituem as principais barreiras, enquanto o apoio familiar emerge como pilar essencial para o autocuidado e o enfrentamento da doença (CHIANG SS, et al., 2023). Nesse sentido, o estudo A2 (PINTO JTJM e FREITAS CHS de M, 2018) reforça a necessidade de articular as esferas clínica e social ao analisar os percursos fragmentados que esse público enfrenta nos serviços de saúde.

Nesse contexto, inovações como as formulações pediátricas mastigáveis de isoniazida representam avanços significativos ao facilitar a aceitação medicamentosa e minimizar o desconforto terapêutico (MOREIRA AOE, et al., 2025). Essa abordagem contribui para o sucesso do tratamento ao considerar as necessidades farmacológicas específicas da população pediátrica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

A vivência da TB gera repercussões profundas nas dimensões escolar e emocional. No estudo A6 (RAPOPORT VEO, et al., 2022), adolescentes expressaram sentimentos de solidão e exclusão, intensificados pelas transformações físicas e pela busca por pertencimento típicas dessa fase (SNOW KJ, et al., 2020). O desejo de autonomia e a valorização dos vínculos com pares tornam esse grupo particularmente sensível ao estigma, o que afeta a adesão e exige abordagens empáticas que integrem o cuidado clínico ao suporte psicossocial (SNOW KJ, et al., 2020).

O impacto na saúde mental é evidenciado por relatos de sintomas depressivos, desesperança e ideação suicida. Alterações na autoimagem, decorrentes da perda ponderal, prejudicam a autoestima e as relações sociais (WADEMAN DT, et al., 2024). No estudo A6 (RAPOPORT VEO, et al., 2022), o sofrimento psicológico mostrou-se mais agudo nos casos de isolamento prolongado, inclusive domiciliar. Cabe destacar que esse distanciamento muitas vezes configura-se como um auto isolamento motivado pelo estigma ou pela interpretação equivocada das medidas de controle. Tal cenário compromete o desenvolvimento psicoemocional e reforça a urgência de intervenções que desmistificam as formas de transmissão e garantam suporte especializado (SNOW KJ, et al., 2020).

Contudo, observa-se resiliência entre os adolescentes quando há suporte de familiares e profissionais. O estudo A6 (RAPOPORT VEO, et al., 2022) relata a criação de redes de apoio e plataformas coletivas voltadas à redução do estigma e à melhoria da adesão. Complementarmente, o estudo A8 (DAS M, et al., 2021) enfatiza que estratégias eficazes devem ir além da prescrição medicamentosa, implementando suporte psicossocial contínuo para mitigar efeitos emocionais adversos (CHIANG SS, et al., 2023), consolidando, assim, a perspectiva da integralidade no cuidado em TB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Suporte psicossocial

O suporte psicossocial abrange estratégias de fortalecimento emocional, escuta ativa e acolhimento direcionados a crianças, adolescentes e seus familiares, visando a saúde mental e a adesão terapêutica (LOBOGUERRERO MA, 2025). Esta abordagem expande o cuidado para além do âmbito clínico, integrando dimensões sociais, culturais e emocionais que influenciam a autoestima e a reintegração social. Sob a perspectiva da ESF, o manejo da TB não pode negligenciar as repercussões subjetivas que o adoecimento impõe tanto aos indivíduos quanto aos seus cuidadores, segundo o estudo A5 (MACHADO DC, et al., 2015).

No estudo A1 (GOSLETT C, et al., 2024), observa-se como o estigma associado à TB transcende a clínica e interfere nos processos de escolarização e socialização, gerando exclusão e prejuízos educacionais. Relatos de sobreviventes de TB infantil evidenciam que o afastamento familiar, motivado pela falta de conscientização e pelo preconceito, aprofunda sentimentos de solidão e dor, o que ratifica a necessidade de programas educativos e sensibilização comunitária (SNOW KJ, et al., 2020; WADEMAN DT, et al., 2024). Sendo a TB uma patologia socialmente determinada, o medo e a insegurança tornam-se barreiras à busca pelo diagnóstico.

Tais achados reforçam a urgência de espaços de escuta coletiva e apoio psicológico, capazes de estreitar o vínculo terapêutico na ESF e preservar a saúde mental dos profissionais (COELHO MMF, et al., 2022). Adicionalmente, estratégias intersetoriais entre saúde e educação mostram-se vitais para a adaptação escolar durante o tratamento (OLIVEIRA LMP de, et al., 2023). A saúde mental dos adolescentes é particularmente afetada pelo tratamento prolongado e por períodos de hospitalização, que precipitam estresse, ansiedade e depressão, conforme traz o estudo A7 (ZVONAREVA O, et al., 2021).

O estudo A13 (NDAKIDEMIE, et al., 2019) indica que responsáveis frequentemente adiam a procura por serviços devido ao receio da discriminação, enquanto o estudo A6 (RAPOPORT VEO, et al., 2022) revela que o medo da transmissão retroalimenta o estigma, manifestando-se em restrições impostas por profissionais e exclusão no núcleo familiar. Para o adolescente, este isolamento pode desencadear redução da autonomia e baixa autoestima (SNOW KJ, et al., 2020; WADEMAN DT, et al., 2024).

Nesse cenário, o suporte emocional de cuidadores, responsáveis e profissionais é decisivo para mitigar as incertezas quanto ao futuro. A disponibilidade de informações claras sobre a evolução clínica fortalece a confiança e a continuidade terapêutica, segundo o artigo A7 (ZVONAREVA O, et al., 2021). O estudo A8 (DAS M, et al., 2021) destaca ainda a complexidade da TB-DR, que impõe desgaste físico e emocional acentuado. É imperativo considerar que sua ocorrência na infância frequentemente sinaliza falhas na detecção precoce de contatos adultos ou no manejo da rede de atenção, exigindo não apenas vigilância sobre as tendências de resistência, mas um suporte emocional contínuo e especializado frente ao esquema terapêutico mais agressivo (TAN EL, et al., 2025).

Em suma, a integração de estratégias de acolhimento e educação em saúde é fundamental para a redução do estigma e a promoção da integralidade do cuidado (COELHO MMF, et al., 2022; LOBOGUERRERO MA, 2025).

Cuidado centrado na família

O cuidado centrado na família reconhece o núcleo familiar como parte integrante do processo terapêutico, valorizando seus vínculos e percepções na promoção da saúde. No contexto da TB, este modelo fortalece a confiança nos serviços, mitiga o estigma e amplia a corresponsabilidade pelo tratamento (HRIBERŠEK M, et al., 2024). No estudo A5 (MACHADO DC, et al., 2015), cuidadores relataram que o diagnóstico impacta severamente as rotinas escolar e familiar, evidenciando que os laços afetivos são determinantes para o suporte emocional e para a adesão, uma vez que o cuidado extrapola a dimensão individual (HRIBERŠEK M, et al., 2024).

Os desafios enfrentados pelos responsáveis, conforme retrata o estudo A12 (EMERSON C, et al., 2020), são agravados pela demora no diagnóstico, que frequentemente ocorre apenas após o agravamento clínico devido a buscas infrutíferas por assistência (AWALUDDIN SM, et al., 2020). Essa dificuldade diagnóstica, recorrente na TB infantil pelas manifestações inespecíficas e baixa confirmação laboratorial, retarda o tratamento e intensifica o sofrimento familiar (CARASEK VP, et al., 2025).

Este cenário de incerteza diagnóstica, aliado à escassez de recursos, amplia consideravelmente o fardo físico e emocional dos responsáveis pelo cuidado (CHIANG SS, et al., 2015). Frente a tal situação, a interação entre profissionais e família, pautada no respeito e na comunicação clara, é vital para fortalecer o sentimento de pertencimento e valorização (GUNAWAN YES, et al., 2025).

No estudo A10 (AWALUDDIN SM, et al., 2020), observou-se que o déficit de conhecimento sobre a patologia pode induzir à busca por terapias alternativas. É relevante notar que tal comportamento não

decorre apenas de lacunas no letramento em saúde, mas pode representar uma resposta cultural ou um refúgio diante da agressividade dos efeitos colaterais dos fármacos convencionais, reforçando a urgência de uma abordagem educativa sensível a essas crenças (MACEDO SM, et al., 2016). A motivação para a continuidade terapêutica vincula-se à aceitação e à autoeficácia, embora o impacto na vida profissional e a necessidade de hospitalizações representem obstáculos significativos à rotina dos familiares (GUNAWAN YES, et al., 2025).

Nesse contexto, a autoeficácia – a crença dos pais em sua capacidade de superar adversidades – favorece o enfrentamento dos desafios e o sucesso do tratamento. A melhora clínica percebida na criança retroalimenta essa confiança, evidenciando a interdependência entre fatores subjetivos e desfechos clínicos (AWALUDDIN SM, et al., 2020). Assim, estratégias centradas na família transmutam o papel dos cuidadores de acompanhantes para participantes ativos, promovendo o diálogo contínuo e o compartilhamento de informações, resultando em maior engajamento e confiança no sistema de saúde (EMERSON C, et al., 2020; HRIBERŠEK M, et al., 2024).

Estruturação da rede de cuidado

A estruturação da rede de cuidado ultrapassa a esfera administrativa e fundamenta-se nas interações entre profissionais, usuários e famílias, conectando níveis de atenção e respeitando a singularidade de cada percurso terapêutico. Como ambiente dinâmico, essa rede entrelaça conexões, afetos e saberes para sustentar o cuidado em cenários complexos (LEUNG JA de M, et al., 2024). Contudo, a persistência de fluxos assistenciais fragmentados pode resultar em itinerários terapêuticos longos e desgastantes para o público infanto-juvenil (PINTO JTJM e FREITAS CHS de M, 2018).

O estudo A4 (AMANULLAH F e MALZIK AA, 2015) complementa essa visão ao expor os desafios na prevenção da TB infantil e a urgência de parcerias intersetoriais para suprir lacunas políticas. Apesar das diretrizes existentes, entraves como o diagnóstico diferencial tardio e a baixa aceitabilidade familiar – especialmente em menores de cinco anos – revelam falhas na operacionalização das políticas em contextos de vulnerabilidade (DENOEUD-NDAM L, et al., 2024).

Nesse prisma, o mesmo estudo (AMANULLAH F e MALZIK AA, 2015) afirma que políticas voltadas à TB devem priorizar ações sensíveis ao território e orientadas à equidade. Evidências reiteram que determinantes sociais são centrais na persistência da doença, exigindo que a rede incorpore tais dimensões para ser resolutiva (CARVALHO AC e KRITSKI AL, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

O estudo A14 (CHIANG SS, et al., 2015) destaca que a escassez de recursos agrava o fardo dos cuidadores, enquanto o rastreamento ativo de contatos emerge como estratégia vital para mitigar oportunidades perdidas de diagnóstico e reduzir a morbimortalidade (NDAKIDEMI E, et al., 2019), especialmente em áreas de alta incidência e baixa oferta de serviços especializados (RUSSO G, et al., 2024).

A complexidade diagnóstica da TB pediátrica, marcada por sintomas inespecíficos, favorece a progressão para formas graves. Obstáculos como a baixa cobertura vacinal com a BCG e falhas no monitoramento de grupos vulneráveis exacerbam a subnotificação (JENKINS HE, et al., 2017). No estudo A3 (CHIANG SS, et al., 2017), identificaram-se barreiras farmacológicas, como a imprecisão na dosagem pediátrica baseada no peso e a necessidade de fracionamento de comprimidos, o que gera resultados inconsistentes. Além disso, a insegurança profissional quanto ao tratamento preventivo, motivada pelo receio de induzir resistência ou TB-DR, demonstra que o suporte às famílias e a capacitação técnica são indissociáveis para reduzir falhas terapêuticas (MACHADO DC, et al., 2015; MOREIRA AOE, et al., 2025; RUSSO G, et al., 2024).

Capacitação profissional

A capacitação profissional é ferramenta basilar para o controle da TB, compreendendo o desenvolvimento contínuo de competências frente às especificidades da pediatria. Esse processo qualifica o manejo clínico, a vigilância e as estratégias educativas (MACEDO SM, et al., 2016).

No estudo A13 (NDAKIDEMI E, et al., 2019), evidenciou-se que limitações diagnósticas estão atreladas a fragilidades na formação acadêmica e técnica. A percepção equivocada da TB pediátrica como uma condição “rara” (MUTTAMBA W, et al., 2021) favorece o subdiagnóstico e o diagnóstico tardio, comprometendo a resolutividade do serviço.

O conhecimento deficiente das normas e diretrizes para controle da TB prejudica a qualidade da assistência (MACEDO SM, et al., 2016), fato que converge com a percepção de profissionais da ESF sobre a necessidade de educação permanente para superar a fragmentação do cuidado (LINHARES RS e PAZ EPA, 2019). Tal cenário reforça a urgência de uma abordagem que reconheça a criança e o adolescente em suas dimensões biopsicossociais (LAYCOCK KM, et al., 2021; SNOW KJ, et al., 2020).

Profissionais capacitados demonstram maior assertividade na prescrição e no acolhimento; na perspectiva dos cuidadores, conforme traz o estudo A13 (NDAKIDEMI, et al., 2019), a capacidade técnica aliada à comunicação humanizada é o que sustenta a confiança no serviço. Uma atuação que incorpora escuta qualificada favorece o vínculo terapêutico e a autonomia familiar, conforme discutido no estudo A9 (MUTTAMBA W, et al., 2021). A superação do subdiagnóstico exige, portanto, que a capacitação técnica enfrente tanto a carência de protocolos específicos para a infância (LAYCOCK KM, et al., 2021) quanto a percepção equivocada da TB pediátrica como uma condição clínica rara (MUTTAMBA W, et al., 2021).

Embora a complexidade do cuidado seja reconhecida, persistem lacunas de treinamento e carência de protocolos específicos para a infância, apontamento do estudo A11 (LAYCOCK KM, et al., 2021). Como resposta operacional à sobrecarga dos sistemas, o uso de ferramentas digitais e aplicativos de mensagens apresentou-se como estratégia viável para a continuidade do acompanhamento (SILVA RF e ENGSTROM EM, 2020). O protagonismo familiar no cuidado é potencializado quando os profissionais oferecem orientações claras, promovendo segurança e adesão ao tratamento (GUNAWAN YES, et al., 2025).

Como limitações deste estudo, aponta-se a inclusão de artigos que analisaram simultaneamente populações adultas e infanto-juvenis, o que pode ter dificultado o isolamento de estratégias exclusivas para a pediatria. Todavia, esta pesquisa contribui para a enfermagem e para a saúde pública ao sintetizar evidências atualizadas que fundamentam o manejo integral da TB nessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado a crianças e adolescentes com TB fundamenta-se em uma abordagem integrada e dinâmica, na qual a atenção integral, o suporte psicossocial, o cuidado centrado na família, a estruturação da rede e a capacitação profissional interagem para superar o modelo puramente clínico. Os achados demonstram que estratégias pautadas no acolhimento, no envolvimento ativo dos cuidadores e na articulação intersetorial são determinantes para a redução de atrasos diagnósticos, o fortalecimento dos vínculos com os serviços e o enfrentamento do estigma social. Paralelamente, a educação permanente qualifica as práticas assistenciais, tornando-as mais seguras e sensíveis às dimensões emocionais e sociais desse público. Embora a organização dos serviços e a formação profissional ainda apresentem lacunas que dificultam a integralidade, as evidências sintetizadas subsidiam ações voltadas à equidade, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Como limitações, reitera-se a escassez de estudos com foco exclusivo na pediatria, visto que a inclusão de populações mistas em pesquisas acadêmicas pode diluir especificidades do manejo infantil. Tal cenário indica a necessidade de investigações futuras voltadas ao desenvolvimento de protocolos específicos e ao monitoramento longitudinal do impacto de tecnologias assistenciais e inovações farmacológicas na adesão terapêutica de crianças e adolescentes com TB.

REFERÊNCIAS

1. AMANULLAH F, MALZIK AA. Unmasking childhood tuberculosis in Pakistan: efforts to improve detection and management. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2015; 19(12 Suppl 1): S47-9.
2. AWALUDDIN SM, et al. Parents' experiences and perspectives toward tuberculosis treatment success among children in Malaysia: A qualitative study. Frontiers in Public Health, 2020; 8: 577407.

3. CARASEK VP, et al. Autocorrelação espacial dos casos de tuberculose infantil no estado mais populoso do Brasil (2012-2023). Revista Hygeia, 2025; 21: e2119.
4. CARVALHO AC, KRITSKI AL. What is the global burden of tuberculosis among children? Lancet Global Health, 2022; 10(2): e159-e160.
5. CHIANG SS, et al. Barriers to the diagnosis of childhood tuberculosis: a qualitative study. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2015; 19(10): 1144-52.
6. CHIANG SS, et al. Barriers to the treatment of childhood tuberculous infection and tuberculosis disease: a qualitative study. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2017; 21(2): 154-60.
7. CHIANG SS, et al. Adolescent, caregiver and provider perspectives on tuberculosis treatment adherence: a qualitative study from Lima, Peru. BMJ Open, 2023; 13(4): e069938.
8. COELHO MMF, et al. Sintomas de ansiedade e fatores associados entre profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. Cogitare Enfermagem, 2022; 27: e79739.
9. DAS M, et al. Challenging drug-resistant TB treatment journey for children, adolescents and their care-givers: A qualitative study. PLoS One, 2021; 16(3): e0248408.
10. DENOEUD-NDAM L, et al. Effect of integrating paediatric tuberculosis services into child health care services on case detection in Africa: the INPUT stepped-wedge cluster-randomised trial. BMJ Global Health, 2024; 9(12): e016429.
11. DONATO H, DONATO M. Etapas para a realização de uma revisão sistemática. Acta Médica Portuguesa, 2019; 32(3): 227-35.
12. EMERSON C, et al. Caregiver perspectives on TB case-finding and HIV clinical services for children diagnosed with TB in Tanzania. AIDS Care, 2020; 32(4): 495-9.
13. GOSLETT C, et al. Time to be seen and heard: Including children's and adolescents' voices in the South African TB response. South African Medical Journal, 2024; 114(7): e2040.
14. GUNAWAN YES, et al. Factors associated with patient values among individuals with tuberculosis: a mixed-methods study using a patient-and family-centered care approach. Healthcare in Low-resource Settings, 2025; 13(s2): ePathways.
15. HRIBERŠEK M, et al. Research areas and trends in family-centered care in the 21st century: a bibliometric review. Frontiers in Medicine, 2024; 11: 1401577.
16. JENKINS HE, et al. Mortality in children diagnosed with tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infectious Diseases, 2017; 17(3): 285-95.
17. LAYCOCK KM, et al. Towards quality adolescent-friendly services in TB care. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2021; 25(7): 579-83.
18. LEUNG JAM, et al. As redes vivas na produção do cuidado com o usuário na centralidade do tratamento para tuberculose multidroga resistente. Interface (Botucatu), 2024; 28: e230182.
19. LINHARES SRS, PAZ EPA. Tratamento da tuberculose na Estratégia Saúde da Família: olhar do profissional. Enfermagem em Foco, 2019; 10(5): 179-84.
20. LOBOGUERRERO MA. Impacto social e importância da tuberculose na infância e adolescência. Residência Pediátrica, 2025; 15(1): e-on.
21. LOCKWOOD C, et al. Systematic reviews of qualitative evidence. JBI Manual for Evidence Synthesis, 2024.
22. LV H, et al. Global prevalence and burden of multidrug-resistant tuberculosis from 1990 to 2019. BMC Infectious Diseases, 2024; 24(1): 243.
23. MACEDO SM, et al. Estratégias para capacitação ao cuidado em tuberculose. Cogitare Enfermagem, 2016; 21(3): 1-8.
24. MACHADO DC, et al. A criança com tuberculose: situações e interações no contexto da saúde da família. Cadernos de Saúde Pública, 2015; 31(9): 1964-74.
25. MOREIRA AOE, et al. Three-dimensional-printed isoniazid chewable gels for on-demand latent tuberculosis treatment in children. Pharmaceutics, 2025; 17(5): 658.
26. MUTTAMBA W, et al. Perceptions of adolescents and health workers towards adolescents' TB diagnosis in central Uganda: a cross-sectional qualitative study. Risk Management and Healthcare Policy, 2021; 14: 4823-32.

27. NDAKIDEMI E, et al. Health care worker perspectives on TB case finding and HIV services among pediatric TB patients in Tanzania. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2019; 23(7): 811-6.
28. OLIVEIRA LMP de, et al. A tuberculose e as perspectivas de promoção da saúde nas escolas. Educação: Teoria e Prática, 2023; 33(66): e39.
29. PAGE MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 2021; 372: n71.
30. PINTO JTJM, FREITAS CHS de M. Caminhos percorridos por crianças e adolescentes nos serviços de saúde. Texto & Contexto Enfermagem, 2018; 27(1): e3880016.
31. RAPOPORT VEO, et al. Impact of prolonged isolation on adolescents with drug-susceptible tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study. BMJ Open, 2022; 12: e063287.
32. RUSSO G, et al. Missed opportunities in the prevention and diagnosis of pediatric tuberculosis: a scoping review. PLoS Global Public Health, 2024; 4(3): e0002501.
33. SILVA RF, ENGSTROM EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. Interface (Botucatu), 2020; 24: e190548.
34. SNOW KJ, et al. Adolescent tuberculosis. Lancet Child & Adolescent Health, 2020; 4(1): 68-79.
35. TAN EL, et al. The global burden of MDR-TB and XDR-TB: trends, inequalities and future implications for public health planning. BMC Infectious Diseases, 2025; 25(1): 1225.
36. WADEMAN DT, et al. Psychosocial experiences of adolescents with tuberculosis in Cape Town. PLOS Global Public Health, 2024; 4(9): e0003539.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO, 2024.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Roadmap towards ending TB in children and adolescents. 3ed. Geneva: WHO, 2023.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents. Geneva: WHO, 2022.
40. ZVONAREVA O, et al. Adolescents in a tuberculosis hospital: Qualitative study of how relationships with doctors, caregivers, and peers mediate their mental wellbeing. PLoS One, 2021; 16(10): e0257379.