



ADESÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR

ADHESION AND QUALITY OF LIFE IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS ADHESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR

Simone Andrade Gonçalves de Oliveira¹, César de Andrade de Lima², Evelyn Maria Braga Quirino³, Rayanne Modesto de Luna Andrade⁴, Alcione de Andrade Lima⁵, Mônica Alice Santos da Silva⁶, Maria Sandra Andrade⁷, Clarissa Mourão Pinho⁸

RESUMO

Objetivo: avaliar a adesão aos tuberculostáticos e a qualidade de vida de pacientes com tuberculose pulmonar. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, do tipo série de casos, com 18 pacientes, utilizando-se um questionário, a escala de qualidade de vida SF - 36 e o teste de Morisky e Green. Armazenaram-se os dados em planilhas do Excel 2013 e os analisaram com recurso de estatística descritiva e inferencial, utilizando o SPSS 24.0. Apresentaram-se os resultados em tabelas. **Resultados:** pontua-se que 12 pacientes (66,7%) tinham alta adesão e seis (33,3%) tinham média adesão aos tuberculostáticos. Avalia-se que, acerca da qualidade de vida, os domínios aspectos sociais ($68,75 \pm 25,28$) e saúde mental ($80,00 \pm 16,09$) alcançaram as médias mais elevadas. **Conclusão:** conclui-se que a tuberculose compromete a qualidade de vida das pessoas infectadas, pois, além da implicação física, há o comprometimento emocional e psíquico. Torna-se relevante capacitar os profissionais de saúde para o diagnóstico precoce da tuberculose, visando à melhoria da qualidade do atendimento, com ganhos para a qualidade de vida dos usuários e a maior adesão ao tratamento. **Descritores:** Tuberculose Pulmonar; Adesão à Medicação; Qualidade de Vida; Grupo de Risco; Serviços de Saúde; Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the adherence to tuberculostatics and the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis. **Method:** this is a quantitative case series study with 18 patients using a questionnaire, the SF-36 quality of life scale and the Morisky and Green test. Data were stored in Excel 2013 worksheets and analyzed using descriptive and inferential statistics using SPSS 24.0. **Results:** were presented in tables. Results: 12 patients (66.7%) had high adherence and six (33.3%) had medium adherence to tuberculostatics. The social aspects (68.75 ± 25.28) and mental health (80.00 ± 16.09) reached the highest means of quality of life. **Conclusion:** it is concluded that tuberculosis compromises the quality of life of infected people, since, in addition to the physical implication, there is emotional and psychic impairment. It is relevant to train health professionals for the early diagnosis of tuberculosis, aiming at improving the quality of care, with gains for users' quality of life and greater adherence to treatment. **Descriptors:** Pulmonary tuberculosis; Adhesion to Medication; Quality of life; Risk Group; Health services; Socioeconomic Factors.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la adhesión a los tuberculostáticos y la calidad de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, del tipo serie de casos, con 18 pacientes, utilizando un cuestionario, la escala de calidad de vida SF - 36 y la prueba de Morisky y Green. Se almacenaron los datos en hojas de cálculo de Excel 2013 y los analizaron con recurso de estadística descriptiva e inferencial, utilizando el SPSS 24.0. Se presentaron los resultados en tablas. **Resultados:** se puntualiza que 12 pacientes (66,7%) tenían alta adhesión y seis (33,3%) tenían media adhesión a los tuberculostáticos. Se evaluó que, sobre la calidad de vida, los dominios aspectos sociales ($68,75 \pm 25,28$) y salud mental ($80,00 \pm 16,09$) alcanzaron las medias más elevadas. **Conclusión:** se concluye que la tuberculosis compromete la calidad de vida de las personas infectadas, pues, además de la implicación física, hay el compromiso emocional y psíquico. Se torna relevante capacitar a los profesionales de salud para el diagnóstico precoz de la tuberculosis, buscando la mejora de la calidad de la atención, con ganancias para la calidad de vida de los usuarios y la mayor adhesión al tratamiento. **Descriptores:** Tuberculosis pulmonar; Adherencia a la medicación; Calidad de vida; Grupos de riesgo; Servicios de salud; Factores socioeconômicos.

¹Especialista, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/SES/PE. Recife (PE), Brasil. E-mail: simone.ago88@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6644-2667>; ^{2,3,6}Mestrandos, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: calgclima88@gmail.com ORCID: iD: <http://orcid.org/0000-0002-4789-7121>; E-mail: evelynquirino@hotmail.com ORCID: iD: <https://orcid.org/0000-0002-5890-8252>; E-mail: monicalice20@hotmail.com ORCID: iD: <http://orcid.org/0000-0002-8058-6034>; ⁴Graduanda em Enfermagem, Faculdade São Miguel/UNISAOMIGUEL. Recife (PE), Brasil. E-mail: rayluna18@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-0352-155x>; ⁵Especialista, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/SES/PE. Recife (PE), Brasil. E-mail: lovelima.bastos@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-9327-063X>; ⁷Doutora, Universidade de Pernambuco /UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: sandra.andrade@upe.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-6896-1305>; ⁸Mestre (doutorando), Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: clarissa.mourao@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0911-6037>.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que diversos elementos estão relacionados à infecção pela tuberculose (TB) tais como fatores imunológicos e sociodemográficos, moradia, estilo de vida inadequado e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Aponta-se que essas condições têm favorecido o adoecimento e a propagação da doença. Faz-se importante, além disso, ressaltar que a TB é uma doença negligenciada, contribuindo para a dificuldade no diagnóstico precoce e no tratamento adequado dos indivíduos infectados.¹

Entende-se que, entre os fatores que colaboram para a persistência da TB, existem as situações de vulnerabilidade que podem aumentar a probabilidade de adoecimento. Destaca-se, neste sentido, a população em situação de rua devido às condições de pobreza, desemprego, desconhecimento da doença, ausência de residência fixa, baixa imunidade, imigração, uso de substâncias psicoativas e a coinfeção pelo HIV.² Defende-se que esses fatores contribuem para que essa população tenha 48 a 67 vezes mais chances de adoecer por TB quando comparada à população em geral.³ Acrescenta-se que, além das pessoas em situação de rua, as pessoas privadas de liberdade (PPL), crianças que convivem com pessoas infectadas pela TB, idosos hospitalizados e profissionais de saúde são exemplos de grupos de risco que estão propensos ao adoecimento pela TB.^{4,5}

Observam-se, diante desse contexto, as dificuldades no diagnóstico e tratamento em tempo hábil, sendo que um dos fatores que auxiliam ou favorecem o retardo no diagnóstico é a prática cultural da automedicação. Avalia-se que, quanto ao tratamento, a adesão medicamentosa é um dos principais obstáculos enfrentados pelos pacientes devido às reações adversas, ao tempo de terapia prolongado e à percepção precoce de cura, que acaba fragilizando a adesão e contribuindo para o abandono do tratamento; portanto, a adesão aos tuberculostáticos tem sido um desafio para os pacientes, bem como para os serviços de saúde, sendo necessária a formulação de estratégias que minimizem as dificuldades encontradas.⁶

Pontua-se, desse modo, que uma das principais metas no controle da tuberculose é reduzir as taxas de abandono do tratamento, pois a interrupção leva a uma maior disseminação do bacilo, em razão dos doentes permanecerem como fontes de contágio, contribuindo para a resistência medicamentosa e

para o aumento do tempo e do custo do tratamento, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes.⁷

Torna-se importante, assim, levar em consideração as repercussões sociais e clínicas que a doença provoca, principalmente, em relação à diminuição da qualidade de vida. Faz-se necessário entender que a qualidade de vida em pessoas com TB é uma reunião complexa de elementos, como a doença, a pobreza e o estigma, que se reflete, de forma negativa, na vida familiar, no trabalho e nas atividades sociais. Considera-se, logo, fundamental a criação do vínculo profissional-paciente-família no atendimento e acompanhamento, sendo necessária a implementação de ações de saúde que busquem o aumento da adesão aos medicamentos.⁸

Sugere-se, com base na literatura exposta, que a adesão aos tuberculostáticos leva o indivíduo portador de TB a uma melhor qualidade de vida, proporcionando a cura da sua doença. Sabe-se que a infecção pela TB pode gerar no indivíduo alterações psicológicas, fisiológicas e sociais, além disso, a falta de conhecimento sobre a sua patologia é um fator que pode influenciar esta adesão.

Constata-se que, levando em consideração as situações de vulnerabilidade e os fatores que contribuem para a aquisição, a disseminação da doença e a adesão ao tratamento, se torna relevante a condução de estudos que se aprofundem na análise de como as pessoas diagnosticadas com TB pulmonar aderem ao tratamento e da repercussão da doença na qualidade de vida dos indivíduos infectados.

OBJETIVO

- Avaliar a adesão aos tuberculostáticos e a qualidade de vida em pacientes com tuberculose pulmonar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo série de casos, realizado em uma policlínica classificada como centro de referência regional, com um serviço de atendimento ambulatorial para portadores de tuberculose, na cidade de Recife, em Pernambuco. Coletaram-se os dados entre setembro e dezembro de 2017.

Registra-se que a população cadastrada na unidade era de 38 pacientes; destes, 11 (28,9%) não realizaram contato direto com o serviço, sendo atendidos por meio do consultório de rua ou utilizavam o serviço para resgatar medicações por meio de seus

familiares, e nove abandonaram o tratamento durante o período de coleta de dados, somando 20 exclusões, sendo incluídos, neste estudo, apenas 18 pacientes. Justifica-se, por estes aspectos, a dificuldade encontrada na captação de participantes para o estudo. Incluíram-se pacientes de ambos os sexos, com o diagnóstico de tuberculose pulmonar, em tratamento há, pelo menos, dois meses completos, maiores de 18 anos e que não apresentavam alterações cognitivas ou doenças neurológicas que impossibilitassem a participação na entrevista.

Realizaram-se o levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos e a aplicação de escalas validadas: o Teste de Morisky e Green e a Escala de qualidade de vida SF - 36. Sabe-se que o teste de Morisky e Green é um instrumento utilizado para medir a adesão ao uso de medicamentos, composto por quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de remédios e que tem se mostrado útil para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. Considera-se aderente ao tratamento o paciente que obtém a pontuação máxima de quatro pontos e não aderente, o que obtém três pontos ou menos.⁹

Reconhece-se que a escala de qualidade de vida SF - 36 é constituída por 36 itens e avalia oito dimensões de saúde: Função Física; Desempenho Físico; Dor Corporal; Saúde em Geral; Saúde Mental; Desempenho Emocional; Função Social e Vitalidade, fornecendo, assim, oito indicadores diferentes que oscilam entre zero e 100, indicando este último valor a melhor qualidade de vida/estado de saúde.¹⁰

Armazenaram-se os dados primários por meio de planilhas do *software Microsoft Excel* 2013. Analisaram-se os dados com um recurso de estatística descritiva e inferencial, utilizando o *software SPSS* 24.0. Estudaram-se as informações descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas média, desvio-padrão, mediana e os percentis 25 e 75, para as variáveis numéricas. Utilizaram-se testes para se avaliar as diferenças significativas entre as categorias em relação aos escores dos domínios do SF-36: na comparação de duas categorias, foram usadas instâncias do teste t de *Student* com variâncias iguais e desiguais, bem como o teste de Mann-Whitney e, na comparação de mais de duas categorias, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

Ressalta-se que a escolha dos testes t de *Student*, com variâncias iguais ou com variâncias desiguais, ocorreu quando se verificou a hipótese de normalidade em cada

categoria, e se recorreu aos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis quando a normalidade foi rejeitada em, pelo menos, uma das categorias. Verificou-se a normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk e a igualdade de variâncias por meio do teste de Levene. Pontua-se que a margem de erro obtida na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

Respeitaram-se os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Otávio de Freitas sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 73142217.0.0000.5200 e parecer nº 090012/2017.

RESULTADOS

Representam-se os participantes do estudo, na tabela 1, quanto às suas características sociodemográficas e clínicas. Percebe-se que a maioria dos entrevistados era do sexo masculino, com idades entre 19 e 95 anos \pm 45,56 anos, obtendo-se o desvio-padrão de 18,31 anos e a mediana de 42,50 anos; possuía \geq nove anos de estudo (oito; 44,4%); era assalariada/autônoma (oito; 44,4%); declarava receber até um salário mínimo (oito; 44,4%) e não possuía domicílio próprio (oito; 44,4%). Aponta-se, com relação ao uso de álcool e tabaco, que quatro (22,2%) declararam fazer uso das substâncias e que, em relação às drogas ilícitas, 5,6% (um), 11,2% (dois) e 22,2% (quatro) faziam uso de cola, *crack* e maconha, respectivamente.

Observa-se, com relação aos aspectos clínicos mostrados na tabela 2, que os pacientes entrevistados, em sua maioria, se encontravam no terceiro ou quarto mês de tratamento (nove; 50% e quatro; 22,2%, respectivamente). Relataram-se, como principais sintomas prévios, a tosse há \geq três semanas (17; 94,4%), a tosse produtiva (17; 94,4%), o emagrecimento (15; 83,3%) e a sudorese noturna (13; 72,2%). Verificaram-se, quanto aos sintomas atuais, o ganho de peso (oito; 44,4%) e a persistência da tosse (nove; 50%). Salienta-se, sobre a testagem para HIV, que foram ofertados testes a dez (55,6%) pacientes, sendo três (16,7%) reagentes. Evidenciaram-se, quanto às doenças/manifestações clínicas associadas à tuberculose, apenas cinco enfermidades, sendo prevalentes os casos de hipertensão (quatro; 22,2%) e HIV (quatro; 22,2%).

Solicitaram-se, com relação aos exames, 15 amostras de baciloscopia (BK) um e dois, respectivamente, apresentando positividade em sete (38,9%) casos, na primeira amostra, e

dois (11,1%), na segunda; sete (38,9%) não possuíam resultados para a primeira BK e 15 (83,3%), para a segunda BK. Salienta-se que apenas duas (11,1%) amostras de cultura foram solicitadas, não constando os seus respectivos resultados durante o período de estudo. Enfatiza-se, acerca da radiografia de

tórax, que esta foi solicitada a 17 (94,4%) pacientes, sendo suspeita para tuberculose pulmonar em 14 (77,8%) casos, normal, em dois (11,1%) e não constava o seu resultado em prontuário em outros dois (11,1%), como observado na tabela 2.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das pessoas em tratamento da tuberculose pulmonar de um ambulatório de referência, Recife (PE), Brasil, 2017.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	13	72,2
Feminino	5	27,8
Faixa etária		
18-39 anos	7	38,9
40-49 anos	5	27,8
50 ou mais anos	6	33,3
Quantidade de filhos		
Sem filhos	5	27,8
Um ou mais filhos	7	38,9
Três ou mais filhos	6	33,3
Atividade laboral		
Desempregado	6	33,3
Aposentado	4	22,2
Assalariado/autônomo	8	44,4
Procedência		
Recife	18	100
Escolaridade		
Até oito anos de estudo	6	33,3
≥ nove anos de estudo	8	44,2
Analfabeto	4	22,2
Estado civil		
Solteiro	12	66,7
Casado	3	16,7
Divorciado	3	16,7
Religião		
Sem religião	5	27,8
Católico	8	44,4
Evangélico	3	16,7
Espírita	2	11,1
Situação domiciliar		
Próprio	4	22,2
Sem domicílio próprio	8	44,4
Morador de rua	6	33,3
Uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas		
Álcool	4	22,2
Tabaco	4	22,2
Cola	1	5,6
Crack	2	11,2
Maconha	4	22,2

Tabela 2. Caracterização clínica das pessoas em tratamento da tuberculose pulmonar de um ambulatório de referência, Recife (PE), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Tempo de terapia tuberculostática em meses		
Três meses	9	50
Quatro meses	4	22,2
Cinco meses	2	11,1
Seis meses	3	16,7
Sintomas prévios		
Tosse há \geq três semanas	17	94,4
Tosse produtiva	17	94,4
Emagrecimento	15	83,3
Sudorese noturna	13	72,2
Febre vespertina	12	66,7
Tosse com presença de hemoptóicos	4	22,2
Tosse seca	1	5,6
Sintomas atuais		
Ganho de peso	8	44,4
Emagrecimento após o início do tratamento	6	33,3
Dores articulares	1	5,6
Tosse	9	50
Teste de HIV		
Sim	10	55,6
Não	8	44,4
Resultado do teste		
Reagentes	3	16,7
Não reagentes	7	38,9
Doenças associadas		
Hipertensão	4	22,2
HIV	4	22,2
Diabetes Mellitus	3	16,7
DPOC	3	16,7
Asma	1	5,6

Fragmentou-se a avaliação da adesão aos tuberculostáticos da seguinte maneira: 12 (66,7%) possuíam alta adesão e seis (33,3%), média adesão. Apresentou-se, no que diz respeito à associação do grau de adesão aos tuberculostáticos às variáveis sociodemográficas e clínicas, uma associação significativa apenas entre o grau de adesão e o estado civil (p valor 0,054). Constata-se que os que apresentavam média adesão eram do sexo feminino (três; 60,0%), estavam na faixa etária de 18 a 39 anos (três; 42,9%), eram desempregados (três; 50,0%), tinham um a oito anos de estudo (três; 50,0%), eram solteiros (seis; 50,0%), sem domicílio próprio (cinco; 62,5%), sem renda (três; 50,0%) e faziam uso de bebida alcoólica (três; 75,0%) e tabaco (três; 50,0%).

Observou-se, em relação aos classificados com alta adesão, a predominância de pacientes do sexo masculino (dez; 76,9%), na faixa etária de \geq 50 anos (cinco; 83,3%), com três ou mais filhos (cinco; 83,3%), aposentados (quatro; 100%), com \geq nove anos de estudo (seis; 75%), casados/divorciados (seis; 100%),

com domicílio próprio (quatro; 100%), recebendo mais de um salário mínimo (quatro; 100%), que não faziam uso de bebida alcoólica (11; 78,6%), não consumiam tabaco (nove; 75%), que faziam uso de drogas ilícitas (três; 75%) e que apresentaram, como sintomas atuais, o ganho de peso (cinco; 62,5%), o emagrecimento (três; 50%) e a tosse (seis; 66,7%). Ressalta-se que não foram registradas associações significativas ($p > 0,05$) entre o grau de adesão e as variáveis analisadas, conforme mostra a tabela 3.

Percebeu-se, no que diz respeito à qualidade de vida dos pacientes em tratamento para a tuberculose pulmonar, que as médias variaram de 5,56 a 80,22, sendo mais elevadas nos domínios aspectos sociais e saúde mental, que apresentaram resultados com média de $71,53 \pm 26,36$ e $80,22 \pm 14,22$, respectivamente. Faz-se importante salientar, entretanto, que os domínios limitação por aspectos físicos e aspectos emocionais apresentaram médias bastante baixas, de $5,56 \pm 23,57$ e $16,67 \pm 34,77$, nessa ordem, como explicitado na tabela 4.

Tabela 3. Associação do grau de adesão aos tuberculostáticos às variáveis sociodemográficas e clínicas das pessoas em tratamento da tuberculose pulmonar de um ambulatório de referência, Recife (PE), Brasil, 2017.

Variável	Média		Alta		Total		Valor de P
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							P ⁽¹⁾ = 0,268
Masculino	3	23,1	10	76,9	13	100	
Feminino	3	60	2	40	5	100	
Faixa etária (anos)							P ⁽¹⁾ =0,689
18-39	3	42,9	4	57,1	7	100	
40-49	2	40	3	60	5	100	
50 ou mais	1	16,7	5	83,3	6	100	
Número de filhos							P ⁽¹⁾ =0,689
Sem filhos	2	40	3	60	5	100	
Um ou dois	3	42,9	4	57,1	7	100	
Três ou mais	1	16,7	5	83,3	6	100	
Atividade laboral							P ⁽¹⁾ =0,363
Desempregado	3	50	3	50	6	100	
Aposentado	0	0	4	100	4	100	
Assalariado ou autônomo	3	37,5	5	62,5	8	100	
Grau de instrução							P ⁽¹⁾ =0,683
Analfabeto	1	25	3	75	4	100	
De um a oito anos	3	50	3	50	6	100	
Nove ou mais anos	2	25	6	75	8	100	
Estado civil							P ⁽¹⁾ =0,054
Solteiro(a)	6	50	6	50	12	100	
Casado ou Divorciado	0	0	6	100	6	100	
Situação domiciliar							P ⁽²⁾ =0,062
Próprio	0	0	4	100	4	100	
Sem domicílio próprio	5	62,5	3	37,5	8	100	
Morador de rua	1	16,7	5	83,3	6	100	
Renda familiar (SM)							P ⁽¹⁾ =0,363
Até um salário	3	37,5	5	62,5	8	100	
Mais de um salário	0	0	4	100	4	100	
Sem renda	3	50	3	50	6	100	
Uso de bebidas alcoólicas							P ⁽¹⁾ =0,083
Sim	3	75	1	25	4	100	
Não	3	21,4	11	78,6	14	100	
Uso de tabaco							P ⁽¹⁾ =0,344
Sim	3	50	3	50	6	100	
Não	3	25	9	75	12	100	
Uso de drogas							P ⁽¹⁾ =1,000
Sim	1	25	3	75	4	100	
Não	5	35,7	9	64,3	14	100	
Sintomas atuais							P ⁽¹⁾ =1,000
Ganho de peso							P ⁽¹⁾ =1,000
Sim	3	37,5	5	62,5	8	100	
Não	3	30	7	70	10	100	
Emagrecimento							P ⁽¹⁾ =0,344
Sim	3	50	3	50	6	100	
Não	3	25	9	75	12	100	
Tosse							P ⁽¹⁾ =1,000
Sim	3	33,3	6	66,7	9	100	
Não	3	33,3	6	66,7	9	100	

(1) Por meio do teste exato de Fisher

Tabela 4. Caracterização da qualidade de vida das pessoas em tratamento da tuberculose pulmonar de um ambulatório de referência, Recife (PE), Brasil, 2017.

Domínio	Média	Desvio Padrão	Mínimo	P25	Mediana	P75	Máximo
Capacidade funcional	49,17	33,09	5	10	52,5	76,25	100
Limitação por aspectos físicos	5,56	23,57	0	0	0	0	100
Dor	51	21,81	10	41	52	64,5	100
Estado geral de saúde	57,39	25,11	5	37	62	78,25	95
Vitalidade	44,72	19,51	15	25	45	61,25	75
Aspectos sociais	71,53	26,36	25	50	68,75	100	100
Aspectos emocionais	16,67	34,77	0	0	0	8,33	100
Saúde mental	80,22	14,22	44	71	80	92	104

(1) Por meio do teste exato de Fisher

Observa-se, sobre a qualidade de vida e a adesão das pessoas em tratamento de tuberculose pulmonar, na tabela 5, que as médias variavam de 8,33 a 80,00. Percebe-se, em relação à média adesão ao tratamento, que os domínios aspectos sociais e saúde mental se mantiveram com as médias elevadas (80,67 e 77,08, nesta ordem) e a limitação por aspectos físicos e aspectos

emocionais apresentaram as médias mais baixas (zero e 16,67, respectivamente). Aponta-se que, para os pacientes com alta adesão aos tuberculostáticos, os domínios aspectos sociais (68,75) e saúde mental (80) foram os mais elevados, e os domínios de limitação por aspectos físicos (8,33) e aspectos emocionais (16,67) tiveram níveis mais baixos.

Tabela 5. Associação da qualidade de vida à adesão das pessoas em tratamento de tuberculose pulmonar de um ambulatório de referência, Recife (PE), Brasil, 2017.

Domínio	Média Média ± DP	Alta Média ± DP	Valor de p
Capacidade funcional	51,67 ± 19,41	47,92 ± 38,93	p ⁽¹⁾ =0,945
Limitação por aspectos físicos	0,00 ± 0,00	8,33 ± 28,87	p ⁽¹⁾ =1,000
Dor	48,50 ± 17,28	52,25 ± 24,38	p ⁽¹⁾ =0,801
Estado geral de saúde	68,67 ± 16,02	51,75 ± 27,45	p ⁽¹⁾ =0,185
Vitalidade	47,50 ± 17,54	43,33 ± 21,03	p ⁽¹⁾ =0,699
Aspectos sociais	77,08 ± 30,02	68,75 ± 25,28	p ⁽¹⁾ =0,402
Aspectos emocionais	16,67 ± 40,82	16,67 ± 33,33	p ⁽¹⁾ =1,000
Saúde mental	80,67 ± 10,86	80,00 ± 16,09	p ⁽¹⁾ =0,943

Por meio do teste Mann-Whitney

DISCUSSÃO

Torna-se a predominância de adultos jovens, solteiros e do sexo masculino o fator que contribui para uma maior vulnerabilidade e aumento na taxa de abandono do tratamento, sendo discutido em estudos semelhantes já reproduzidos.¹¹⁻² Acredita-se que a caracterização dos entrevistados foi de extrema relevância, uma vez que pessoas com maior nível de escolaridade apresentam uma maior probabilidade de aderir ao tratamento devido a uma maior compreensão e acesso a informações acerca da doença.¹³ Percebe-se, assim, que a tuberculose é uma

doença negligenciada, que está relacionada às condições de vida e socioeconômicas.

Mensura-se o baixo rendimento monetário como um dos fatores que podem influenciar a qualidade de vida dessas pessoas que, muitas vezes, não possuem condições para custear o transporte até os serviços de saúde. Têm-se, além disso, a carência alimentar, as condições de moradia desfavoráveis, como indivíduos em situação de rua, como fatores que aumentam a probabilidade de aquisição da tuberculose, do diagnóstico tardio e da dificuldade ao acesso aos serviços de saúde.¹⁴

Observam-se, referente ao consumo de álcool e drogas, resultados positivos, visto

que um pequeno percentual dos participantes fazia uso dessas substâncias. Considera-se o uso dessas determinante para uma elevada desistência da terapia tuberculostática, como, também, para a procura tardia pelo tratamento, pois os indivíduos que fazem uso de álcool e drogas são mais propensos a não saber que a tuberculose é curável ou suas formas de transmissão. Pode-se afetar, além disso, pelo uso contínuo do álcool e drogas, a eficácia terapêutica e acarretar interações medicamentosas, proporcionando, assim, maiores reações adversas e probabilidade de abandono ao tratamento.¹⁵⁻⁶

Alerta-se que, em alguns casos, a TB pode cursar sem nenhum sintoma específico. Explica-se que a tosse, quando presente, pode ser com ou sem muco ou sangue, acompanhada ou não de outros sintomas como: dor torácica, fraqueza ou cansaço, perda de peso, febre vespertina e sudorese noturna, podendo ser comuns antes do início do tratamento e, quando permanecem por um tempo, dificultam ainda mais a adesão desses pacientes à terapia.¹⁷ Evidenciou-se, sobre os aspectos clínicos, que metade dos participantes se encontrava no início da fase de manutenção do tratamento contra a tuberculose. Relatou-se, pela maioria, ter apresentado tosse há \geq três semanas, tosse produtiva, emagrecimento e sudorese noturna no início da doença, entretanto, apesar do início do tratamento, o ganho de peso, o emagrecimento, dores articulares e a tosse ainda se mantinham presentes.

Frisa-se como importante levar em consideração que tais manifestações clínicas iniciais podem ser confundidas com outras doenças, fazendo com que haja o tratamento errôneo e, conseqüentemente, o diagnóstico e tratamento para tuberculose de forma tardia. Traz-se, por tais aspectos, a reflexão sobre a importância da capacitação profissional para que ocorram a suspeita, o diagnóstico e tratamento hábil da tuberculose. Torna-se fundamental, no que concerne às manifestações após o início do tratamento, a atuação do profissional de saúde no que se refere ao incentivo à continuidade do tratamento por parte do paciente, além disso, disponibilizando medidas alternativas para a diminuição dessas manifestações que podem influenciar a adesão medicamentosa, podendo acarretar, até mesmo, o abandono.

Apresentaram-se, por um pequeno percentual, resultados positivos para o HIV, ressaltando a importância de ofertar a testagem rápida para o HIV a todos os indivíduos diagnosticados com tuberculose

nos serviços de saúde, visando, assim, ao início precoce do tratamento para a coinfeção TB-HIV, bem como à diminuição da transmissibilidade das doenças e aquisição de outras infecções oportunistas. Demonstrase, na literatura, que pacientes coinfectados possuem uma menor taxa de sobrevivência e apresentam o dobro do risco de progressão clínica do HIV quando não iniciam imediatamente a terapia antirretroviral e o tratamento para a tuberculose em tempo oportuno.¹⁸

Solicitaram-se, acerca dos exames, as duas amostras de baciloscopias preconizadas e também as radiografias de tórax para quase todos os pacientes, entretanto, é possível perceber a grande dificuldade na obtenção dos resultados em tempo adequado, evidenciando a falha do sistema de saúde, prejudicando o tratamento e a assistência prestada ao paciente. Apresentam-se, quanto à adesão, pelo estudo, resultados relevantes, pois a maior parte dos entrevistados tinha alta adesão aos tuberculostáticos e nenhum foi classificado como baixa adesão. Evidencia-se, levando em consideração tais aspectos, que os fatores sociais e clínicos influenciam a adesão medicamentosa aos tuberculostáticos.

Nota-se, nesse contexto, que os fatores associados ao abandono são diversos, cujas dificuldades podem estar relacionadas ao usuário e ao tratamento em si. Mensuram-se, como fatores de risco para a não adesão aos tuberculostáticos, o baixo poder aquisitivo, o desemprego, o analfabetismo e a baixa escolaridade, que levam à falta de informação sobre a doença, ao uso de álcool/tabaco e outras drogas, ser do sexo masculino, solteiro, não ter domicílio próprio ou se encontrar em situação de rua, além do tratamento prolongado, o que corrobora os resultados encontrados.¹⁹

Apresentaram-se, sobre a qualidade de vida, pelos pacientes, médias mais elevadas nos domínios aspectos sociais e saúde mental, entretanto, verifica-se que, nos demais, houve resultados baixos, principalmente nos domínios relacionados aos aspectos físicos e emocionais. Vê-se, na associação desta com a adesão, que, naqueles com alta e média adesão, houve resultados mais elevados também nos aspectos sociais e mentais e mais baixos nos aspectos físicos e emocionais. Confirma-se, por tais resultados, a percepção de que a tuberculose compromete a qualidade de vida das pessoas infectadas, pois, além da implicação física, há o comprometimento emocional e psíquico, visto que, apesar de ser uma doença tratável e curável, ainda existem o estigma, a falta de

informação e o medo por parte da sociedade em adquirir a doença, causando a mudança no cotidiano dessas pessoas.²⁰

Entende-se, diante do exposto, que é de extrema importância a criação do vínculo paciente-profissional, bem como a implementação dos consultórios de rua e equipes multidisciplinares na busca ativa de casos novos, promovendo, a esses indivíduos, o acesso aos serviços de saúde, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento, consequentemente acarretando a diminuição dos casos de abandono e de transmissão da doença. Destaca-se a necessidade de qualificar esses profissionais de saúde para ampliar e construir ações voltadas ao controle da TB por meio das intervenções e criação de novas tecnologias educacionais e assistenciais. Acrescenta-se, além disso, o auxílio a esses pacientes na aceitação do seu diagnóstico, incentivando a continuidade do tratamento e criando mecanismos para o aumento da adesão e a melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

CONCLUSÃO

Avalia-se que a tuberculose é uma doença que afeta todos os níveis populacionais. Observa-se, entretanto, que a infecção ainda é predominante em indivíduos em situações de vulnerabilidade social e clínica e com o poder socioeconômico mais baixo. Evidenciou-se, neste estudo, que os fatores socioeconômicos estão diretamente relacionados à adesão aos tuberculostáticos e que os participantes apresentavam resultados insatisfatórios nos domínios relacionados à qualidade de vida. Percebe-se, diante disso, a importância da criação do vínculo profissional-paciente na continuidade do tratamento, do aumento da adesão medicamentosa e, consequentemente, da melhora da qualidade de vida, principalmente, nos aspectos físicos e sociais.

Verificam-se lacunas de conhecimento acerca do tema proposto, tornando-se de suma importância o desenvolvimento de novos estudos que se aprofundem na análise de como pessoas diagnosticadas com TB aderem ao tratamento e como este pode influenciar a qualidade de vida dessas pessoas. Espera-se, ainda, que este estudo inspire novas pesquisas na temática e, também, estratégias para a capacitação dos profissionais de saúde para a suspeição, o diagnóstico precoce da TB e o tratamento em tempo oportuno, visando à melhora da qualidade do atendimento com enfoque no perfil dos doentes e nos seus fatores de risco.

REFERÊNCIAS

1. Arrossi S, Herrero MB, Greco A, Ramos S. Predictive factors of non-adherence to tuberculosis treatment in the metropolitan area of Buenos Aires, Argentina. *Salud colectiva*. 2012 Nov; 8 (Supl 1): S65-S76. Doi: [10.18294/sc.2012.866](https://doi.org/10.18294/sc.2012.866)
2. Pinheiro RS, Oliveira GP, Oliveira EXG, Melo ECP, Coeli CM, Carvalho MS. Social determinants and self-reported tuberculosis: National Research by Household Sample, metropolitan areas, Brazil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 30]; 34(6):446-51. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n6/446-451/pt>
3. Feske ML, Teeter LD, Musser JM, Graviss EA. Counting the homeless: a previously incalculable tuberculosis risk and its social determinants. *Am J Public Health*. 2013 May;103(5):839-48. Doi: [10.2105/AJPH.2012.300973](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300973)
4. Batra S, Ayaz A, Murtaza A, Anmad S, Hasan R, Pfau R. Childhood tuberculosis in household contacts of newly diagnosed TB patients. *PLoS ONE*. 2012 July;7(7):e40880. Doi: [10.1371/journal.pone.0040880](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040880)
5. Macedo LR, Maciel ELN, Struchiner CJ. Tuberculoses in the Brazilian imprisoned population 2007-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017 Oct/Dec;26(4):783-94. Doi: [10.5123/S1679-49742017000400010](https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400010)
6. Oliveira LCS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Silva CA, Villa TCS. The discourse of individuals on feelings associated with coping with tuberculosis. *Rev eletrônica enferm*. 2015;17(1):12-20. Doi: [10.5216/ree.v17i1.24523](https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.24523)
7. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Factors related to abandoning tuberculosis treatment: an integrative review. *Texto contexto-enferm*. 2011 July/Sept; 20(3):599-606. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/23>.
8. Farias SNP, Medeiros CRS, Paz EPA, Lobo AJS, Guelmam LG. Completeness in caring: study of quality of life in clientes with tuberculosis. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013 Sept/Dec; 17 (4):749-54. Doi: [10.5935/1414-8145.20130020](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130020)
9. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986 Jan;24(1):67-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
10. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection.

Oliveira SAG de, Lima CA de, Quirino EMB et al.

Adesão e qualidade de vida em pacientes com...

Med Care. 1992 June;30(6):473-83. PMID: [1593914](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/)

11. Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Beas R, Chanamé-Baca DM, Veramendi M, Wiegering-Rospigliosi A, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Acta Med Peru [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 09];33(1):21-8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96645712005>.

12. Vieira AA, Leite DT, Adreoni S. Recorrência de tuberculose em município prioritário do estado de São Paulo. J Bras Pneumol. 2017;43(2):106-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562016000000002>

13. Emanuele CC, Carneiro ICDRS, Santos MIPDO, Sarges NDA, Neves EOS. Epidemiological, clinical and evolutionary aspects of tuberculosis among elderly patients of a university hospital in Belém, Pará. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2017 Jan/Feb;20(1):47-58. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160069>

14. Ranzani OT, Carvalho CRR, Waldman EA, Rodrigues LC. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. BMC Medicine. 2016 Mar;14:41. Doi: [10.1186/s12916-016-0584-8](https://doi.org/10.1186/s12916-016-0584-8)

15. Dueñas M, Cardona D. Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013. Biomédica 2016; 36:423-31. Doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.2904>

16. Ness SEV, Chandra A, Sarkar S, Pleskunas J, Ellner JJ, Roy G, et al. Predictors of delayed care seeking for tuberculosis in southern India: an observational study. BMC Infect Dis. 2017 Aug;17:567. Doi: [10.1186/s12879-017-2629-9](https://doi.org/10.1186/s12879-017-2629-9)

17. Norbis L, Miotto P, Alagna R, Cirillo DM. Tuberculosis: lights and shadows in the current diagnostic landscape. New Microbiol. 2013 Apr; 36(2):111-20. Doi: PMID: 23686117

18. Medeiros ARC, Lima RLFC, Medeiros LB, Moraes RM, Vianna RPDT. Analysis of surviving of people living with Hiv/Aids. J Nurs UFPE on line. 2017 Jan; 11(1):47-56. Doi: [10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201707](https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201707)

19. Zhang Q, Gaafer M, Bayoumy IE. Determinants of Default from Pulmonary Tuberculosis Treatment in Kuwait. Hindawi.

The Scientific World J. 2014; 2014: ID 672825.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/672825>

20. Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. Relationship between the social representations of health professionals and people with tuberculosis and treatment abandonment. Texto contexto-enferm. 2017; 26(1):e5650015. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005650015>

Submissão: 26/05/2018

Aceito: 06/02/2019

Publicado: 01/03/2019

Correspondência

Clarissa Mourão Pinho
Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das
Graças/FENSG/UPE
Rua Arnóbio Marques, 310
Bairro Santo Amaro
CEP: 50100-130 – Recife (PE), Brasil