

DOI: 10.35621/23587490.v7.n1.p1931-1948

APLICAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO PARA PACIENTES COM TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

APPLICATION OF THE TREATMENT DIRECTLY OBSERVED FOR PATIENTS WITH DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS: EXPERIENCE REPORT

Jéssica Lins de Oliveira¹
Ana Caroline Cavalcante de Menezes²
Valdízia Mendes e Silva³
Aline de Paula Rêgo Graciano Luz⁴
Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo⁵

RESUMO: **Objetivo:** analisar o desenvolvimento e aplicação do tratamento diretamente observado em casos de pacientes com tuberculose drogarresistente. **Métodos:** trata-se de um relato das experiências vivenciadas por acadêmicas de Enfermagem na execução do tratamento diretamente observado a pacientes com tuberculose drogarresistente desde o ano de 2018 até fevereiro de 2020. As informações contidas nos relatos foram adquiridas por meio de prontuários do serviço municipal e pela documentação estruturada mensalmente pelas extensionistas em planilhas do *Microsoft Office 2016* durante o acompanhamento dos doentes. **Resultados:** A.A.M. 68 anos, tabagista e ex-etilista, resistente à Isoniazida e Estreptomomicina, 18 meses de tratamento, mostrou-se muito receptivo com a equipe do Tratamento Diretamente Observado, seguindo as orientações passadas e contribuindo positivamente durante o tratamento, apresentando desfecho por cura e alta com exames satisfatórios. A.A.C 64 anos, etilista, tabagista ativo, resistente à Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Estreptomomicina, 24 meses de tratamento, apresentou ausência de medidas de autocuidado, negação do

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), jessicalins.05@gmail.com.

² Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), anacaroliinec@hotmail.com.

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), valdiziamendes@hotmail.com.

⁴ Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), aline_grac@yahoo.com.br.

⁵ Professora Doutora do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: taniaribeiro_2@hotmail.com.

diagnóstico, baixa adesão, uso de álcool e tabaco e rede de apoio insuficiente, segue no 19º mês de tratamento. **Conclusão:** São necessárias medidas de apoio para desestimular o uso do álcool e tabaco através de estratégias e ações multiprofissionais, com vistas no controle da combinação do uso de substâncias com a doença. Além disso, observa-se a necessidade de ações governamentais e intersectoriais que estimulem o combate e controle da TB na Atenção Primária estimulando a criação de vínculo do paciente com a unidade de saúde.

Palavras chave: Tuberculose; Tuberculose Farmacorresistente; Saúde Pública; Adesão à Medicação.

ABSTRACT: Objective: to analyze the development and application of the treatment directly observed in cases of patients with drug-resistant tuberculosis. **Methods:** it is a report of the experiences lived by nursing students in the execution of the treatment directly observed to patients with drug-resistant tuberculosis from the year 2018 to February 2020. The information contained in the reports was acquired through the records of the municipal service and documentation structured on a monthly basis by extension workers in Microsoft Office 2016 spreadsheets during patient follow-up. **Results:** A.A.M. 68 years old, smoker and ex-alcoholic, resistant to Isoniazid and Streptomycin, 18 months of treatment, he was very receptive with the Directly Observed Treatment team, following the past guidelines and contributing positively during the treatment, presenting outcome due to cure and discharge with satisfactory exams. AAC 64 years old, alcoholic, active smoker, resistant to Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide and Streptomycin, 24 months of treatment, showed absence of self-care measures, denial of diagnosis, low adherence, use of alcohol and tobacco and insufficient support network, follows in the 19th month of treatment. **Conclusion:** Support measures are needed to discourage the use of alcohol and tobacco through multiprofessional strategies and actions, with a view to controlling the combination of substance use with the disease. In addition, there is a need for governmental and intersectoral actions that encourage the fight and control of TB in Primary Care, stimulating the creation of the patient's bond with the health unit.

Keywords: Tuberculosis; Multidrug-Resistant Tuberculosis; Public Health; Medication Adherence.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) consiste em uma patologia infectocontagiosa que, geralmente, encontra-se com maior prevalência em países ainda em desenvolvimento, associando-se a fatores biológicos, socioeconômicos e demográficos, o que acarreta impactos não apenas ao indivíduo acometido, como também à sociedade ao qual está inserido. Apesar de ser passível de tratamento e cura, a TB ainda exerce grande influência no cenário da Saúde Pública em decorrência de obstáculos que dificultam o seu controle e erradicação, dentre eles, pode-se citar o surgimento de cepas resistentes aos antituberculostáticos (RODRIGUES, *et al.*, 2016; BRASIL, 2009).

Estima-se que, no ano de 2018, cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram em decorrência da TB, destes, meio milhão são casos novos que possuíam algum tipo de resistência aos antituberculínicos, bem como 18% dos retratamentos notificados também demonstraram resistência aos fármacos. Contudo, apenas um em três dos aproximadamente meio milhão de pessoas iniciaram o tratamento para TB drogarresistente (TB-DR) e, dentre os regimes terapêuticos finalizados, apenas 56% obtiveram cura, o que torna-se um dado preocupante, visto que o rápido diagnóstico e tratamento adequado são umas das principais medidas para a quebra da cadeia de transmissão da doença (WHO, 2019).

No Brasil, foram registrados 72.788 casos novos de TB em 2018, indicando um aumento em comparação ao período de 2014 a 2016. Dentre os casos novos, 628 possuíam resistência a pelo menos uma droga utilizada no tratamento de 1ª linha para tuberculose, sendo 244 para isoniazida, 70 para rifampicina, 97 para a associação das duas drogas anteriores e 217 para demais drogas utilizadas no esquema básico. Além disso, vale salientar que no ano de 2016, apenas 59,3% dos tratamentos para TB-DR obtiveram cura, taxa esta que se encontra abaixo do recomendado (85%) (BRASIL, 2019a).

A TB-DR ocorre quando o agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* não é sensível às drogas utilizadas no tratamento de primeira escolha da doença que, por sua vez, são os medicamentos mais indicados para combater a TB. Por isso, os doentes que apresentam essa resistência precisam de um processo terapêutico de segunda linha que é considerado mais complexo em relação ao regime medicamentoso de pacientes que não possuem nenhum tipo de resistência aos anti-TBs (BRASIL 2019b; PIRES, 2014).

Outra característica da TB-DR é o longo tempo de tratamento, o qual deve ser realizado em um período de 18 a 24 meses a depender da negativação bacteriológica e da evolução clínica e radiológica. Além da medicação via oral, considera-se também o uso de drogas injetáveis na primeira fase do regime terapêutico, podendo ser administrada por mais de seis meses. Tais aspectos contribuem para uma maior ocorrência de efeitos adversos quando comparado ao tratamento para TB sensível, o que pode ocasionar fragilidades em relação à adesão do regime terapêutico pelo paciente (PIRES, 2014; RABAHI *et al.*, 2017; BRASIL, 2019b).

A causalidade da TB-DR é multifatorial, tendo-se em destaque situações como a interrupção e/ou utilização dos medicamentos de forma irregular por parte dos doentes; condições em que os pacientes adquirem a doença através de uma cepa já resistente, bem como o surgimento natural da resistência durante o processo de multiplicação do bacilo (PIRES, 2014; WHO, 2018; BRASIL, 2019b).

Desde 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu e passou a recomendar a adoção do tratamento diretamente observado (TDO) como modo de acompanhamento para pacientes com TB. Esta estratégia possui como compromisso a detecção de casos por meio de exame microscópico de escarro, quimioterapia de curta duração padronizada e administrada sob observação direta, bem como fornecimento adequado de medicamentos de boa qualidade e monitoramento sistemático para cada paciente diagnosticado (GETAHUN, 2017).

No contexto nacional, o Ministério da Saúde também busca implementar o tratamento supervisionado por meio do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) criado em 1998, que visa a descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB para o âmbito da atenção primária à saúde

e possui como meta a redução do coeficiente de incidência e de mortalidade da tuberculose para, respectivamente, menos de 10 casos e menos de 1 óbito por 100 mil habitantes até o ano de 2035 (HIJJAR, *et al.*, 2007; SÁ, *et al.*, 2011; BRASIL, 2017).

Para tanto, é necessário compreender que o desfecho positivo do tratamento antituberculose não depende apenas da medicação em si, mas também da organização do serviço de saúde e a maneira como este se relaciona com o paciente. Em virtude disso, o TDO, quando comparado com outras estratégias de controle de doenças, garante um suporte ao tratamento e oportuniza a comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde e os usuários, sendo, portanto, uma ferramenta valiosa para o controle da doença (GETAHUN, 2017).

Deste modo, o TDO pode ser considerado eficaz para os programas de controle da TB nos países em desenvolvimento, pois se encontra associado a uma maior taxa de desfechos positivos quando comparado a tratamentos não supervisionados, o que conseqüentemente contribui para a redução nos índices de mortalidade e abandono do regime terapêutico, assim como possibilita uma menor probabilidade de transmissão de cepas resistentes aos anti tuberculínicos, visto que o acompanhamento contínuo pelos profissionais de saúde limita as chances de que o paciente utilize os medicamentos de maneira inconsistente (GETAHUN, 2017).

Partindo desse pressuposto, o presente estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento e aplicação do tratamento diretamente observado em casos de pacientes com tuberculose drogarresistente.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo consiste em um relato das experiências vivenciadas por acadêmicas de Enfermagem na execução do TDO a pacientes com TB-DR desde o ano de 2018 até fevereiro de 2020. O contato com pacientes ocorreu por meio da participação no projeto de extensão “Contribuindo para a efetividade do Tratamento Diretamente Observado como estratégia de controle do tratamento da tuberculose no Serviço

Municipal de Referência em Tuberculose no município de Campina Grande/PB” da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba CEP/UEPB sob o parecer 44487415.0.0000.5187, atendendo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil.

As informações contidas nos relatos foram adquiridas por meio de prontuários do serviço municipal, bem como pela documentação estruturada mensalmente pelas extensionistas em planilhas do *Microsoft Office 2016* durante o acompanhamento dos doentes. A execução do TDO ocorreu em parceria com o Serviço Municipal de Referência em Tuberculose do município de Campina Grande/PB situado no agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema, na serra do Boturité/Bacamarte, que estende-se do Piauí até a Bahia, possuindo uma população estimada para 2019, de 409.731 habitantes distribuídos em uma área territorial 593,026 km² e organizada em 4 distritos: Campina Grande, Catolé, Galante e São José da Mata (IBGE, 2010).

RELATOS DE CASOS CASO 1

No ano de 2018 iniciou-se o Tratamento Diretamente Observado do paciente A.A.M., sexo masculino, 68 anos, pardo, ensino fundamental incompleto, solteiro, residindo sozinho em um casebre no bairro da Prata no município de Campina Grande-PB. Não recebia nenhum auxílio financeiro decorrente do seu processo de doença, tendo como fonte de renda uma pensão em valor menor que um salário mínimo. O paciente possuía diagnóstico de hérnia inguinal e fazia uso contínuo e prolongado de tabaco, além do alcoolismo.

Diagnóstico da TB

A.A.M. fora diagnosticado 3 (três) vezes com tuberculose pulmonar, tendo apresentado sempre os sintomas de tosse produtiva por mais de 3 semanas, dispnéia, emagrecimento e cansaço. No entanto, devido a questões de vulnerabilidades sociais, como a baixa escolaridade, falta de conhecimento e ausência de auxílios no sentido de recursos humanos e materiais, além do alcoolismo e tabagismo, o paciente abandonou os 2 (dois) primeiros tratamentos nos anos anteriores de 2016 e 2017.

Em 2018, os sintomas retornaram e o paciente voltou a procurar o serviço de referência sendo, então, diagnosticado com tuberculose pulmonar resistente à Isoniazida e Estreptomicina (BAAR +++). Além disso, os exames de imagem de raio-x (Figura A) e tomografia computadorizada com contraste evidenciaram destruição praticamente completa do lobo superior direito, bronquiectasias e broquioloectasias de tração, bem como nódulos centrolobulares em ambos os pulmões.

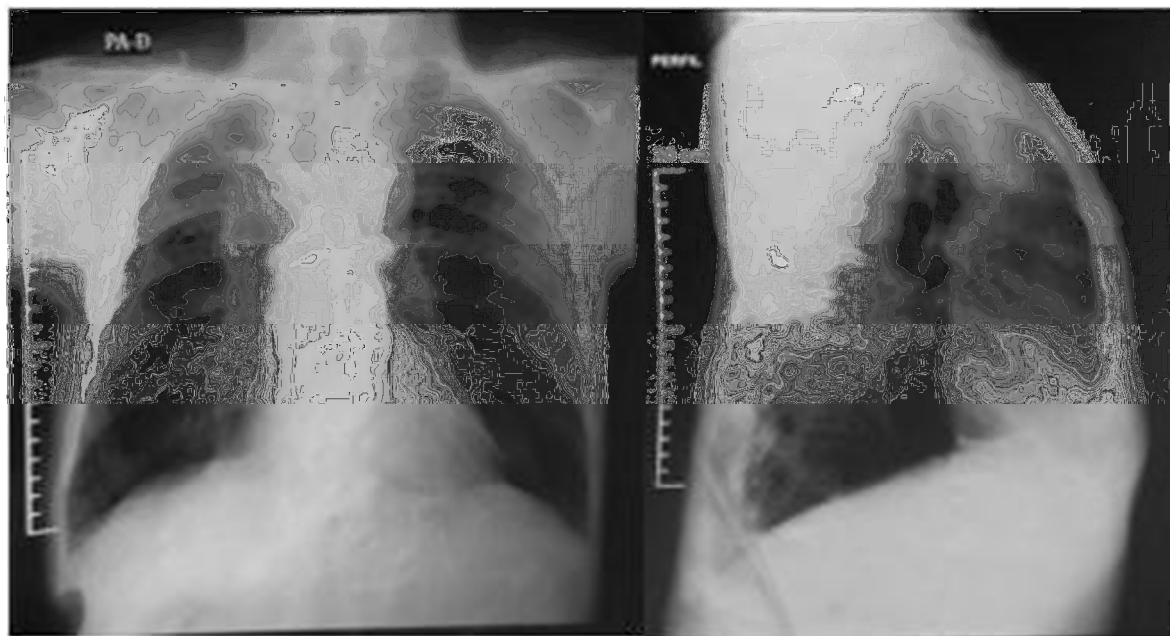


Figura A - Raio x de tórax realizado para diagnóstico.

O paciente iniciou o tratamento no dia 12 de junho de 2018, passando a ser acompanhado pela equipe de extensão a partir do dia 14 de junho do mesmo ano.

Tratamento anti-TB e evolução clínica

A.A.M. foi notificado como reingresso após abandono, sendo posteriormente notificado como caso resistente à Isoniazida (fármaco do esquema básico de tratamento de TB). O esquema antituberculostático definido então para fase de ataque do tratamento foi o seguinte: 1 comprimido de Levofloxacino 500mg; 2 comprimidos de Etambutol 400mg; 2 comprimidos de Pirazinamida 300mg; 2 comprimidos de Rifampicina 300mg, totalizando 7 comprimidos tomados diariamente de manhã em jejum durante 3 meses.

O acompanhamento por meio do TDO permitiu a conscientização do paciente em relação ao alcoolismo, sendo possível cessar por completo esse vício, entretanto, apesar das inúmeras tentativas, o paciente não conseguiu abandonar o tabagismo, tendo, contudo, diminuído a quantidade de cigarros fumados por dia.

Devido ao emagrecimento relacionado a doença, o paciente pesava inicialmente 44kg e reclamava constantemente de dispneia, náuseas e êmeses principalmente no período da manhã, sendo prescrito então o uso de Bromoprida 10mg, um comprimido ao dia. No entanto, o uso contínuo de Bromoprida levou o paciente a apresentar ainda mais reações adversas, como inquietação, tontura, náuseas e até mesmo sintomas extrapiramidais, sendo então cessada a tomada desta medicação e substituída por Omeprazol 10mg, tomado apenas quando houvesse sintomas.

Ainda no começo do tratamento, A.A.M. foi acometido por uma infecção fúngica dérmica, de etiologia desconhecida, nas mãos e membros superiores e membro inferior esquerdo na altura da panturrilha, o qual foi tratada durante um mês com Cefalexina 500mg 4 comprimidos ao dia, totalizando, nesse período 11 comprimidos antibióticos diários.

O paciente apresentava higiene corporal muito comprometida, além de conviver com sete gatos e dois cachorros que, segundo ele, eram seus filhos. Isso dificultava o tratamento da infecção fúngica, sendo necessária realização de limpeza e curativo com Nitrato de Miconazol e Dexametasona de uso tópico por parte da extensionista de forma diária durante o TDO para curar a afecção.

Ao término dos 3 meses da fase ataque, o paciente passou a tomar 2 comp. de Rifampicina 300mg e 2 comp. Etambutol 400mg como esquema de medicação de controle, mantendo-se o tratamento até o 18º mês.

Era possível perceber que, apesar da receptividade e sentimentos positivos, o mesmo apresentava, no entanto, labilidade emocional relacionada principalmente ao abandono dos familiares e ao distanciamento dos amigos próximos, provocando por vezes momentos de choro e tristeza profunda. O vínculo paciente-equipe de TDO foi de importância primordial para a continuidade do tratamento, sendo por vezes o único contato do mesmo durante dias.

Apesar da boa adesão ao tratamento medicamentoso, fatores externos como a falta de água encanada e tratada, falta de alimentação adequada e ausência de auxílio-doença, dificultam o ganho de peso do mesmo e provocam, por vezes episódios de hipotensão, tontura, pirose e, até mesmo, fraqueza generalizada que o impedia de realizar as suas tarefas cotidianas.

Durante todo o tratamento, o paciente realizou coleta de amostra de escarro para baciloscopia mensal e cultura de forma trimestral, negativando a partir do 3º mês, no entanto, devido ao tabagismo, o parênquima pulmonar não recuperou seu aspecto normal apresentando necrose caseosa e processo de cicatrização calcificada.

A.A.M. mostrou-se muito receptivo com a equipe de extensionistas e a equipe do serviço de referência, seguindo sempre as orientações passadas e contribuindo de forma positiva para efetivação do TDO, superando as vulnerabilidades sociais e apresentando desfecho do tratamento por cura e alta com exames laboratoriais e de imagem satisfatórios.

CASO 2

A.A.C, 64 anos, 59 Kg, pardo, ensino superior completo, etilista, tabagista ativo, casado e residente do bairro Santa Cruz do município de Campina Grande - PB. Atualmente possui renda proveniente do benefício auxílio-doença da Previdência Social, bem como sua esposa complementa a renda por meio serviços domésticos em outras casas e venda de recicláveis. Possui histórico de Acidente Vascular Encefálico (AVE) de caráter hemorrágico, hipertensão arterial sistêmica e tratamento anterior para tuberculose pulmonar, o qual não houve adesão satisfatória, culminando em abandono. Realiza uso contínuo de fenobarbital 100mg e carbamazepina 200mg. O acompanhamento por meio de TDO foi iniciado em 08 de outubro de 2018.

Diagnóstico da TB

Em 2017, ao apresentar fadiga, febre vespertina, tosse produtiva, sudorese noturna e perda de peso considerável durante dois meses, A.A.C. dirigiu-se à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), na qual levantou-se a hipótese para TB pulmonar e, diante disso, foi encaminhado até o Serviço Municipal de Referência em Tuberculose de Campina Grande/PB, onde realizou-se o Teste Rápido Molecular (TRM) que demonstrou níveis altos para *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) e sensibilidade para rifampicina.

O raio-x de tórax (figura B) realizado posteriormente evidenciou opacidades reticulares e reticulonodulares múltiplas no ápice do pulmão direito, associadas a pequenas escavações aéreas e bronquiectasia de permeio, sendo compatíveis com processo infeccioso endobrônquico sequelar e possivelmente em atividade.

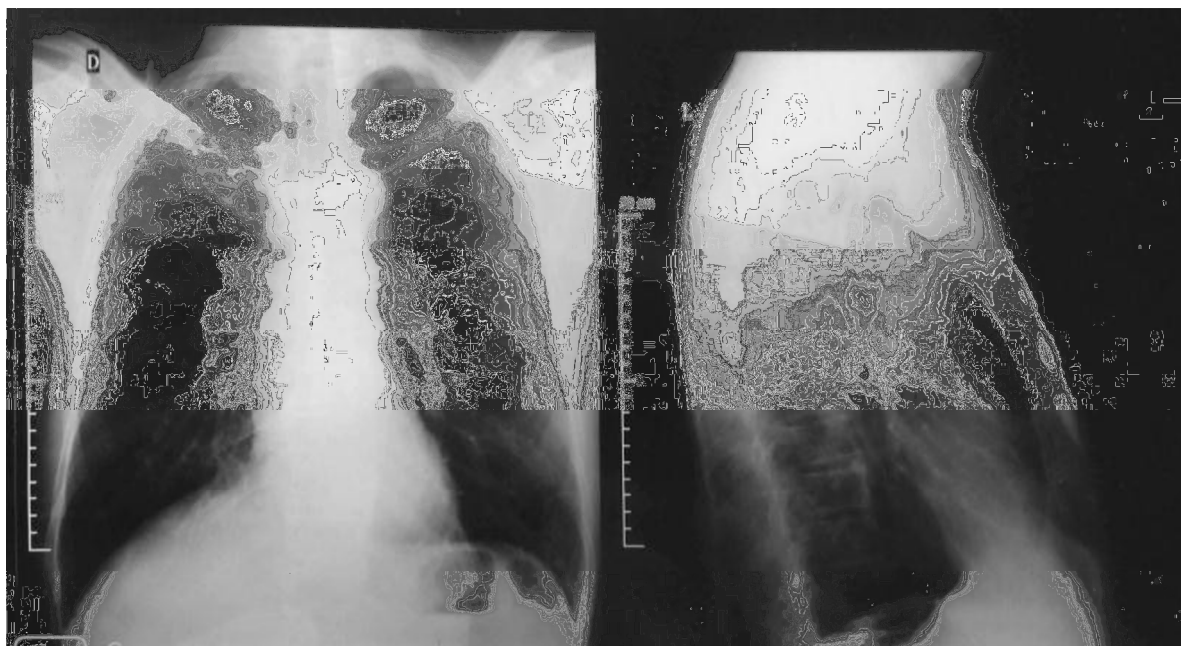


Figura B - Raio x de tórax realizado para diagnóstico

Deste modo, iniciou-se em 28 de março de 2017 a fase de ataque com esquema básico para TB (rifampicina 150mg, isoniazida 75mg, pirazinamida 400mg, etambutol 275mg), sendo administrados 04 comprimidos de modo diário, pela manhã, em jejum. O acompanhamento passou a ser feito pela Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável.

Tratamento e evolução clínica

Durante a execução do esquema básico, A.A.C. consumiu em excesso bebidas alcoólicas e tabaco que, somados a negação do seu diagnóstico, fragilizaram a adesão ao tratamento. Após seis meses, as baciloscopias de controle permaneceram positivas, levantando suspeitas para resistência aos medicamentos anti-TB. A partir da cultura de escarro, constatou-se resistência à rifampicina, isoniazida, pirazinamida e estreptomicina e, assim, o paciente foi encaminhado novamente para o Serviço de Referência a fim de iniciar o tratamento para TB-DR.

Contudo, devido ao seu estado clínico comprometido, a equipe do serviço realizou pedido de encaminhado para o Hospital Clementino Fraga, no qual A.A.C. deu entrada com quadro de desnutrição, queda do estado geral e abandono de tratamento. Permaneceu internado no serviço durante mais ou menos um mês na ocasião, reiniciando o tratamento com esquema medicamentoso para TB-DR: 03 comprimidos diários de Terizidona 250mg, Etambutol 400mg e Pirazinamida 500mg; e, 3 vezes por semana, 2,5 ml de Capreomicina 1g diluída em 5 cc por via intramuscular (IM).

Após alta hospitalar, passou a ser acompanhado pela equipe de extensão através do TDO, no entanto, ainda assim, houve pouco comprometimento do paciente com seu tratamento. A esposa relata que, após o AVE e diagnóstico da TB, A.A.C. passou a abusar do álcool e também aumentou o consumo do tabaco, demonstrando isolamento social e negação quanto ao seu diagnóstico de TB.

Apesar dos constantes cuidados e orientações, manteve hábitos prejudiciais ao seu tratamento, como consumo de leite e derivados, desjejum próximo ao horário da medicação e irregularidade na ingestão dos medicamentos durante os dias autoadministrados, pois sempre afirmava que não estava com TB, mas apenas com um alergia. Diante da condição elitista, a equipe de extensão buscou incentivar a participação do paciente em serviços como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e grupos de apoio como Alcoólicos Anônimos (AA), mas o mesmo manteve-se resistente e sempre afirmava que bebia socialmente.

A administração da medicação IM também ocorreu de modo inconsistente em virtude de problemas com o serviço de saúde responsável. Durante este período, questionou-se se algum familiar poderia levar A.A.C. até a unidade de carro, no entanto, observou-se que a rede de apoio estava unicamente centrada em sua esposa, que já encontrava-se física e emocionalmente esgotada pela posição de cuidadora. Na ocasião, relatou-se que a família costumava frequentar a casa com regularidade, contudo, devido à condição elitista, todos se afastaram, gerando uma centralidade de responsabilidade apenas em uma única pessoa.

A coleta de material para exame de controle apresentou certas dificuldades, pois A.A.C. não conseguia coletar material suficiente, mesmo sendo orientado pela equipe de extensão, ainda assim, foi possível a obtenção de amostra de escarro

para baciloscopia de controle no 2º, 6º e 9º mês de tratamento, as quais apresentaram-se negativas. Com relação aos exames de imagem realizados, constatou-se redução do volume do pulmão direito, com presença de múltiplas opacidades lineares de aspecto retráteis, projetadas em terço médio e polo superior, com imagens císticas em permeio, sugerindo alterações fibrocicatriciais residuais. O pulmão esquerdo apresenta volume normal, com opacidade delimitada, projetada no seu terço médio, com imagem císticas em seu interior, sugerindo cavidade pulmonar.

A.A.C. também demonstrava resistência em seguir com as medicações de uso contínuo (fenobarbital e carbamazepina). A ausência destas medicações, somada ao excesso de bebidas alcoólicas, geraram episódios convulsivos repetitivos, necessitando de internação em serviços de atenção terciária. Além disso, A.A.C. apresentava constante inapetência, o que dificultou o ganho de peso, bem como queixava-se de artralgia em MMSS e MMII, condição esta que sempre ligava com o seu histórico familiar de doenças reumatóides. Outro ponto que trouxe fragilidade à adesão foram os constantes episódios de pirose após a tomada dos medicamentos, que era agravada pelos hábitos etilistas do paciente. Diante disso, medicamentos como Omeprazol 20mg e Ibuprofeno 500mg S/N passaram a ser administrados conforme prescrição médica com o objetivo de diminuir os presentes desconfortos.

Em suma, A.A.C. encontra-se em finalização do 18º mês de tratamento para TB-DR, seguindo com o esquema de: 3 cápsulas de Terizidona 250mg e 3 comprimidos de Etambutol 400mg diários. Durante todo o processo terapêutico, apresentou ausência de medidas para o autocuidado, negação do diagnóstico, baixa adesão, abuso de bebida alcoólica e tabaco, bem como rede de apoio insuficiente.

DISCUSSÃO

A tuberculose é fortemente relacionada com as iniquidades biopsicossociais, econômicas e demográficas, pois ocorre principalmente em situações de

vulnerabilidade. Um dos elementos que impactam negativamente no prognóstico da TB é o uso de drogas, quer sejam lícitas ou ilícitas. Este perfil de paciente se destaca pela não adesão ao esquema terapêutico, provocando a drogarresistência e impasses para o controle da doença. A partir deste ponto, surge a necessidade de articulação intersetorial com vistas no cuidado integral ao indivíduo, proporcionando o tratamento anti-TB, bem como o acompanhamento especializado para casos de uso do tabaco, álcool e outras drogas (RODRIGUES *et al.*, 2016; BRASIL, 2019; SILVA, *et al.*, 2018; TEMOTEO *et al.*, 2015).

O consumo de álcool e tabaco associados à TB gera uma vulnerabilidade clínica que dificulta o controle da doença, pois a interação nociva destas drogas compromete a compreensão do doente acerca da importância do tratamento e aumenta o risco de mortalidade, o que ocasiona dificuldades frente a atuação dos profissionais de saúde e para o alcance das metas estabelecidas pela OMS (JUSTO, *et al.* 2018).

Outrossim, estima-se que 1,3 bilhão de pessoas no mundo consomem tabaco, principalmente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, os quais possuem altas taxas de TB. Vale salientar que, o tabagismo aumenta em 2,5 vezes o risco de adquirir TB e, conseqüentemente, ir a óbito devido a doença, além disso, estipula-se que 20% da incidência global da TB pode estar atribuída a este hábito, trazendo perspectivas futuras preocupantes para o controle da doença (SALES, *et al.* 2019).

Esta relação ocorre porque a nicotina consiste em um fator de risco para o declínio das funções pulmonares, pois possui o poder de gerar danos histopatológicos ao órgão, o que afeta o sistema imune e torna o organismo mais suscetível a infecções pulmonares, entre elas a TB. A nicotina também é apontada como um importante agente na reativação da TB em casos encerrados, visto que as alterações alveolares e imunológicas provocadas aumentam o risco de persistência do bacilo mesmo após o tratamento, bem como há um aumento do risco de TB latente (ILT), atraso na negativação do exame de escarro, redução da adesão ao tratamento e contribuição para o surgimento de cepas resistentes aos antitubercúlicos. Assim, a exposição ao tabaco nesses pacientes, seja ela de forma passiva/ativa ou com histórico atual/pregresso está intrinsecamente ligada um

prognóstico negativo, como abandono de tratamento ou óbito por TB (SCHOLZE, *et al.* 2019; JUSTO, *et al.* 2018).

Além do tabagismo, o Transtorno do Uso de Álcool (TUA), apresenta uma associação desfavorável com relação à TB. Aproximadamente 10% de todos os casos da doença estão relacionados ao abuso de álcool, bem como há uma alta incidência de casos e de formas mais avançadas de TB pulmonar entre pacientes alcoolistas. O TUA consiste em uma doença de caráter crônico e recidivante que se caracteriza pela incapacidade de parar ou controlar o consumo de álcool, o que ocasiona danos a saúde, como por exemplo, o aumento da suscetibilidade a doenças respiratórias, como a TB (SILVA, 2011; CEZAR, *et al.* 2018).

Os alcoolistas apresentam uma probabilidade quatro vezes maior de abandonar o tratamento, pois é comum o doente optar apenas pela bebida ou realizar o uso concomitante do álcool com os antituberculínicos, o que inibe a eficácia do tratamento, aumenta o risco para resistência aos fármacos e traz repercussões físicas aos doentes, como fraqueza, dispneia e emagrecimento, assim como potencializa a ocorrência de efeitos adversos, desconfortos e interações medicamentosas (JUSTO, *et al.* 2018; SILVA, 2011; CEZAR, *et al.* 2018).

Tendo em vista que ambos pacientes apresentavam histórico de tabagismo ativo e TUA, acredita-se que a diferença entre suas evoluções clínicas possa ter ocorrido devido a aceitação do diagnóstico e vontade de melhora mediante tratamento, visto que, o desejo de viver é essencial para a adesão à terapêutica, pois permite enfrentar os obstáculos impostos pela doença (FERREIRA, *et al.* 2018).

A motivação pessoal para o tratamento pode ser multifatorial e irá depender de cada doente frente as suas singularidades, contudo a melhora da sintomatologia, rede de apoio satisfatória, entendimento sobre os efeitos adversos e sobre a necessidade de continuidade do regime terapêutico são importantes aliados neste processo, pois o indivíduo sente-se motivado em adquirir hábitos positivos, tornando-o um agente responsável pelo seu processo saúde- doença (SILVA, *et al.* 2017).

Devido ao longo tempo de tratamento, somados à uma maior ocorrência de efeitos adversos e às vulnerabilidades socioeconômicas, os pacientes de TB-DR podem ter sua motivação pessoal em continuar com o tratamento fragilizada, para tanto, é necessário que o doente conte com uma rede de apoio emocional e

psicológico para ajudá-lo nas tomadas de decisões e continuidade do regime terapêutico, pois deste modo o indivíduo poderá compartilhar seus medos e dificuldades e, assim, ser ajudado a permanecer com o tratamento (SILVA, *et al.* 2017; FERREIRA, *et al.* 2018).

Partindo deste pressuposto, a adesão ao tratamento encontra-se ligada à aspectos comportamentais, psíquicos e sociais, em que há uma corresponsabilização das tomadas de decisões tanto por parte dos profissionais de saúde, como também do próprio doente e de sua rede social de apoio, sendo possível verificar indícios da não adesão e, conseqüentemente, estimular a adoção de medidas específicas e oportunas, visando impedir o abandono. Ademais, o comportamento do doente no processo de cura deve ser valorizado e trabalhado como um importante fator para o seu sucesso terapêutico (BERALDO, *et al.* 2017; TEMOTEO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além de dificultar o prognóstico positivo da tuberculose, o tabagismo e alcoolismo se destacam pela não adesão ao esquema medicamentoso, provocando a TB-DR, sendo necessário medidas de apoio para desestimular o uso destas substâncias através de estratégias e ações multiprofissionais, com vistas no controle da combinação do uso de substâncias com a doença.

Nesse contexto, o TDO tem um papel relevante na assistência e educação em saúde, fornecendo as orientações acerca da TB DR para o empoderamento do sujeito e família, permitindo que o paciente seja o principal agente do seu cuidado. É importante ainda destacar que o encorajamento pessoal diferencia-se em cada paciente de acordo com suas singularidades. Portanto, observa-se a necessidade de ações governamentais e intersetoriais que estimulem o combate e controle da TB na Atenção Primária estimulando a criação de vínculo do paciente com a unidade de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERALDO, A.A, *et al.* Adesão ao tratamento da tuberculose na atenção básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Escola Anna Nery**, n.4, v. 21, p. 1-8, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília, 52p, 2017. Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/29/plano_nacional_tb_web.pdf. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multidrogas Resistente**. Maputo: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/mozambique_tb2.pdf. Acesso em 03 jan. 2020.

BRASIL. Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 50, n. 9, 2019a. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/tuberculose/manuais-tecnicos/tb19_manual-2edrecomendacoes.pdf. Acesso em: 03 jan. 2020.

CEZAR, M.C, *et al.* Impacto do tabagismo na conversão de cultura e no desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar no Brasil: estudo de coorte retrospectivo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, n. 44, v. 2, p. 99-105, 2018.

FERREIRA, K.R, *et al.* Representações sobre a adesão ao tratamento da tuberculose multidrogas resistente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.52, p. 1-6, 2018.

GETAHUN, B.; NKOSI, Z. Z. Is directly observed Tuberculosis treatment strategy patient-centered? A mixed method study in Addis Ababa, Ethiopia. **PLoS One**. Canada, v.1, n.12, p. 8-28, 2017.

HIJJAR, M. A. *et al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista Saúde de Pública**; v. 41, suppl. 1, p. 50-57, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acesso em 03 jan. 2020.

JUSTO, M.T, *et al.* Associação entre tuberculose e consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Enfermagem Brasil**, n.17, v.5, p. 460-470, 2018.

PIRES, G. M. *et al.* Resistência de Mycobacterium tuberculosis aos tuberculostáticos em Moçambique. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 40, n. 2, 2014. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2274. Acesso em: 03 jan. 2020.

RABAH, M. F. *et al.* Tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 43, n. 6, p. 472-486, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v43n6/pt_1806-

3713-jbpneu-43-06-00472.pdf. Acesso em: 03 jan. 2020.

RODRIGUES, I. L. A. *et al.* Representações sociais da tuberculose por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 3, p. 532-537, Jun 2016.

SÁ, L. D. *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). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 3917-3924, 2011.

SALES, M.P.U, *et al.* Atualização na abordagem do tabagismo em pacientes com doenças respiratórias. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, n.45, v.3, p. 1-17, 2019.

SILVA, C.B; LAFAIETE, R.S; DONATO, M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Drogas**, n.1, v.7, p. 10-17, 2011.

SILVA, A.N.M, *et al.* Vivências de portadores de tuberculose e importância da família à adesão terapêutica. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, n.1, v.6, p. 83-94, 2017.

SILVA, D. R. *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018.

TEMOTEO, R.C.A. *et al.* Accession to Tuberculosis Treatment: Individual and Social Vulnerability Elements. **International Archives of Medicine**, v. 8, n. 206, p. 1-11, 2015.

TEMOTEO, R.C.A; FIGUEIREDO, T.M.R.M; BERTOLOZZI, M.R. Vulnerabilidade individual e social na adesão ao tratamento da tuberculose: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, p. 12-15, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report**. Geneva, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report**. Geneva, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 jan. 2020.