

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA**

**A QUALIDADE DE VIDA DO CLIENTE PORTADOR DE
TUBERCULOSE**

Célia Regina da Silva Medeiros

Rio de Janeiro
2010



UFRJ

CÉLIA REGINA DA SILVA MEDEIROS

A QUALIDADE DE VIDA DO CLIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários ao título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sheila Nascimento Pereira de Farias

Rio de Janeiro
2010

A QUALIDADE DE VIDA DO CLIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE

Célia Regina da Silva Medeiros

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sheila Nascimento Pereira de Farias

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____ .

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Sheila Nascimento Pereira de Farias
Presidente

Prof^a. Dr^a. Maria Yvone Chaves Mauro
1^aExaminadora

Prof^a. Dr^a. Maria Catarina Salvador da Motta
2^aExaminadora

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Domingos
Membro Suplente

Prof^a. Dr^a. Helena Maria Scherlowsky Leal David
Membro Suplente

Rio de Janeiro
2010

Medeiros, Célia Regina da Silva.

A Qualidade de vida do cliente portador de Tuberculose/ Célia Regina da Silva Medeiros – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2010.

165 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Sheila Nascimento Pereira de Farias.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2010.

1. Tuberculose 2. Qualidade de vida 3. Enfermagem . I. Farias, Sheila Nascimento Pereira. II. Universidade Federal do Rio Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora Sheila, minha orientadora, pela acolhida constante e presença em minha vida, por me direcionar nas tantas trilhas dessa caminhada; com você tive o privilégio de me renovar pessoal e profissionalmente. Obrigada por permitir que eu fizesse parte de sua vida e muito obrigada por ser parte da minha. Com sua competência soube delinear meus pensamentos desde o primeiro dia dessa jornada, seus ensinamentos permanecerão comigo. Você é fundamental! Gosto de você, não somente pelo que você é, mas por transformar tudo em coisas tão grandiosas. Gosto de você, pelo que consegue de você mesma e pelo que consegue de mim. Muito obrigada por todos esses anos de carinho e amizade!

Ao meu marido, Júnior, que esteve sempre ao meu lado apostando no meu crescimento pessoal e profissional. Colaborou bastante em toda trajetória do mestrado com muita dedicação e compreensão, me apoiando em todos os momentos, mesmo com todas as minhas ausências e aceitando o mestrado como parte do nosso casamento. Muito obrigada por todas as atitudes e palavras de amor, carinho e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida e por ser tão generoso comigo.

À minha mãe Maria, a quem devo minha vida e a pessoa que sou. Obrigada pelos ensinamentos, pelo amor e confiança.

Ao meu pai Manuel (*in memoriam*), pelas lembranças maravilhosas. Agradeço a Deus o tempo que passamos juntos.

À minha amada filha Beatriz, pelo seu grande amor e sua alegria que fazem minha existência muito melhor a cada dia e a cada sorriso seu. Te amo!

Ao meu sobrinho Felipe, que me ajudou na construção desse trabalho e por você fazer parte da nossa família.

À minha sobrinha Stephanie, pelas tantas gargalhadas que você proporciona à nossa família.

À Enfermeira Ângela Queiroz, pela paciência, pelos ensinamentos tão valiosos, e pelas oportunidades que me proporcionou. Você é especial!

Às amigas, Ana Paula, Aldecir e Eloísa minhas grandes amigas do cotidiano, das discussões, dos encontros, do riso e do pranto, das confidências que fazem de uma existência comum o ato extraordinário que é a amizade.

À Enfermeira Bernadete, pela amizade, pela compreensão e ajuda para que eu conseguisse realizar o mestrado. Meu eterno agradecimento.

À Prof^a. Cecília, uma grande mestre e uma grande amiga que me mostrou que não existe o mundo de Alice, mas que a gente consegue criar nosso conto de fadas! Te adoro!

À Prof^a. Maria Catarina pela oportunidade de participar do Summer Course, por acreditar no meu trabalho, aceitar prontamente participar da banca contribuindo de forma valiosa tanto no projeto quanto na dissertação. Muito Obrigada.

À Prof^a. Maria Yvone, membro da banca do projeto e qualificação, pelos importantes comentários e sugestões. E por aceitar partilhar comigo esse momento de construção.

À Enfermeira Sandra que me motivou a dar início a essa jornada.

Aos meus colegas de turma do Mestrado, pelas manifestações de amizade que permearam todo o convívio. Vocês fizeram toda a diferença.

Às pessoas com tuberculose, sujeitos desta pesquisa, que colaboraram com este estudo.

A Jonathan Gollub, Richard Chaisson e ao projeto ICOHRTA (International Clinical Operational and Health Services Research and Training Award), pela oportunidade de participar dos cursos de verão da Bloomberg School of Public Health.

A todos vocês, meus amigos, que colaboraram, direta ou indiretamente, na elaboração deste trabalho, agradeço de coração!

O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim, esquenta e esfria, aperta e depois afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre e amar,
no meio da alegria.
E ainda mais no meio da tristeza.
Todo o caminho da gente é resvaloso, mas cair não prejudica demais,
a gente levanta, a gente sobe, a gente volta.

Guimarães Rosa em “Grande Sertão: Veredas” (1956)

RESUMO

A QUALIDADE DE VIDA DO CLIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE

Célia Regina da Silva Medeiros

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sheila Nascimento Pereira de Farias

Resumo da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem na linha de Pesquisa Enfermagem e saúde Coletiva, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública/DESP, Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Nesta pesquisa foi definido como objeto de estudo: a qualidade de vida do cliente portador de tuberculose em tratamento ambulatorial na atenção básica de saúde. Objetivo geral: analisar a qualidade de vida do cliente portador de tuberculose. Objetivos específicos: identificar o perfil da clientela com tuberculose acompanhada na consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde; investigar a qualidade de vida dos clientes com tuberculose acompanhados em uma Unidade Básica de saúde; analisar a qualidade de vida do cliente portador de tuberculose; discutir a relação entre qualidade de vida e tuberculose dos clientes acompanhados na consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de saúde. Foi um estudo analítico com abordagem quantitativa. O cenário do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Foram utilizados na pesquisa: instrumento I é um instrumento de caracterização do sujeito utilizado pela Rede TB; instrumento II é o WHOQOL-bref, da Organização mundial de Saúde (OMS). Participaram do estudo 102 clientes, portadores de tuberculose pulmonar, extrapulmonar ou pulmonar/extrapulmonar. Os dados dos instrumentos foram tratados utilizando-se o programa (*SPSS for Windows*, versão 17. Os escores dos domínios de qualidade de vida foram calculados segundo a sintaxe da OMS sendo representados em tabelas e gráfico. Resultados: foi encontrado que a população está composta por 64% do sexo masculino; a faixa etária que mais adoeceu foi a de 18 à 29 anos. A forma predominante de tuberculose foi pulmonar com 87 (85%). Os clientes relataram uma qualidade de vida boa.

Palavras-chave: Tuberculose. Qualidade de Vida. Enfermagem.

ABSTRACT

THE QUALITY OF LIFE OF THE CLIENTS WITH TUBERCULOSIS

Célia Regina da Silva Medeiros

Guide Teacher: Prof^ª Dr^ª Sheila Nascimento Pereira de Farias

Summary of Dissertation submitted to the Post-graduate in the line of Nursing and Collective Health, Public Nursing Health Department (DESP), Nursing Research Center in Public Health of Anna Nery Nursing School from Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) as part of the needful requirements for obtaining a Master Degree in Nursing

This research was defined as an object of study: quality of life of the client with tuberculosis in outpatient treatment in the Basic Health Unit. General objective: analyse the quality of life of the client with tuberculosis. And others objectives: identify the profile of clients with TB followed the nursing consultation in a Basic Health Unit, to investigate the quality of life of clients with TB in a Basic Health Unit; analyze the quality of life of clients with tuberculosis; evaluate the relation between quality of life and tuberculosis of clients with TB followed the nursing consultation in a Basic Health Unit. It was a analytical study with quantitative approach. The setting was a Basic Health Unit of the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro. Were used in research: instrument I is an instrument used by the subjects characterization of Rede TB; instrument II is the WHOQOL-BREF, World Health Organization (WHO). Participants were 102 clients, with pulmonary tuberculosis, extrapulmonary or pulmonary/extrapulmonary. The data from the instruments were treated using the *SPSS for Windows*, version 17. The scores of the domains of quality of life were calculated according to the syntax provided by WHO and were represented in tables and graphics. Results: we found that in the population 64% of clients were male, the age group that most sick was from 18 to 29 years. The predominant form of tuberculosis was pulmonary in 87 (85%). The clients have reported a good quality of life. **Keywords:** Tuberculosis. Quality of Life. Nursing.

RESUMEN

LA CALIDAD DE VIDA DE LA CLIENTE CON LA TUBERCULOSIS

Célia Regina da Silva Medeiros

Profesor: Prof^a Dr^a Sheila Nascimento Pereira de Farias

Resumen de la Tesis presentada al Programa de Posgrado en Investigación en Enfermería en la línea de Enfermería y Salud Pública, Departamento de Enfermería de Salud Pública/DESP, Centro de Investigación en Enfermería en Salud Comunitaria Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad federal Rio de Janeiro – UFRJ, como parte de los requisitos para obtener el título de Master en Enfermería.

Esta investigación se definió como un objeto de estudio: la calidad de vida de la cliente con la tuberculosis en tratamiento el ambulatorio de atención primaria de salud. Objetivo: analizar la calidad de vida de la compañía al cliente de la tuberculosis. Objetivos generales: identificar el perfil de los clientes con la tuberculosis acompañada en consulta de enfermería en una Unidad Básica de Salud, investigar la calidad de vida de los clientes con tuberculosis sigue en un Básica de Salud, analizar la calidad de la vida de la compañía al cliente de la tuberculosis, discutir la relación de la tuberculosis y la calidad de vida de los clientes acompañados por la consulta de enfermería en salud básica. Fue un estudio analítica con enfoque cuantitativo. La escena era una Unidad Básica de Salud de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro. Fueron utilizados en investigación: instrumento I que es un instrumento de caracterización utilizado por la rede TB; instrumento II es el WHOQOL-BREF, Organización Mundial de la Salud (OMS). Los participantes fueron 102 clientes, los pacientes con tuberculosis pulmonar, pulmonar/extrapulmonar, extrapulmonar. Los datos de los instrumentos fueron tratados utilizando *SPSS para Windows*, versión 17. Las puntuaciones de los dominios de la vida se calcularon con la sintaxis de la OMS siendo representados en tablas y gráficos. Como resultado se encontró que la población 64% de los miembros eran hombres, el grupo de edad que la mayoría de los enfermos era de 18 a 29 años. La forma predominante de la tuberculosis fue la pulmonar en 87 (85%). Los clientes han reportado una buena calidad de vida.

Palabras clave: Tuberculosis. Calidad de Vida. Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AP - Área de Planejamento

DOTS - Estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IDT - Instituto de Doenças do Tórax

MTB - *Micobacterium Tuberculosis*

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

PCNT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PCTH - Programa de Controle da Tuberculose Hospitalar

PPD - Derivado Protéico Purificado

PSF - Programa Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

REDE TB - Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TS - Tratamento Supervisionado

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHO - *World Health Organization*

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Incidência de casos de TB por estado	41
Figura 2 - Fluxograma de consulta de enfermagem ao paciente com tuberculose	68
Quadro 1 - Escalas de respostas do tipo Likert	81
Quadro 2 - Facetas dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente	81
Quadro 3 - Sintaxe do WHOQOL-Bref	87
Gráfico - Média dos domínios	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de casos de TB notificados MRJ, 2001-2006	42
Tabela 2 -	Características dos clientes com tuberculose em relação ao sexo, à idade e ao estado civil	91
Tabela 3 -	Características dos clientes com tuberculose em relação ao nível de escolaridade e nível de escolaridade do responsável pelo domicílio	94
Tabela 4 -	Características dos clientes com tuberculose em relação à ocupação e renda familiar	96
Tabela 5 -	Características dos clientes com tuberculose em relação à forma de moradia, tipo de moradia e número de cômodos	97
Tabela 6 -	Características dos clientes com tuberculose em relação ao número de pessoas, número de adultos e número de crianças na moradia	98
Tabela 7 -	Características dos clientes com tuberculose em relação ao número de itens que têm na moradia, rádios, empregadas, banheiros, televisões e carros	100
Tabela 8 -	Forma clínica de tuberculose da clientela e tempo de tratamento ...	102
Tabela 9 -	Distribuição das variáveis relativas à avaliação da qualidade de vida dos clientes do estudo	105
Tabela 10 -	Distribuição das variáveis relativas à satisfação quanto à saúde	107
Tabela 11 -	Distribuição das variáveis relativas ao quanto os clientes tem sentido algumas coisas	110
Tabela 12 -	Distribuição das variáveis relativas ao quanto o cliente têm sentido ou é capaz de fazer certas coisas	113
Tabela 13 -	Distribuição das variáveis relativas ao quanto satisfeito o cliente se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida	116
Tabela 14 -	Distribuição das variáveis relativas à frequência com que o cliente sentiu ou experimentou certas coisas	125
Tabela 15 -	Avaliação dos domínios	126
Tabela 16 -	Coeficiente de Cronbach	130

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	17
1.1 Apresentação da pesquisa	17
1.2 Contextualização do objeto de estudo	21
1.3 Problema	22
1.4 Objetivo geral	23
1.5 Objetivos específicos	23
1.6 Justificativa do estudo	23
1.7 Relevância da pesquisa	25
CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 A situação da tuberculose: história, aspectos epidemiológicos e tratamento ...	27
2.2 A qualidade de vida e seus principais aspectos	58
2.3 As principais ações de enfermagem na promoção da qualidade de vida do cliente portador de tuberculose	65
2.4 A qualidade de vida e tuberculose	70
CAPÍTULO III – MÉTODOS E MATERIAIS	77
3.1 Tipo de estudo	77
3.2 Cenário do estudo	77
3.3 Instrumento	79
3.4 Sujeitos do estudo	84
3.5 Coleta de dados	84
3.6 Tratamento e análise dos dados	85
3.7 Aspectos éticos da pesquisa	88
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS	90
4.1 Identificação do perfil da clientela com tuberculose acompanhada na consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde	90
4.2 Identificação e avaliação da qualidade de vida dos clientes portadores de tuberculose	104
4.3 Qualidade de vida segundo os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente	126
4.4 A qualidade de vida e tuberculose dos clientes acompanhados na consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde	131
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E SUGESTÕES	141
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	156
ANEXO A - Caracterização do sujeito	158
ANEXO B - Instrumento de avaliação de qualidade de vida	160
ANEXO C - Aprovação do CEP	163

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação da pesquisa

A tuberculose é um importante problema de saúde pública no Brasil, pelo expressivo quantitativo anual de adoecimentos que acomete a população. Apesar dos métodos de prevenção e cura, estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo de *koch*. (BRASIL, 2009).

No Brasil, no ano de 2008, foram notificados 68.147 casos novos de tuberculose (coeficiente de incidência de 35,59 por 100.000 habitantes), dos quais 56.172 foram formas pulmonares bacilíferas (coeficiente de incidência de 29,33 por 100.000 habitantes) e 9.712 extrapulmonares (coeficiente de incidência de 5,07 por 100.000 habitantes). Dadas as desigualdades socioeconômicas existentes, observa-se uma variação da taxa de incidência em diferentes regiões. Em um mesmo ano, o índice de ocorrência por todas as formas da doença, variou de 67,13 e 64,58 por 100.000 habitantes, no Amazonas e no Rio de Janeiro, respectivamente, a 12,55 por 100.000 habitantes em Goiás. O estado do Amazonas detecta o maior número absoluto de casos no Brasil seguido pelo estado do Rio de Janeiro. Porém, em número de mortes por tuberculose, o estado do Rio de Janeiro é o que apresenta maior taxa de mortalidade. Antes do advento da moderna quimioterapia, a mortalidade era o indicador utilizado, tanto para avaliar a tendência da endemia, como para fazer estimativas de morbidade. A prevalência era o dobro da incidência, que por sua vez era o dobro da mortalidade. Na era quimioterápica, essas equivalências romperam-se, hoje a natalidade representa muito mais o desempenho do programa, uma vez que praticamente todos teriam chance

de se curar, diante de um diagnóstico precoce e tratamento corretamente administrado (BRASIL, 2009).

A qualidade de vida faz parte do cotidiano das pessoas e está presente na mídia nas mais diversas situações. Invade a nossa vida através dos jornais, revistas e televisão. A popularização do tema resultou na sua valorização, com reflexos em todas as áreas do conhecimento.

A busca pela qualidade de vida vem alcançando importância cada vez maior, especialmente entre os que trabalham com a saúde. A relação entre qualidade de vida e saúde vai além das condições materiais de cada um, pois o ser humano deve ter respeitadas suas necessidades de ser.

Na última década, tem havido um interesse crescente no conceito de qualidade de vida relacionada à saúde, tanto no exterior, quanto no Brasil. Avanços na área da saúde intensificaram a atenção à saúde, com foco na prevenção e controle de doenças e como resultado, gerou um interesse maior nas variações da capacidade funcional do paciente e sua qualidade de vida (MARTINS et al., 1996). O interesse por medir a qualidade de vida relacionada à saúde, cresceu com a mudança do perfil morbimortalidade, com aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, queda nas taxas de mortalidade de algumas doenças e, finalmente, um aumento na expectativa de vida. Particularmente, acreditamos que viver não é tão somente sobreviver, mas viver com qualidade.

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) levantaram a produção científica existente sobre o tema “qualidade de vida”, produzida pelas universidades públicas do Estado de São Paulo. Os resultados obtidos, nos últimos três anos do levantamento, confirmam que as pesquisas realizadas nessas universidades têm acompanhado a tendência mundial

na investigação da qualidade de vida. As populações estudadas eram bem heterogêneas, mostrando assim que a investigação da qualidade de vida não se restringe a um determinado grupo populacional. A maioria dos estudos foi realizada com adultos portadores de algum tipo de patologia. Isso indica que os pesquisadores em saúde estão interessados em mensurar a qualidade de vida das pessoas que têm doença. Eles se preocupam em conhecer melhor como e em que aspecto a doença afeta a vida dos indivíduos.

Segundo Patrício (1995), situações de sofrimento vividas repetitivamente interferem significativamente na qualidade de vida da pessoa. Sendo importante ressaltar que a qualidade do processo saúde-doença – processo de viver – depende da qualidade de vida do ser humano. Essa qualidade está diretamente relacionada ao atendimento de suas necessidades de ser, estar, querer, sentir, conhecer, fazer e ter. É no corpo, concretude do ser humano, que se expressa ao mundo, que se desenvolvem suas necessidades e possibilidades (recursos).

Quando se fala qualidade na saúde não se pode deixar de citar a atuação da enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910), que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, em 1854, durante a Guerra da Crimeia, no Hospital de Scutari, onde os cuidados de enfermagem propiciaram um declínio de 40% para 2% na taxa de mortalidade.

Segundo Fayers (2000), a qualidade de vida é um tema imprescindível na área de saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo/benefício do cuidado prestado. Essa avaliação é fundamental para orientar as ações que podem nortear o tratamento.

O conceito de qualidade de vida do grupo da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Os profissionais da área de saúde, principalmente os enfermeiros, estão lidando diretamente no atendimento a portadores de TB. Nesse momento, o profissional de enfermagem precisa conhecer não só a doença como também a forma como o cliente irá lidar com a TB quando essa for diagnosticada. Para tanto, é necessário identificar de que forma a TB irá influenciar a qualidade de vida deles.

Assim, evidenciar os aspectos que dificultam o tratamento a partir da visão da clientela é fator determinante para inclusão de ações específicas para o tratamento da doença, resultando na promoção da qualidade de vida do cliente portador de TB.

Atualmente, considera-se relevante conhecer a qualidade de vida da clientela, ou seja, os portadores de tuberculose, buscando contribuir na prevenção de doenças, ressaltando a necessidade de aquisição de hábitos de vida saudáveis por parte da clientela. A enfermagem, como profissão que visa à educação, tem muito a contribuir nessa área.

Qualidade de vida surgiu como um conceito importante de saúde. Pesquisadores, médicos, enfermeiros, psicólogos percebem qualidade de vida como uma dimensão importante da saúde da população ou do indivíduo. O cuidado da enfermagem é holístico, fornece apoio é focalizado na resposta humana e no estado de saúde. Qualidade de vida e sua mensuração são importantes focos na avaliação dessa resposta. Investir na qualidade de vida significa criar um mecanismo para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, em especial a tuberculose.

1.2 Contextualização do objeto de estudo

A motivação principal para a realização deste estudo surgiu quando iniciei minhas atividades como Enfermeira responsável pelo Programa de Tuberculose de uma Policlínica da Secretaria Municipal de Saúde – RJ.

Sou enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública. Em 1997, atuei como Professora Substituta do Departamento de Saúde Pública da EEAN (UFRJ), em um Centro Municipal de Saúde, supervisionando alunos no campo de estágio do Programa Curricular Interdisciplinar IV, onde realizava consulta de enfermagem, o que aumentou meu interesse em trabalhar com a clientela em nível ambulatorial.

Em 1998, ingressei como enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do RJ, com área de atuação em um Posto de Assistência Médica (PAM), atualmente chamado de Policlínica, estando inserida em Programas como Saúde da Criança, Hipertensão e Tuberculose. Designada para atuar no programa de Tuberculose, foi possível atuar diretamente com a clientela portadora de tuberculose, uma vez que o atendimento desse cliente é realizado primeiramente pela enfermeira. Nesse atendimento, são realizadas a consulta de enfermagem com a avaliação do cliente, as orientações sobre o tratamento e suas possíveis complicações.

Verificamos como a tuberculose é uma doença cercada por preconceitos e desconhecimento por grande parte das pessoas, inclusive na área de saúde. O cliente poderia enfrentar alguns obstáculos no convívio social. Logo, o indivíduo deve seguir o

tratamento e lidar com seu cotidiano de vida, o que para ele muitas vezes está cercado de dúvidas.

Percebemos a importância de identificar o que significa qualidade de vida para a clientela, estabelecendo a promoção da saúde e considerando que ela está diretamente relacionada a diversos aspectos da vida cotidiana. A tuberculose é um dos fatores que pode influenciar a qualidade de vida.

Na consulta despertei a preocupação sobre a tuberculose e como ela afeta a qualidade de vida do cliente. Portanto, meu interesse foi aprofundar conhecimentos nessa área de atuação, para desenvolver pesquisas enfocando a prevenção da doença e a promoção da qualidade de vida da clientela, facilitando o tratamento e criando condições para a recuperação da saúde.

Schwartzmann (1998) define a qualidade de vida como a percepção do cliente quanto ao seu bem-estar físico, psíquico e social; ela depende de fatores orgânicos, psicológicos e sociais, assim como o momento da vida em que surge a enfermidade para que a enfermagem possa atuar de maneira preventiva e restauradora da saúde. Portanto, o foco do estudo está na promoção da saúde destes indivíduos.

Considerando o exposto, foi definido como **objeto de estudo: A qualidade de vida do cliente portador de tuberculose em tratamento ambulatorial na atenção básica de saúde.**

1.3 Problema

- O que significa qualidade de vida para os clientes com tuberculose?
- De que maneira a tuberculose interfere na qualidade de vida dessas pessoas?

1.4 Objetivo geral

Analisar a qualidade de vida do cliente portador de tuberculose.

1.5 Objetivos específicos

Identificar o perfil da clientela com tuberculose acompanhada na consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde.

Investigar a qualidade de vida dos clientes com tuberculose acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde.

Analisar a qualidade de vida do cliente portador de tuberculose.

Discutir a relação entre qualidade de vida e tuberculose dos clientes acompanhados na consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde.

1.6 Justificativa do estudo

Diante do grande número de casos de tuberculose que se podem evidenciar mundialmente e da preocupação acerca das condições de vida e saúde dos clientes acometidos pela doença, estudos sobre qualidade de vida vêm cada vez mais sendo primordiais na saúde.

O estudo da qualidade de vida paulatinamente se transforma numa área privilegiada de análise no setor de saúde. Dantas, Sawada e Malerbo (2003) destacaram que o processo de globalização econômica e de aumento da concorrência, insere novos fatores que resultam em qualidade de vida e novos desafios para sua melhoria.

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) referem que observando a qualidade de vida em termos qualitativos, percebe-se a sua relação direta com as condições relativas ao modo de viver, às condições ambientais, sociais e emocionais do indivíduo. A autora

ainda menciona que o último relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as condições de vida da população brasileira deixa clara a situação de desigualdade, injustiça e exclusão social. Nesse sentido, entende-se que viver com qualidade é um direito de todos e não de uma minoria. Para tanto, os elementos necessários e imprescindíveis são: saúde, moradia, educação, lazer, liberdade, trabalho, entre outros.

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) ainda destacam que o estudo do tema *qualidade de vida* tem se tornado privilegiado, já que não é recente, mas necessita de reconhecimento quanto ao seu significado e importância na área da saúde.

A preocupação com a incidência e prevalência da tuberculose fez com que alguns estudos procurassem aprender a influência das representações e das concepções sociais acerca da doença e seu tratamento. Silva (2006), por exemplo, desvelou como os portadores de tuberculose vivem com a doença.

Com o objetivo de compreender as questões relacionadas ao abandono do tratamento de tuberculose, Liefoghe et al. (1995), Lima et al. (2005) e Watkins, Rouse e Plant (2004) abordaram a percepção do paciente portador de tuberculose, destacando a importância da compreensão das situações que promovam a adesão do paciente ao tratamento.

Rodrigues (2003) ressaltou a necessidade de promoção de melhorias na qualidade do cuidado aos pacientes portadores de tuberculose. Destaca-se a necessidade de ações de saúde, através da evidência de fatores que possibilitem a qualidade de vida do cliente portador de tuberculose.

Escott e Walley (2005) enfatizam que a escuta seja uma importante forma para o profissional apreender as necessidades dos portadores de tuberculose. Dessa forma,

podemos influenciar na adesão ao tratamento, o que visa aumentar as taxas de cura dos pacientes e diminuir a morbi/mortalidade e as internações por tuberculose.

Tendo em vista a importância de estudos sobre a qualidade de vida do cliente com tuberculose e diante da necessidade de estudos sobre tuberculose, a justificativa para realização desta pesquisa foi a busca de novos conhecimentos e novas investigações tendo como objeto a qualidade de vida do cliente portador de tuberculose, que podem vir a contribuir para diminuição da prevalência da doença, sua prevenção da mesma e promoção da qualidade de vida da clientela. E, ao mesmo tempo, melhorar a assistência de enfermagem prestada ao cliente portador da doença, através da compreensão dos fatores que contribuem para a qualidade de vida desta clientela.

1.7 Relevância da pesquisa

A tuberculose é uma doença de risco, que compromete a saúde do homem, do meio ambiente e a qualidade de vida dos envolvidos (ODA; ÁVILA, 1988).

A principal contribuição desta pesquisa está, sobretudo, na busca de avanços e adequação no atendimento em saúde, principalmente na prática de enfermagem.

Em relação ao ensino, a pesquisa pretendia agregar conhecimentos para os profissionais de enfermagem que atuam junto ao cliente portador de tuberculose, bem como promover discussões reflexivas sobre sua atuação, o que venha a favorecer a melhoria da assistência prestada e a disseminação do conhecimento para alunos de graduação e pós-graduação.

Os resultados desse trabalho podem motivar outros estudos, direcionando o olhar para os clientes principalmente acometidos por doenças, em especial a tuberculose por

evidenciar questões que podem nortear o desenvolvimento de pesquisas voltadas para situações específicas.

É de fundamental importância para o profissional envolvido com a assistência à saúde considerar a doença como uma experiência complexa e individualizada, investindo prioritariamente na promoção da saúde e em medidas investigativas que possibilitem o conhecimento dos fatores que favorecem a doença e a partir daí incrementar ações que culminem na diminuição da prevalência de tuberculose. Aprimorando a assistência, estaremos colaborando para obter êxito no tratamento.

O estudo também colaborou com o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva (NUPENSC), do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ, como um saber agregado aos conhecimentos já existentes sobre a qualidade de vida do cliente portador de TB.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A situação da tuberculose: história, aspectos epidemiológicos e tratamento

A tuberculose atinge a humanidade acerca de 8000 anos. Hipócrates em seus estudos sobre a doença a chamou de tísica, palavra de origem grega *phthisicos*, pelo esgotamento físico causado pela doença.

Nos séculos XIV e XV, médicos demonstraram a possibilidade de contágio pela doença, tentando isolar os doentes e seus pertences.

Já no século XVI, foram identificados vários casos de TB na França e Inglaterra (KRITSKI et al., 2007).

Nos séculos XVII e XVIII, iniciaram-se os estudos de anatomia e a tuberculose passa a ser assim conhecida devido ao achado de tubérculos nas vísceras de cadáveres de pessoas vítimas da doença. Nesta mesma época, os médicos informaram às autoridades de saúde os casos de TB, o que ocasionou o afastamento social dos doentes e aumentou o estigma acerca da doença.

A Revolução Industrial no século XVIII, na Inglaterra, acarretou uma demanda de trabalhadores rurais para os centros urbanos. Esse aglomerado de pessoas contribuiu para transmissão e alastramento da TB nos séculos XVIII e XIX.

Surge o terreno apropriador para o bacilo de *koch* em locais de precárias condições habitacionais e higiênico-sanitárias, revelando a desorganização do espaço urbano e, também, a pobreza em áreas sem saneamento básico e água potável. O bacilo também agia em classes sociais mais favorecidas, procurando os indivíduos mais debilitados, boêmios e que apresentavam carência alimentar.

No Brasil, devido aos hábitos de vida dos séculos XIX e XX a doença atingiu personagens conhecidos como Noel Rosa, Castro Alves, Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu, Augusto dos Anjos, Manoel Bandeira e tantos outros poetas, artistas, políticos e figuras associadas à prostituição e ao alcoolismo. A TB foi retratada, inclusive, em várias obras literárias do período, em que contrair tuberculose, antes do advento do tratamento, era uma espécie de sentença de morte. O dramaturgo Nelson Rodrigues, por exemplo, foi hospitalizado por diversas vezes. Na tentativa de combater uma insistente febre que não o abandonava aos 21 anos de idade, já havia arrancado todos os dentes e usava dentadura. Só mais tarde foi diagnosticado que tal febre era tuberculose (ANDRADE, 2007).

Seu caráter como doença infecto-contagiosa só foi descoberta em 1882, quando Robert Koch identificou a micobactéria *Tuberculosis*. Daí, pesquisadores partiram em busca do tratamento. Em 1895, ocorre a descoberta do Raio-X por Roentgen, o que colaborou para o diagnóstico da doença, embora ainda houvesse pouco conhecimento sobre o tratamento (LEÃO, 1997).

A primeira tentativa de luta contra a Tuberculose foi proposta por Oswaldo Cruz, Diretor Geral de Saúde Pública, em 1907. Proposta esta da implantação de medidas profiláticas.

Assim, em 1920, houve a criação do Departamento de Saúde Pública. Em 1921, a vacina BCG é utilizada em humanos. Já em 1930, foi incluso no currículo da Faculdade Nacional de Medicina, o ensino de Tisiologia.

Com o desenvolvimento de estudos sobre a doença, em 1936, Manoel de Abreu cria o exame radiográfico miniaturizado do Tórax: a abreugrafia. O que resultou em importante conquista no tratamento da doença.

A partir da década de 40, surge o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), que criou a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), a grande realização do período, que buscava ampliar o número de leitos hospitalares para pacientes bacilíferos. Contudo, logo surgiram críticas contra a internação desnecessária dos pacientes e em 1944, a estreptomicina começa a ser usada no tratamento de TB (LEÃO, 1997).

Posteriormente, na década de 60, ressalta-se a obrigatoriedade quanto à vacinação BCG, inclusão da Tuberculose como doença de notificação compulsória e a gratuidade dos meios de prevenção, diagnóstico e tratamento. Na mesma década, a Comissão Técnica da CNCT padronizou o esquema com etambutol (E), etionamida (Et) e pirazinamida durante os quatro primeiros meses de tratamento, seguido por etambutol e etionamida ou pirazinamida durante oito meses, com tomada diária (LEÃO, 1997).

A partir da década de 70, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que procurou ampliar as ações de combate à doença, descentralizando o diagnóstico e o tratamento para a rede de serviços básicos, com esquemas padronizados. Chega então ao Brasil a quimioterapia de curta duração. Com Rifampicina associada a isoniazida e etambutol, com tomada diária durante seis meses, tendo resultado eficaz. O Brasil foi o primeiro país a padronizar esquemas de seis meses de duração, utilizados pela rede de serviços públicos de saúde, e com remédios administrados por via oral.

Nos anos 80, com o aparecimento da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), os índices de TB aumentaram significativamente, uma vez que os portadores de SIDA são imunodeprimidos e propensos a adquirir a doença.

Na década de 90, o PNCT passou a ser chamado de Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS) e buscava atingir a população com ações padronizadas. O Manual de Controle da TB passa a ser feito pelo Ministério da Saúde.

Em 1996, o Brasil cria o Plano Emergencial de Combate à Tuberculose, tendo como meta desenvolver ações de controle em 80% dos Centros de Saúde (HIJJAR, 2005). 230 municípios foram considerados prioritários segundo critérios epidemiológicos (Tuberculose e AIDS), tamanho da população e questões operacionais (RUFINO NETTO, 2004). Os municípios elaboraram um Plano de Ação com metas a serem alcançadas até dezembro de 1998. O plano continha as seguintes metas:

- aumentar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose em todo o território nacional, integrando atividades de diagnóstico e tratamento em pelo menos 80% dos Centros de Saúde existentes na rede pública dos 230 municípios;
- implementar o diagnóstico bacteriológico da tuberculose através da melhoria da rede de laboratório e capacitação de recursos humanos;
- detectar pelo menos 90% dos casos existentes de tuberculose através de revisão dos parâmetros de programação de número de casos esperados em cada município/unidade de saúde e implementação da busca de casos (sintomáticos com demanda espontânea ou referendados, exame bacteriológico de todos os sintomáticos respiratórios e exame de comunicantes de casos de tuberculose de todas as formas);
- curar pelo menos 85% dos casos novos descobertos através da garantia de esquemas de tratamento padronizado para todos os casos diagnosticados, do cadastro de todas as unidades de saúde com atividades de controle da

tuberculose e implantação local do Livro de Registro e Controle de Tratamento, da implementação do SINAN, da implementação de tratamento supervisionado para paciente com maior risco de abandono;

- desenvolver ações políticas junto aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Universidades, representantes da sociedade civil organizada, entre outras instâncias, de forma que a tuberculose seja entendida como problema prioritário (BRASIL, 1994).

Em 1998, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Combate à Tuberculose, tendo como meta a redução de incidência de TB em 50% até 2007. O plano previa como uma das estratégias a criação do DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração) para que o tratamento fosse supervisionado na unidade básica de saúde para tomada da medicação com pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até o final, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento, intensificar o diagnóstico entre bacilíferos, aumentar a cura e reduzir o risco de transmissão da doença (RUFINO NETTO, 2004).

A principal estratégia do novo modelo de atenção ao paciente com tuberculose, o DOTS (Estratégia de Tratamento Diretamente Observado) é fator essencial para se promover o real e efetivo controle da tuberculose. A estratégia DOTS visa ao aumento da adesão dos pacientes, maior descoberta das fontes de infecção (pacientes pulmonares bacilíferos), e aumento da cura, reduzindo-se o risco de transmissão da doença na comunidade. Tem como elemento central o tratamento supervisionado (BRASIL, 2009).

Os cinco elementos da estratégia DOTS são:

- compromisso político com a implementação e sustentabilidade do programa de controle da tuberculose;

- detecção de casos, por meio de baciloscopia de escarro, entre sintomáticos respiratórios da demanda dos serviços gerais de saúde;
- tratamento padronizado, de curta duração, diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução, para todos os casos com baciloscopia de escarro positiva;
- provisão regular de medicamentos tuberculostáticos;
- sistema de informação que permita avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa.

O tratamento supervisionado deve ser priorizado para todos os casos de tuberculose bacilífera. A supervisão da ingestão dos medicamentos deve ser realizada em local de escolha do paciente (unidade de saúde, residência), podendo ser administrada por um trabalhador de saúde – agente comunitário de saúde (ACS), membro da equipe do Programa Saúde da Família PSF) ou da unidade básica de saúde (UBS), ou por um familiar devidamente orientado para essa atividade (BRASIL, 2009).

No tratamento supervisionado deve-se:

- instituir tratamento supervisionado para todos os casos com baciloscopia positiva;
- aceitar tratamento autoadministrado para pacientes com baciloscopia negativa;
- realizar baciloscopias de controle;
- realizar consultas de acompanhamento;
- realizar visita domiciliar.

Experiências de implantação do tratamento supervisionado no município do Rio de Janeiro mostraram resultados positivos com relação a maior adesão ao tratamento e

menores taxas de abandono, porém muitas unidades ainda não dispõem desse tratamento, uma vez que para a estratégia do DOTS são necessárias uma reorganização e reestruturação de rotinas internas de cada unidade (CAVALCANTE et al., 2002).

Em 2001, o Ministério da Saúde redirecionou o Plano Nacional de Combate à Tuberculose, passando a denominá-lo Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações de Controle da Tuberculose, revendo estratégias de organização e mobilização definidas anteriormente. Em todos os Planos, estabeleceu-se, como condição para habilitar-se ao recebimento de bônus, que as Unidades de Saúde executassem as atividades previstas no programa de controle e que os Secretários de Saúde dos Municípios assinassem um termo de compromisso para utilização dos recursos na execução dessas ações.

Na última década, o Ministério da Saúde tem definido o controle da endemia de tuberculose como uma das suas principais prioridades. Muitas ações são realizadas no intuito de se erradicar a doença, o que até o século XXI ainda não foi possível.

Do ponto de vista temporal, as ações de políticas públicas de controle da tuberculose foram descontinuadas em função de períodos de negligência, de escassez de recursos e dos diferentes cenários políticos e socioeconômicos da história do Brasil, o que contribuiu para preservar as altas taxas de incidência e prevalência da enfermidade (RUFFINO NETTO, 2004). Atualmente, a tuberculose é considerada prioridade no Brasil (RIO DE JANEIRO, 2005) e no mundo e conta com a ampliação das pesquisas e ações de prevenção, controle e tratamento.

A tuberculose tem preocupado as autoridades da área da saúde em todo o mundo. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde declarou a situação da tuberculose como *estado de urgência*. Esta própria instituição se deu conta de que, sozinha, não

conseguiria controlar a doença. Criou-se, então, o programa "STOP TB" que reúne instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, tais como: a Organização Mundial da Saúde, o Banco Mundial, o *Centers for Disease Control (CDC)-Atlanta*, *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD)*, *Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA)* e *American Thoracic Association (ATA)* (BRASIL, 2009).

Cabe dizer que as ações de combate à tuberculose são multissetoriais, pois se trata de uma doença cercada por questões sociais, sanitárias e ambientais. A assistência ambulatorial organizada e padronizada é o passo fundamental e relevante no controle e na prevenção. A assistência hospitalar ou ambulatorial é realizada, no Brasil, de forma universal, gratuita e descentralizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com incorporação de áreas de atenção básica (FUNASA, 2002).

Há também envolvimento de organizações não governamentais e de organismos nacionais e internacionais no combate à tuberculose. Em 2001, foram realizados dois seminários em Tuberculose que culminaram com a criação da Rede TB, a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. A partir daí foi iniciado um processo inovador na Área da Tisiologia e passaram ser priorizadas a transdisciplinaridade e inter-setorialidade com a participação de indivíduos das diferentes esferas de gestão na Saúde, Ciências Humanas, Engenharia, Educação, Pesquisa e também da Sociedade Civil. A saber: Sociedades de Classe (médicas ou não), Organizações Não Governamentais (ativistas ou da área assistencial), Organismos de Cooperação Internacional, Instituições Religiosas e Indústrias Públicas ou Privadas. Em 2003, os integrantes da Rede TB, juntamente com a SES-RJ, proporcionaram o ambiente e auxílio financeiro para a viabilização das atividades iniciais do Fórum de ONG-TB do

Rio de Janeiro: a primeira iniciativa de participação da Sociedade Civil nas ações de controle de TB no Brasil. Em 2004, pesquisadores da Rede TB participaram na criação da Parceria Brasileira contra Tuberculose, que hoje conta com 83 Instituições, e também participaram ativamente na elaboração e delineamento dos objetivos do projeto Nacional de TB para o Projeto Fundo Global que foi aprovado em 2005, no valor de US\$ 27 milhões e iniciado em maio de 2007. Atualmente, pesquisadores do Programa Acadêmico em TB participam da Assembléia Geral (MCP) e da Secretaria Executiva do Fundo Global TB do Brasil. Em 2007, pesquisadores da Rede-TB foram convidados a participar do Comitê Técnico Científico Assessor do Programa Nacional de Controle de TB do Ministério da Saúde.

A Rede TB vem proporcionando uma interação maior entre entidades governamentais relacionadas com o Controle da Tuberculose, Agência Regulatória (ANVISA), Parceria Brasileira contra TB (Stop TB Initiative), Instituições de Pesquisa no Brasil, Sociedades de Classe, Organismos Internacionais de Cooperação, empresas nacionais e internacionais e representantes da Sociedade Civil (ONGs de advocacy e ONGs de assistência). Para isso, a Rede TB estabeleceu, de maneira pioneira, uma plataforma para pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a avaliação de novas tecnologias. Como parte dessa estratégia, a Rede TB promove, ainda, estudos clínico-laboratoriais em diferentes grupos populacionais, localizados em hospitais, albergues, prisões, favelas e também em pacientes infectados por HIV, com o objetivo de validar os kits desenvolvidos pela Rede TB e por outras empresas, nacionais ou estrangeiras. Há pouco tempo, o coordenador do Centro de Pesquisas em Biologia Molecular e Funcional do Instituto de pesquisas Biomédicas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Prof. Diógenes Santos, juntamente com o Prof. Afrânio Kritski,

coordenador do Programa Acadêmico de Tuberculose da UFRJ, conseguiu aprovação de um financiamento do CNPq-MCT para criação do Instituto de Ciência Tecnológica em Tuberculose (INCT-TB), com sede no Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro com objetivo de desenvolver um medicamento anti-TB eficiente e/ou uma vacina eficaz a médio e longo prazo, além de um teste diagnóstico para controlar a TB, a TB resistente e TB associada ao HIV (REDE TB, 2005).

Recentemente, surgiu a necessidade de criação dos programas de controle de tuberculose hospitalar, com o intuito de suprir a demanda para um tratamento diferencial e de funcionar como pólo de capacitação e articulação dos profissionais de saúde envolvidos com a enfermidade. Tal fato surge por causa do aumento de três a quatro vezes da contaminação do profissional de saúde em relação ao esperado pela comunidade, e da elevação da prevalência de indivíduos com co-morbidades associadas às maiores taxas de mortalidade e de efeitos adversos às drogas. Além disso, é importante considerar a ampliação da transmissão nosocomial e as dificuldades no diagnóstico precoce da tuberculose em apresentações atípicas e no tratamento com esquemas alternativos para a resistência às múltiplas drogas (KRITSKI; CODE; SOUZA, 2005; KRITSKI et al., 2007).

O PCTH/IDT Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ é um exemplo pioneiro, no Brasil, desse programa que foi criado em 1998, após terem sido observados a taxa anual de cerca de 300 novos casos de tuberculose na década de 90 e o aumento do risco de infecção de profissionais da área da saúde. Os dados do período da implementação do PCTH mostram reduções tanto da taxa de abandono de tratamento de 26% para 0,4%, como do tempo de isolamento respiratório de 3,5 dias para oito horas,

e, ainda, da taxa de conversão tuberculínica de profissionais de saúde de 8,2 para 4,3, após um ano de implementação (KRITSKI; CODE; SOUZA, 2005).

Entre as características que diferenciam os programas de controle de tuberculose hospitalar daqueles desenvolvidos nos centros de saúde destacam-se a criação de estratégias para aumento da capacidade diagnóstica, o fornecimento de apoio logístico para casos de retratamento, de intolerância e de toxicidade medicamentosa, e a discussão e tratamento de casos novos associados às comorbidades (KRITSKI et al., 2007).

Os programas de controle da tuberculose hospitalar tornam-se referência para o início de pesquisas com pacientes tratados com esta doença, já que estão inseridos em hospitais de média e alta complexidade e contam com acesso e controle adequado de métodos diagnósticos e de medicamentos, além de equipe médica e de enfermagem treinada.

Para o biênio 2010-2011, o “Documento de Orientações acerca dos Indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão” apresenta prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde. O Pacto pela Saúde, no seu componente Pacto pela Vida, representa o compromisso entre os gestores do SUS com prioridades capazes de impactar a situação de saúde da população brasileira. Neste sentido, a tuberculose está contemplada na prioridade IV “Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e SIDA”. E tem como objetivo ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano. A meta pactuada é de curar no mínimo 85% dos novos casos pulmonares bacilíferos diagnosticados em todo o país.

O documento propõe algumas ações estratégicas que podem contribuir para o alcance da meta pactuada:

- realizar a baciloscopia de diagnóstico para todos os sintomáticos respiratórios;
- notificar e tratar todos os casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados;
- realizar baciloscopia de controle no decorrer do tratamento;
- registrar o encerramento dos casos oportunamente no SINAN, através do Boletim de Acompanhamento e executar a verificação e correção das duplicidades existentes no banco de dados. Esse documento aponta que para os casos diagnosticados em 2007, no país, a taxa de cura foi de 70,3% e nenhuma das unidades federativas alcançou 85% (BRASIL, 2009).

A tuberculose tem cura quando o tratamento é feito corretamente. Se o cliente seguir as orientações, as chances de cura são de 95%. O abandono do tratamento faz com que os bacilos fiquem mais resistentes aos medicamentos que deixam de surtir efeito. A tuberculose resistente pode desencadear uma doença que venha a ser incurável (BRASIL, 2010).

A TB é considerada uma patologia social por estar ligada à desigualdade socioeconômica representada pelo desemprego, insalubridade, miséria e desnutrição, e epidemiologicamente é classificada pelo Ministério da Saúde como doença transmissível com quadro de persistência (FUNASA, 2002). A intensidade, a frequência, a duração da exposição ao bacilo, além das características individuais do

paciente, como idade, estado imunológico e nutricional, somadas à virulência das diferentes cepas, são fatores associados ao risco de adoecimento (BRASIL, 2010).

A história da tuberculose está associada a um mundo marcado por muitos problemas socioeconômicos, como o agravamento da pobreza, o crescimento desordenado das cidades, as migrações, a desestruturação do sistema de saúde pública, a epidemia da infecção pelo vírus HIV e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e a multirresistência às drogas (ALBUQUERQUE et al., 2001; RAVIGLIONE; NARAIN; KOCHI, 1992). Tal enfermidade, que sempre esteve presente em maior ou menor escala no Brasil e no mundo (RUFFINO NETO, 2004), constitui, hoje, um grave problema de saúde pública (HIJJAR et al., 2007; SELIG et al., 2004) com taxas de incidência elevadas, além de representar a segunda maior causa de morte por doença infecciosa após a Aids (CORBETT; WALKER, 2003).

A tuberculose (TB) é um problema de saúde prioritário no Brasil, que juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. Estima-se que cerca de um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, estando sob risco de desenvolver a enfermidade. Em torno de oito milhões de casos novos e quase 3 milhões de mortes por tuberculose ocorrem anualmente. Nos países desenvolvidos a doença é mais frequente entre as pessoas idosas, as minorias étnicas e os imigrantes estrangeiros. Nos países em desenvolvimento, estima-se que ocorram 95% dos casos de TB mundial e 98% de óbitos, ou seja, mais de 2,8 milhões de mortes por tuberculose e 7,5 milhões de casos novos, atingindo a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15-54 anos) da sociedade.

No Brasil, os homens adoecem duas vezes mais do que as mulheres. No país estima-se que, do total da população, mais de 50 milhões de pessoas estejam infectados pelo *M. tuberculosis*, com aproximadamente 80 mil casos novos por ano. O número de mortes pela doença, na nação, é de 4 a 5 mil, anualmente. Com o surgimento, em 1981, da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), vem-se observando, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, um crescente número de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A associação HIV/TB constitui, nos dias atuais, um sério problema de saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela TB, em muitos países. A tuberculose não apresenta variações cíclicas ou sazonais de importância prática. A prevalência observada é maior em áreas de grande concentração populacional e precárias condições socioeconômicas e sanitárias. A distribuição da doença é mundial, com tendência decrescente da morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Nas áreas com elevada prevalência de infecção pelo HIV, vêm ocorrendo estabilização ou aumento do número de casos e de óbitos por tuberculose. Estão mais sujeitos à doença indivíduos que convivam (contatos) com doente bacilífero e determinados grupos com redução da imunidade: silicóticos e pessoas que estejam em uso de corticosteróides, ou infectados pelo HIV.

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que representam 80% da carga mundial de TB. Os indicadores colocam o Brasil na 15ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência. Em 2008, a TB foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS. As principais metas globais e indicadores para o controle da TB foram desenvolvidos na perspectiva das metas do desenvolvimento do milênio, bem como no

No município do Rio de Janeiro, dados epidemiológicos da tuberculose registrados segundo o SINAN no período de 2001 a 2006, mostram os seguintes números de casos, conforme tabela a seguir:

Tabela 1 - Número de casos de TB notificados MRJ, 2001-2006

Ano	Numero de casos
2001	9.323
2002	9.058
2003	8.769
2004	8.946
2005	8.713
2006	7.734

Fonte: Boletim Informativo do Programa de Controle da Tuberculose do município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2008).

No ano de 2007, o Estado do Rio de Janeiro notificou 14.216 casos de tuberculose e o município do Rio de Janeiro era o que se posicionava com o maior número de notificações (7773 casos), seguido por Duque de Caxias (951 casos), Nova Iguaçu (783 casos), Niterói (590 casos) e São Gonçalo (582) registros. Neste mesmo ano, a tuberculose se encontrava entre as 8 principais causas de internação por doenças infecciosas e parasitárias no Brasil, com a maior representatividade da região Sudeste, especialmente, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (BRASIL, 2009). A situação era ainda mais dramática em certas populações específicas como residentes em albergues e presídios, e moradores de rua. Esses indivíduos apresentam risco diferenciado em relação à população geral, com taxas de incidência que chegaram à média de 3137 casos por 100000 habitantes, no ano de 2004, em presídios do Rio de Janeiro. As taxas refletem as condições de aglomeração e precariedade existentes nestas instituições.

Em relação ao abandono do tratamento, entre os anos de 2001 e 2005, o percentual médio era de 11,9% no Estado do Rio de Janeiro, enquanto no município do Rio de Janeiro era de 8,9% (BRASIL, 2009). Índices muito além dos 5% aceitáveis pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde.

A tuberculose tem cura e, no Brasil, os tuberculostáticos são distribuídos gratuitamente na rede pública desde 1971, quando foi criada a Central de Medicamentos (CEME). Ainda assim, a gratuidade da medicação por si só não garante o acesso ao tratamento, já que muitos outros fatores estão implicados como, por exemplo, a dificuldade de acesso do paciente ao posto para retirada da medicação. Isso pode ser demonstrado pelas altas taxas de abandono do tratamento. As causas para o abandono são diversas, mas dentre as mais importantes estão aquelas relacionadas ao tratamento (duração do tratamento de seis meses no mínimo, a posologia, abandono prévio etc.), ao doente (baixo nível de escolaridade, desemprego, alcoolismo etc.) e fatores relacionados aos serviços de saúde (falha no agendamento, não seguimento do doente durante o tratamento, falta de orientação etc) (SILVA, 2006).

As consequências da não adesão ao tratamento são diversas: a redução da taxa de cura, de forma que indivíduos bacilíferos não tratados perpetuem a cadeia de transmissão, fortalecendo ainda mais a endemia; óbito por tuberculose; desenvolvimento de formas clínicas mais graves e a multirresistência aos tuberculostáticos. A multirresistência definida pelo “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC), em 1992, refere-se à resistência conjunta a rifampicina e isoniazida. Pode ser primária – em indivíduos que nunca se submeteram a tratamento para tuberculose previamente – ou adquirida, esta última resultante do uso inadequado das medicações. No Brasil, 0,9% dos casos novos de tuberculose dentre todas as formas são

multirresistentes (TBMR), sendo que esse número quintuplica entre os que têm história de tratamento prévio (BRASIL, 2009).

A tuberculose é transmitida de pessoa a pessoa, principalmente, através do ar. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente de tuberculose pulmonar bacilífera lança no ar gotículas, de tamanhos variados, contendo no seu interior o bacilo. As gotículas mais pesadas depositam-se rapidamente no solo, enquanto que as mais leves podem permanecer em suspensão por diversas horas. Somente os núcleos secos das gotículas (Núcleo de Wells), com diâmetro de até 5μ e com 1 a 2 bacilos em suspensão, podem atingir os bronquíolos e alvéolos e aí iniciar a multiplicação. As gotículas médias são, na sua maioria, retidas pela mucosa do trato respiratório superior e removidas dos brônquios, através do mecanismo muco-ciliar. Os bacilos assim removidos são deglutidos, inativados pelo suco gástrico, e eliminados nas fezes. Os bacilos que se depositam nas roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersarão em aerossóis e, por isso, não desempenham papel importante na transmissão da doença. Após a infecção pelo *M. tuberculosis*, transcorrem, em média, 4 a 12 semanas para a detecção das lesões primárias. A maioria dos novos casos de doença pulmonar ocorre em torno de 12 meses após a infecção inicial. A probabilidade de o indivíduo vir a ser infectado e de que essa infecção evolua para a doença, depende de múltiplas causas, destacando-se, dentre elas, a idade avançada, as condições sócioeconômicas e algumas condições médicas (diabetes *mellitus*, alcoolismo, silicose, uso prolongado de corticosteróides ou outros imunossupressores, neoplasias, uso de drogas, infecção pelo HIV e pacientes submetidos a gastrectomia ou bypass intestinal). A evolução do quadro clínico dependerá do indivíduo ser infectado pela primeira vez (primo-infecção), ou reinfestado (reinfecção exógena). A probabilidade de adoecer

numa primo-infecção depende da virulência do bacilo, da fonte infectante e das características genéticas dos indivíduos infectados. Em novo contato, após uma infecção natural ou induzida pela BCG, a resistência dependerá da resposta imunológica. A transmissão é plena enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não tiver iniciado o tratamento. Com o esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida, gradativamente, a níveis insignificantes, ao fim de poucos dias ou semanas. As crianças, com tuberculose pulmonar, geralmente não são infectantes (BRASIL, 2009).

A infecção pelo bacilo da tuberculose pode ocorrer em qualquer idade, mas no Brasil geralmente acontece na infância. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose se tornam infectadas. A infecção tuberculosa, sem doença, significa que os bacilos estão presentes no organismo, mas o sistema imune está mantendo-os sob controle. Entre os infectados, a probabilidade de adoecer aumenta, na presença de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras formas de imunodepressão, na presença de desnutrição, silicose, diabetes, pacientes submetidos a gastrectomia ou bypass intestinal, em usuários de drogas endovenosas e crack. As reativações de infecções antigas e latentes explicam grande parte dos casos de doença em idosos. A imunidade natural pode ser explicada por diferenças fisiológicas que existem nas várias espécies. No entanto, não existem diferenças fisiológicas que expliquem os diversos graus de imunidade, aparentemente natural, que são observados em uma mesma espécie animal. A maior ou menor imunidade natural, parece estar relacionada com a maior ou menor velocidade com que o hospedeiro é capaz de adquirir imunidade. Assim, não haveria propriamente uma imunidade “natural”, mas uma imunidade adquirida mais rápida e eficaz e, portanto, capaz de propiciar o controle da infecção, numa fase precoce. Essa competência imunológica é controlada

geneticamente, embora fatores, como a desnutrição, possam suprimi-la. A imunidade para tuberculose é, fundamentalmente, mediada pelo sistema imunológico celular, timo-dependente, através da interação entre linfócitos T helper ativados e macrófagos, com a liberação de citocinas específicas, relacionadas com a ativação do mecanismo de imunidade celular do tipo Th1. O avanço no conhecimento recente sobre os mecanismos relacionados à imunidade celular, com diversos estudos abordando o papel da imunidade e dos Linfócitos B na modulação da resposta imune celular, a participação de células efectoras, células dendríticas, dentre outros mecanismos, subsidiará, no futuro, o desenvolvimento de novas vacinas para tuberculose (BRASIL, 2009).

Um indivíduo que receba uma carga infecciosa de bacilos da tuberculose, pela primeira vez (primo-infecção) cujo pulmão seja alcançado por 1 ou 2 bacilos vencendo as defesas da árvore respiratória, localizando-se nos alvéolos da periferia pulmonar, apresentará uma reação inflamatória e exsudativa de tipo inespecífica. Aproximadamente, em 15 dias, os bacilos podem multiplicar-se livremente, porque ainda não existe imunidade adquirida. Nesse período, os bacilos podem alcançar número superior a 10^5 e, partindo da lesão pulmonar, atingir a via linfo-hematogênica, comprometendo os linfonodos e órgãos dos diversos sistemas e aparelhos, principalmente o fígado, o baço, a medula óssea, os rins e o sistema nervoso. Essa disseminação é considerada “benigna”, de poucos bacilos, que ficarão latentes ou serão destruídos pela ação da imunidade que se instalará. No início da 2ª ou 3ª semana, o organismo normal, reconhecendo a presença de elemento estranho, é capaz de mobilizar seu sistema de defesa imunológico específico, acontecendo a luta hospedeiro-invasor, visando a destruição ou inativação do agente agressor. Passa a haver, então, no pulmão, no local da inoculação inicial, um foco pequeno, arredondado, de 1 a 2mm,

esbranquiçado, de consistência amolecida e constituído, principalmente, por material caseoso. Esse foco é circundado por afluxo celular de linfócitos, células epitelióides (macrófagos ativados e modificados) e macrófagos (foco primário), localizado principalmente no terço médio, compreendendo a parte inferior do lobo superior, lobo médio e, particularmente, o ápice do lobo inferior. Normalmente, esse nódulo é único, e com as dimensões mencionadas, mas há relatos da existência de múltiplos focos primários e de focos de maiores dimensões. A associação do foco primário aos gânglios satélites da sua região, dá-se o nome de Complexo Primário de Ranke. O foco pulmonar regressivo, que pode ser visto nas radiografias, chama-se foco de Gohn. Cerca de 90% da população infectada consegue bloquear o avanço do processo, a partir da formação do complexo primário de Ranke, permanecendo apenas como infectados (BRASIL, 2009).

Apesar de ocorrer a cura espontânea, em alguns casos, a remissão dos sintomas e a respectiva cura do paciente só ocorrem após o tratamento apropriado. Devido à remissão dos sintomas nas primeiras semanas de tratamento alguns pacientes já o abandonam no início. O agente então persiste no organismo, que fica exposto a recidivas e a multirresistência a drogas. Dependendo da extensão das lesões pulmonares, várias sequelas podem permanecer, apesar da cura bacteriológica, resultantes da destruição do parênquima pulmonar e da arquitetura brônquica. As mais importantes complicações clínicas são o distúrbio ventilatório obstrutivo e/ou restritivo, as infecções respiratórias de repetição, a formação de bronquiectasias, a hemoptise, as atelectasias e as empiemas (BRASIL, 2009).

O diagnóstico é realizado através do exame de escarro (baciloscopia), que é utilizado ao longo do tratamento. É um método barato e que permite detectar a fonte de

infecção, o cliente bacilífero, e é solicitado quando existe a presença de sinais e sintomas sugestivos da doença. O diagnóstico pode ser confirmado através do raio X do pulmão e do Teste Subcutâneo de Hipersensibilidade (PPD), podendo ser realizadas ainda cultura, tomografia computadorizada, broncoscopia, exame anátomo-patológico, exame bioquímico, exame sorológico e de biologia celular (BRASIL, 2009).

Dentre as medidas de prevenção estão a vacinação de recém nascidos com BCG, a vacina BCG, sigla decorrente da expressão bacilo de Calmette-Guérin, é preparada a partir de uma cepa derivada do *M. bovis*, atenuada por sucessivas passagens por meio de cultura.

A vacina BCG confere poder protetor às formas graves de tuberculose, decorrentes da primoinfecção. No Brasil é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano, como dispõe a Portaria nº 452, de 6 de dezembro de 1976, do Ministério da Saúde. Recomenda-se o adiamento da aplicação da vacina, nos seguintes casos: peso ao nascer inferior a 2kg; reações dermatológicas na área de aplicação; doenças graves; uso de drogas imunossupressoras. Há contraindicação absoluta para aplicar a vacina BCG nos portadores de imunodeficiências congênitas ou adquiridas, exceto recém-nascidos e crianças soropositivas para HIV, ou filhos de mães com aids, que não apresentem os sintomas da doença. Os adultos infectados pelo HIV (sintomáticos ou assintomáticos) não deverão ser vacinados se apresentarem contagem de linfócitos T (CD4+) abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2009).

Os fatores que influenciam a transmissão da tuberculose são as condições de vida e os locais onde há excesso de pessoas. Devido ao último fator, uma das formas de prevenção da contaminação do ar pelos bacilos da tuberculose é ensinar o cliente a

cobrir o nariz e a boca com um lenço, quando espirra ou tosse, e depositar o lenço em sacos plásticos descartáveis de lixo, o que representa também uma atividade de promoção da saúde.

Deve-se tratar o cliente com anti-bacilares para prevenir o desenvolvimento de estirpes resistentes de *M. tuberculosis*. A maioria das pessoas que adere à terapêutica prescrita e não tem outro fator atenuante como imunodepressão, negativa a expectoração em curto espaço de tempo, entre 2 e 3 semanas (BRASIL, 2010).

O profissional de saúde não deve esquecer as medidas de biossegurança, sendo a principal o uso das máscaras (respiradores PFF2 ou N95) ao lidar com clientes sintomáticos respiratórios. A máscara deve adaptar-se ao nariz e a boca, evitando que o ar ambiente entre pelos espaços laterais (BRASIL, 2010).

Todo profissional de saúde deve fazer anualmente o teste de PPD. Aqueles que não tenham feito, recentemente, deverão fazê-lo no início das suas funções e, depois, anualmente. Os profissionais que estiveram, expostos a clientes com tuberculose (muitas vezes antes de o diagnóstico ter sido feito), deverão fazer o teste de PPD 8 a 12 semanas após a exposição, por ser o tempo de demora para o teste converter-se de negativo a positivo. Caso o teste de PPD se converta de negativo a positivo, deve-se submeter a exame clínico para excluir a tuberculose ativa. A terapêutica preventiva é feita com administração de isoniazida por um período de seis meses. O tratamento da infecção latente com isoniazida reduz de 60 a 90% o risco de adoecimento. Essa variação se deve à duração e à adesão ao tratamento. O número de doses tomadas tem se revelado mais importante do que o uso diário do medicamento. Portanto, mesmo que o indivíduo não use a isoniazida todos os dias, é importante insistir para que complete o número de doses do tratamento, mesmo depois de decorrido o tempo pré-estabelecido

pelo médico. O número mínimo de doses preconizadas é de 180 (podendo ser tomado num período entre 6 e 9 meses) de isoniazida na dose de 5 a 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 300 mg/dia (BRASIL, 2010).

A tuberculose é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção. Poucos dias após o início da quimioterapia correta, os bacilos da tuberculose praticamente perdem seu poder infectante. Assim, os doentes “pulmonares positivos” não precisam, nem devem, ser segregados do convívio familiar e da comunidade. A associação medicamentosa adequada, doses corretas, uso por tempo suficiente com supervisão da tomada dos medicamentos, são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando assim a cura do paciente. O tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial supervisionado, no serviço de saúde mais próximo, na residência ou no trabalho do doente (BRASIL, 2009).

Antes de iniciar a quimioterapia, é necessário orientar o paciente quanto ao tratamento. Para isso, deve-se explicar, em uma entrevista inicial e em linguagem acessível, as características da doença e o esquema de tratamento que será seguido - drogas, duração, benefícios do uso regular da medicação, consequências advindas do abandono do tratamento, e possíveis efeitos adversos dos medicamentos.

Em 1979, o Brasil preconizou um sistema de tratamento para a TB composto pelas drogas R-Rifampicina, H-Isoniazida, Z-Pirazinamida, E-Etambutol e Etionamida. Esquema I (2RHZ/4RH) para os casos novos; esquema I reforçado (2RHZE/4RHE) para retratamentos; esquema II (2RHZ/7RH) para a forma

meningoencefálica; e esquema III (3SZEEt/9EEt) para falência. Ou seja, no esquema básico de tratamento para tuberculose pulmonar e extrapulmonar, as drogas utilizadas eram: rifampicina, isoniazida e pirazinamida durante dois meses (1ª fase). E rifampicina e isoniazida durante quatro meses (2ª fase). No caso de recidiva após cura ou retorno após abandono (retratamento), é feito o esquema básico e acrescentado o etambutol. O esquema para tratamento da tuberculose meningoencefálica utiliza as medicações do esquema básico porém a 2ª fase tem duração de sete meses. Quanto ao esquema para falência de tratamento, as drogas utilizadas são: Estreptomicina, pirazinamida, etambutol e etionamida durante três meses (1ª fase), e etambutol e etionamida durante nove meses (2ª fase) (BRASIL, 2010).

Em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, juntamente com o seu Comitê Técnico Assessor, reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil. Baseado nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos medicamentos anti-TB, que mostrou aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4 para 6,0%), foi introduzido o Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do esquema básico. A apresentação farmacológica deste esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE) nas seguintes dosagens: R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg e E 275 mg. Essa recomendação e apresentação farmacológica são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e utilizadas na maioria dos países, para adultos e adolescentes. Para as crianças (abaixo de 10 anos) permanece a recomendação do Esquema RHZ. Outras mudanças no sistema de tratamento da tuberculose são a extinção do Esquema I reforçado e do Esquema III. Para todos os casos de retratamento serão solicitados a cultura, identificação e teste de sensibilidade, iniciando-se o tratamento com o esquema

básico, até o resultado dos exames. Os casos que evoluem para falência do tratamento devem ser criteriosamente avaliados quanto ao histórico terapêutico, adesão aos tratamentos anteriores e comprovação de resistência aos medicamentos. Tais casos receberão o Esquema Padronizado para Multirresistência ou Esquemas Especiais individualizados, segundo a combinação de resistências apresentadas pelo teste de sensibilidade. Em todos os esquemas, a medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada. Atenção deve ser dada ao tratamento dos grupos considerados de alto risco para toxicidade, constituído por pessoas com mais de 60 anos, em mau estado geral, alcoolistas, infectadas por HIV, em uso concomitante de medicamentos anticonvulsivantes e pessoas que manifestem alterações hepáticas. A rifampicina interfere na ação dos contraceptivos orais, devendo as mulheres, em uso desse medicamento, receberem orientação para utilizar outros métodos anticoncepcionais. Em crianças menores de cinco anos, que apresentem dificuldade para ingerir os comprimidos, recomenda-se o uso dos medicamentos em forma de xarope ou suspensão.

Para efeito de indicação de esquemas terapêuticos, foram considerados:

- Caso novo ou virgens de tratamento (VT) - pacientes que nunca se submeteram ao tratamento anti-TB, ou o fizeram por até 30 dias;
- Retratamento ou com tratamento anterior (TA) - pessoa já tratada para TB por mais de 30 dias, que venha a necessitar de novo tratamento por recidiva após cura (RC) ou retorno após abandono (RA). O paciente que retorna ao sistema após abandono deve ter sua doença confirmada por nova investigação diagnóstica por baciloscopia, devendo serem solicitados

cultura, identificação e teste de sensibilidade, antes da reintrodução do tratamento anti-TB básico;

- Falência - Persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. São também classificados como caso de falência aqueles que, no início do tratamento, são fortemente positivos (++ ou +++) e mantêm essa situação até o 4º mês, ou os com positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento (BRASIL, 2010).

Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (1h antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição. As reações adversas mais frequentes ao esquema 1 com RHZ, utilizado por muitos anos no Brasil, são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%). Deve ser ressaltado que quando a reação adversa corresponde a uma reação de hipersensibilidade grave como, por exemplo, plaquetopenia, anemia hemolítica, insuficiência renal etc, o medicamento suspeito não pode ser reiniciado após a suspensão, pois na reintrodução a reação adversa é ainda mais grave (BRASIL, 2010).

A maioria dos pacientes submetidos ao tratamento de tuberculose consegue completar o tempo recomendado, sem sentir qualquer efeito colateral relevante. Os fatores relacionados às reações são diversos. Todavia, os maiores determinantes dessas reações se referem à dose, horários de administração da medicação, idade do doente, seu estado nutricional, alcoolismo, condições da função hepática e renal e coinfeção pelo HIV (BRASIL, 2010).

O controle do tratamento depende da execução de atividades programáticas que permitem o acompanhamento da evolução da doença, utilização correta dos medicamentos e o sucesso terapêutico através da realização mensal da baciloscopia de controle, nos casos de TB pulmonar, sendo indispensáveis as dos 2º, 4º e 6º meses, no Esquema Básico. Em casos de baciloscopia positiva no final do segundo mês de tratamento, deve-se solicitar cultura para micobactérias com identificação e teste de sensibilidade e promover o acompanhamento clínico mensal visando à identificação de queixas e sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução dos medicamentos e a detecção de manifestações adversas com seu uso. É importante que seja realizado monitoramento do peso do paciente com eventual ajuste de dose dos medicamentos prescritos. Nas unidades com recursos de exame radiológico, este pode ser utilizado periodicamente, a partir do segundo mês de tratamento, para acompanhar a regressão ou o agravamento das lesões na forma pulmonar da doença, em especial, na ausência de expectoração. Pacientes inicialmente bacilíferos, deverão ter pelo menos duas baciloscopias negativas para comprovar a cura, uma na fase de acompanhamento e outra ao final do tratamento (BRASIL, 2010).

A coleta e análise de dados clínicos e epidemiológicos deverão ser registradas, consolidadas e analisadas pela unidade de saúde e pelos níveis municipal, estadual e federal do sistema de saúde. A análise dos dados permite a tomada de decisões nos diferentes níveis. Aumento importante de uma determinada forma deve ser investigado, junto à fonte notificadora, para se avaliar a qualidade do diagnóstico. A alteração do perfil epidemiológico esperado precisa ser analisada quanto à possível variação da história natural da doença. As unidades de saúde, que têm ações de controle de diagnóstico e tratamento, devem inscrever o paciente no “Livro de Registro e Controle

de Tratamento dos Casos de Tuberculose”, para possibilitar a análise por coortes da distribuição dos casos por grupo etário, forma clínica, qualidade diagnóstica e resultado do tratamento. Os registros de óbitos por tuberculose, também devem ser motivo de análise, comparando-se esses registros com os de morbidade (BRASIL, 2009).

A evolução dos casos de tuberculose deve ser acompanhada e registrada em notificação, para que os casos possam ser encerrados, de acordo com os critérios a seguir:

- Alta por cura: pulmonares inicialmente positivos – a alta por cura será dada quando, ao completar o tratamento, o paciente apresentar duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento, e outra no final do tratamento (cura);
- Alta por completar o tratamento – a alta será dada com base em critérios clínicos radiológicos, quando o paciente não tiver realizado o exame de escarro por ausência de expectoração e tiver alta com base em dados clínicos e exames complementares em casos de tuberculose pulmonar inicialmente negativos e em casos de tuberculose extrapulmonar;
- Alta por abandono de tratamento – será dada ao doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última tomada da droga. A visita domiciliar, realizada pela equipe de saúde, tem como um dos objetivos evitar que o doente abandone o tratamento;
- Alta por mudança de diagnóstico – será dada quando for constatado erro no diagnóstico;

- Alta por óbito – será dada por ocasião do conhecimento da morte do paciente, durante o tratamento e independentemente da causa;
- Alta por falência – será dada quando houver persistência da positividade do escarro ao final do 4º ou 5º mês de tratamento. Os doentes que, no início do tratamento, são fortemente positivos (+ + ou + + +) e mantêm essa situação até o 4º mês, ou os que apresentam positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento, são classificados como casos de falência. O aparecimento de poucos bacilos no exame direto do escarro, na altura do 5º ou 6º meses do tratamento, isoladamente, não significa, necessariamente, a falência do tratamento. O paciente deverá ser acompanhado com exames bacteriológicos para melhor definição;
- Alta por transferência – será dada quando o doente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser processada, através de documento, que informará sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. Deve-se buscar a confirmação de que o paciente compareceu à unidade, para a qual foi transferido, e o resultado do tratamento, no momento da avaliação da coorte. Só serão considerados transferidos aqueles pacientes cujo resultado do tratamento for desconhecido.

A maioria dos casos curados não necessita de controle pós-tratamento, devendo-se orientar o paciente a retornar à unidade apenas se surgirem sintomas semelhantes aos do início da doença.

Estudos ressaltam a necessidade de implementar atividades na assistência, investir em capacitação de recursos humanos responsáveis pelo programa de controle de tuberculose e valorizar o relacionamento com os clientes, melhorando a qualidade das informações. Essa padronização dos esquemas de tratamento facilita sobremaneira, a assistência ao cliente, reforçando, inclusive, o papel da enfermagem, pois com a padronização, passa a ter maior relevância a ação do enfermeiro no acompanhamento dos casos em unidades básicas. Isso já que, se não houver a necessidade da prescrição médica, nos locais onde não há médico, o tratamento pode ser realizado sob total acompanhamento do enfermeiro sem nenhum comprometimento ético-profissional, sendo necessário o encaminhamento apenas nos casos de intercorrências.

A título de curiosidade e atualização, de acordo com a reportagem de PENNAFORT (2009), publicada pelo jornal *O Estado de São Paulo*, em 04 de abril de 2009, o tempo do tratamento da tuberculose pode ser reduzido de seis meses (período habitual atualmente utilizado) para dois. Um estudo do Hospital da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Johns Hopkins, dos Estados Unidos obteve bons resultados por intermédio da troca de um dos medicamentos componentes do tratamento: os testes aplicados em 170 pessoas mostraram que a substituição do etambutol pela moxifloxacina (normalmente utilizada para tratar pneumonia e sinusite) possibilita uma resposta mais rápida. A redução do tempo de tratamento poderá ajudar a resolver um problema sério que prejudica o controle da doença. Hoje, segundo a reportagem, até 30% dos pacientes contrariam ordens médicas e param de tomar os remédios ao se sentirem em melhor estado de saúde, o que ocorre após as primeiras oito semanas de terapia.

Segundo Conde et al. (2009), um dos coordenadores de pesquisa do Instituto de Doenças do Tórax do Hospital da UFRJ, a moxifloxacina, combinada com outras substâncias, mata mais bacilos e mais rapidamente. De acordo com suas afirmações, após dois meses, a cultura de escarro do grupo que tomava os medicamentos utilizados habitualmente tornou-se negativa para a doença em 68% dos casos e o índice, entre os que receberam a outra combinação, ficou em 82%.

Conde et al. (2009) publicaram na revista médica inglesa *The Lancet*, uma das mais conceituadas no mundo, o desenvolvimento de uma nova pesquisa, na qual uma parte dos pacientes tomará os medicamentos usuais e para outra serão ministradas moxifloxacina e rifapentina – este último um antibiótico usado contra a tuberculose com menos frequência no Brasil do que nos Estados Unidos.

Entretanto, apesar da boa notícia a respeito da redução do tratamento a dois terços do tempo, o prazo para utilização do novo método ainda demora. Conforme a reportagem, o prognóstico é de que até 2016 seja possível diminuir o tratamento.

2.2 A qualidade de vida e seus principais aspectos

Qualidade de vida! Será que temos a dimensão precisa do significado dessa expressão com a qual nos deparamos e à qual recorremos, com frequência abusiva, no nosso dia a dia? Será que temos consciência clara do que ela representa para cada indivíduo? Quando afirmamos que é necessário buscarmos e lutarmos por uma melhor qualidade de vida não ouvimos opinião contrária. Parece que todos estão de acordo com essa busca, com essa necessidade. Mas qual será o sentido que cada um está, particularmente, colocando nessa percepção?

O conceito de qualidade de vida tem sido amplamente utilizado nos dias atuais, chegando a se tornar parte do senso comum. Como podemos observar, a mídia veicula esse conceito de forma indiscriminada, favorecendo uma visão genérica ou reducionista sobre ele, sem o aprofundamento subjetivo que comporta. Essa dimensão, quase sempre ignorada ou com atenção reduzida, tem despertado interesse científico e uma conscientização cada vez maior, recebendo a devida consideração numa abordagem integrada e interdisciplinar, na tentativa de soluções holísticas, voltadas para o bem-estar integral do ser humano.

O conceito de qualidade também tem despertado pesquisas, cujos resultados são utilizados nas práticas desenvolvidas em Serviços de Saúde pelos profissionais que atuam em conjunto com a clientela acometida por patologias diversas.

O objetivo do termo *qualidade de vida* era descrever o efeito gerado pela aquisição de bens materiais (tecnologia) na vida das pessoas. Somente alguns anos mais tarde, passou a ser considerado como parâmetro a ser valorizado com o objetivo de capturar avanços nas áreas de educação e saúde. Na literatura médico-social, tem sido relacionada com uma variedade de termos, incluindo satisfação de vida, auto-estima, bem-estar, felicidade, saúde, valor e significado de vida, estado funcional e ajustamento (CARR; THOMPSON; KIRWAN, 1996).

A expressão “Qualidade de Vida” começou a ser utilizada, após a Segunda Guerra Mundial, com objetivo de descrever a aquisição de bens materiais, tais como: casa, carro, dinheiro, viagens, entre outros. Mais tarde, o conceito foi ampliado para medir o desenvolvimento social, por meio da saúde, educação, moradia, transporte, entre outros (WHOQOL, 1998).

Foi na década de 60 que a expressão “Qualidade de Vida” começou a ser utilizada por profissionais de saúde, por ocasião da implantação de serviços de saúde comunitários. A construção do conceito “Qualidade de Vida” existe em diferentes campos do saber, o que lhe confere múltiplos sentidos. Diferentes variáveis são consideradas. Em termos objetivos, a expressão “Qualidade de Vida” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” (WHOQOL, 1998).

Segundo o citado autor (1998), na década de 70, tentava-se explicar o termo “Qualidade de Vida”, porém ainda não havia operacionalização do conceito, apenas satisfação/insatisfação com a vida. Nos anos 80, iniciam-se os estudos e a operacionalização do conceito. Muitos trabalhos relacionam qualidade de vida à saúde. Com isso desenvolveram-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida.

O conceito de QV mais comumente utilizado, embora não único, é o da Organização Mundial de Saúde que considera QV a percepção do indivíduo sobre seu bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças (ANDERSON; RAJAGOPALAN, 1997).

É um conceito muito amplo que engloba saúde física, estado psicológico, grau de independência, relacionamento social, crenças, relação com o meio ambiente, ganho financeiro e liberdade. É por este motivo que a ideia de “qualidade de vida relacionada à saúde” foi desenvolvida no mundo médico. Ela corresponde a uma noção mais limitada de QV, que se refere às “dimensões” que são específicas e diretamente relacionadas aos estados de saúde. Exclui, portanto, os elementos como meio ambiente, ganho

financeiro, crenças e liberdade. Esse conceito é frequentemente referido na literatura médica como “qualidade de vida relacionada à saúde”; “estado de saúde”; e “estado funcional”(GUYATT; FEENY; PATRICK, 1997; WILSON; KAPLAN, 1995).

A partir da Década de 90, percebe-se que aspectos subjetivos e objetivos permeiam a qualidade de vida. Os aspectos objetivos caracterizados por fatores ambientais e sociais, nível socioeconômico e educacional referem-se à satisfação pessoal em relação à renda, emprego, habitação, entre outros. No entanto, foi verificado que, nem sempre, a presença de aspectos objetivos traz o bem-estar ou a felicidade. A subjetividade seria a percepção do indivíduo sobre sua saúde e aspectos não-médicos do seu contexto de vida. O próprio indivíduo avalia sua situação pessoal, uma vez que estudiosos enfatizam que a qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, pois depende das expectativas de cada um, já que o que é considerado como uma vida de boa qualidade para uma pessoa pode não ser o mesmo para uma outra.

Ferrans (1990, p. 23) define a qualidade de vida como “uma sensação de bem-estar de uma pessoa que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela”. O conceito de qualidade de vida, utilizado por pesquisadores, baseia-se na própria definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social.

Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (WHOQOL, 1998), qualidade de vida é “a percepção de um indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus padrões, expectativas e preocupações”.

A definição inclui seis domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e valores espirituais/crenças pessoais.

Definir, medir a qualidade de vida de uma pessoa é difícil e complexo. Sendo assim, os pesquisadores precisam conceituar o que entendem por qualidade de vida e estabelecer em qual definição seu estudo está apoiado.

A qualidade de vida é geralmente avaliada em pesquisas. A avaliação rotineira torna-se um instrumento fundamental utilizado em clínica. A avaliação da qualidade de vida tem melhorado a comunicação entre o cliente e o profissional de saúde, com isso o cliente enfatiza os domínios que são mais importantes para ele durante o processo avaliativo. A qualidade de vida relacionada à saúde também pode auxiliar em decisões de condições crônicas, diferenciar fatores que afetam a escolha do tratamento, facilitar informações, tornando os pacientes participantes diretos nas decisões terapêuticas e prover dados de relevância às autoridades reguladoras de saúde, para aprovação de novas drogas, técnicas e dispositivos (LUDERITZ; WERNER, 2000).

De forma geral, a qualidade de vida pode ser medida através de instrumentos classificados como específicos e genéricos. Os instrumentos específicos avaliam a qualidade de vida de portadores de doenças, agravos e condições específicas. Podem ser utilizados em crianças, idosos e trabalhadores. Os instrumentos genéricos podem ser usados para abordar o perfil da saúde ou não. Quando relacionado à Saúde, mostram o impacto da doença sobre o indivíduo, porém não especificam patologias. Permitem a comparação da Qualidade de Vida de pessoas sadias e doentes ou portadoras de uma mesma doença vivendo em diferentes condições (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

No âmbito da saúde, o conceito da qualidade de vida é focalizado na promoção da saúde. A qualidade de vida relacionada à saúde deseja avaliar quais são as dificuldades que o indivíduo tem para conviver com alguma doença e a influência que o tratamento ou as intervenções têm nesta doença. Os profissionais de saúde podem influenciar diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde, avaliando a doença, interferindo nas morbidades (aliviando a dor, o mal estar) e avaliando as intervenções (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Um grande número de instrumentos, métodos e técnicas tem sido proposto para avaliar a QV nas mais variadas doenças. A maioria deles é baseada em questionários formados por um número variável de itens ou questões. Estes itens são agrupados em “domínios” também chamados de dimensões. Um domínio ou dimensão se refere à área do comportamento ou experiência a ser medida. Os domínios podem incluir, por exemplo, mobilidade, cuidados consigo (que podem ser agrupados na função física), ou sintomas de depressão, ansiedade e bem-estar (que podem ser agrupados para formar o domínio função emocional).

A administração dos questionários de avaliação de QV ocorre de duas formas: com a autoadministração, quando a apresentação do questionário ao paciente pode ocorrer no próprio ambiente hospitalar ou ser enviado pelo correio em forma de carta, tendo, como vantagem, a maior privacidade do entrevistado e, como prejuízo, a perda maior de dados; administração pelo entrevistador, que requer um entrevistador treinado que pode aplicar o questionário durante uma consulta ou por telefone, com a vantagem de menor perda de informações (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1997).

Os instrumentos genéricos de avaliação do estado de saúde permitem abordar diferentes aspectos da qualidade de vida do paciente e podem ser utilizados em várias

condições. Emprega-se um sistema de contagem de pontos que, somados, resultam em uma nota final.

Globalmente, medidas gerais acessam aspectos de qualidade de vida relacionados à saúde que são relevantes, apesar das características individuais como: idade, sexo, doença ou condição física. As medidas gerais avaliam pelo menos quatro conceitos: funcionamento físico, saúde mental, função social e percepções de saúde geral. Essas avaliações gerais não são específicas para doenças ou procedimentos. As medidas de função física são focalizadas em limitações e capacidades que são comuns no dia a dia como autocuidado, andar, levantar objetos. Outras medidas de função física avaliam dor. Avaliações de saúde mental focalizam a frequência e intensidade do estresse, angústia psicológica. Avaliações de funcionamento social investigam a frequência e intensidade de contatos e relações sociais e a capacidade de interagir socialmente. Um questionário compreensivo e validado tem que refletir os valores e preferências do indivíduo. Os questionários gerais de saúde são os mais genéricos de todos e as avaliações do estado de saúde refletem as percepções e opiniões pessoais da saúde na sua totalidade. Essas avaliações dão uma boa ideia sobre saúde geral e refletem o impacto dos sintomas específicos. Entretanto, eles não refletem todos os aspectos de uma doença específica (DORIAN, 2004).

Para medir qualidade de vida estudos relatam a preferência pelo uso de instrumentos genéricos, como o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref, desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde com a intenção de avaliar qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional.

Em síntese, podemos dizer que a qualidade de vida representa uma “tentativa de quantificar em termos cientificamente avaliáveis a percepção, pelo paciente, das

consequências de sua doença e de seu tratamento sobre a sua habilidade de viver uma vida útil e satisfatória.” (DORIAN, 2004).

2.3 As principais ações de enfermagem na promoção da qualidade de vida do cliente portador de tuberculose

As ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas. Essa expansão ocorre no âmbito da atenção básica, na qual os gestores municipais juntamente com o gestor estadual agem de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da tuberculose.

A atenção básica deve ser a principal porta de entrada do SUS, utilizando-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. As principais tarefas do SUS são:

- realizar a “busca de sintomáticos respiratórios” - busca ativa permanente na unidade de saúde e/ou no domicílio (por meio da ESF ou PACS), assim como em instituições fechadas na sua área de abrangência;
- realizar coleta de escarro e outros materiais para o exame de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, cuidando para que o fluxo desses exames seja oportuno e que o resultado da baciloscopia esteja disponível para o médico no máximo em 24 horas na rede ambulatorial;

- solicitar cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade, para os casos de indivíduos com sorologia positiva para HIV, retratamentos (recidivas e retratamentos após abandono), população privada de liberdade e pessoas vivendo em situação de rua;
- indicar e prescrever o esquema básico, realizar o tratamento diretamente observado e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopias de controle até o final do tratamento (para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias negativas indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias);
- oferecer o teste anti-HIV a todos os doentes de tuberculose independente da idade, realizando o aconselhamento pré e pós-teste;
- realizar o controle diário de faltosos utilizando estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio, a fim de evitar a ocorrência de abandono; Realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença;
- identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados menores;
- realizar vacinação BCG Id;
- indicar, realizar ou referenciar, quando necessário, contatos ou suspeitos de Tuberculose para prova tuberculínica;
- solicitar cultura, identificação de espécie de micobactérias e teste de sensibilidade, para os casos com baciloscopia de controle positiva ao final

- do 2º mês e garantir o tratamento diretamente observado (os casos com evolução clínica desfavorável deverão ser encaminhados para a referência);
- preencher de forma adequada e oportuna os instrumentos de vigilância preconizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos);
 - encaminhar para a unidade de referência os casos nas seguintes situações: difícil diagnóstico, presença de efeitos adversos maiores, presença de comorbidades (transplantados, imunodeprimido incluindo infecção pelo HIV, hepatopatas, indivíduos com insuficiência renal crônica), casos de falência ao tratamento, casos que apresentem qualquer tipo de resistência aos fármacos;
 - receber e acompanhar os casos atendidos e encaminhados pelas referências conduzindo o tratamento supervisionado e investigação de contatos (contrarreferência);
 - responsabilizar-se pelo bom andamento de todos os casos de sua região de abrangência, acompanhando a evolução dos casos internados por meio de contacto periódico com o hospital e/ou família do doente;
 - oferecer apoio aos doentes em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.

Portanto, espera-se que a abordagem ao paciente seja integral, constituindo a estratégia de saúde da família o grande apoio para realizar estas atividades (BRASIL, 2010).

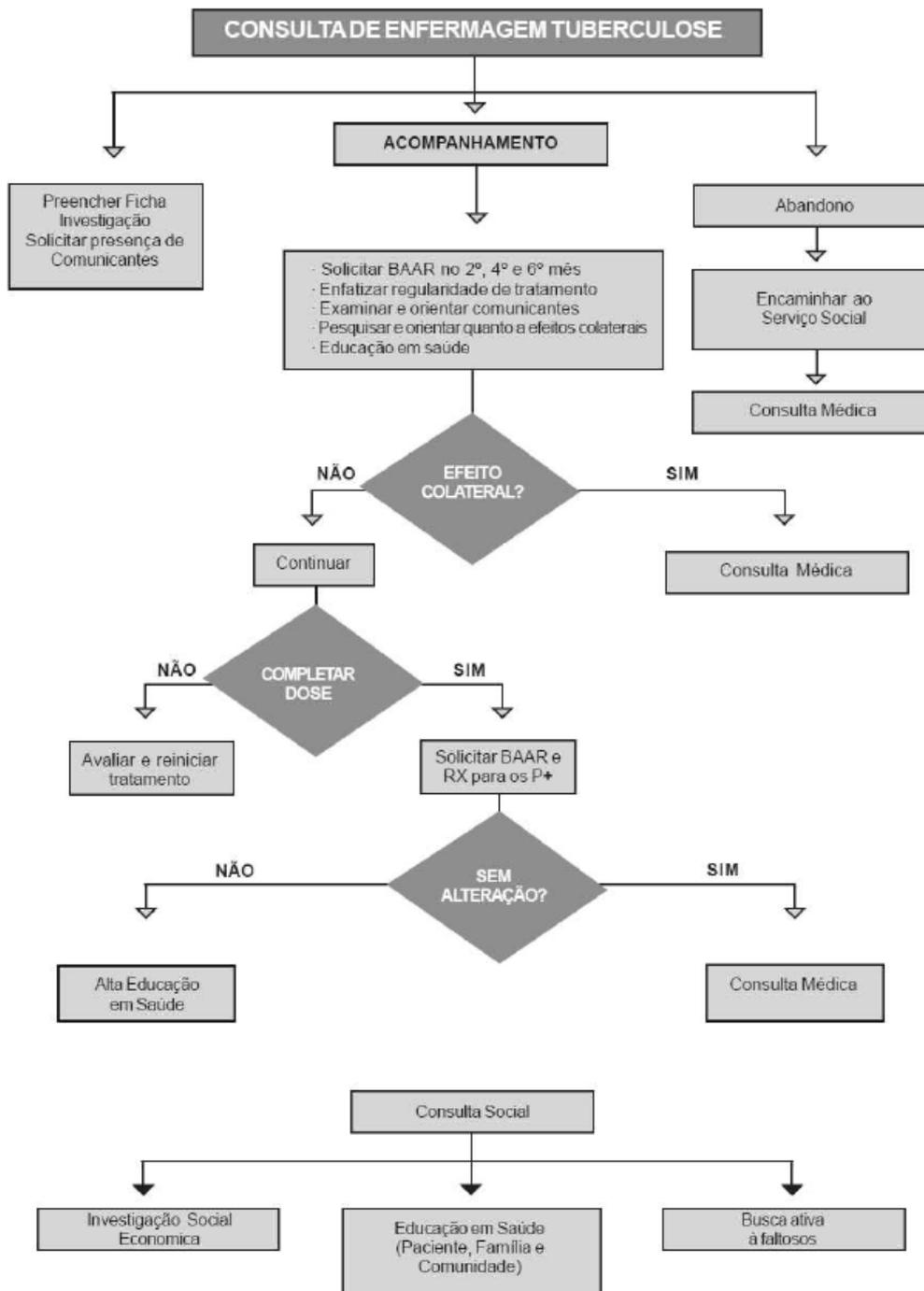


Figura 2 - Fluxograma de consulta de enfermagem ao paciente com tuberculose
 Fonte: Manual de Ações Programáticas: modelo de saúde todo dia.

O sucesso do tratamento depende, em parte, da disponibilidade de profissionais de saúde treinados e capacitados para fornecer o diagnóstico, tratar e acompanhar os casos, do comprometimento deles com o êxito do tratamento e da garantia de acesso do cliente ao serviço de saúde, laboratório para diagnóstico, controle baciloscópico mensal

e fornecimento das medicações. Além disso, são necessárias atividades educativas que abordem a doença, o tratamento e as consequências do abandono, além da necessidade da valorização do vínculo entre o cliente e a equipe de saúde. A outra parte do sucesso depende do desejo e compromisso da pessoa doente para manter-se no tratamento até a cura (BRASIL, 2010).

A principal responsabilidade da enfermagem na assistência ao cliente portador de tuberculose é orientar sobre a doença, como ela é transmitida e como é feito o tratamento. Para diminuir as dúvidas e as possíveis alterações do estilo de vida decorrentes da doença, os clientes são estimulados a fazer perguntas sobre suas preocupações. As perguntas devem ser respondidas adequando-se a informação ao nível educacional do cliente e à capacidade dele em entender as orientações que estão sendo dadas. Os folhetos explicativos devem ser utilizados para que o cliente possa reler o que foi dito e orientar seus familiares. É importante ampliar o conteúdo da consulta de enfermagem junto ao cliente para dimensionar as perspectivas do diagnóstico de enfermagem; providenciar o exame e o tratamento preventivo dos clientes, procurando protegê-los da possibilidade de transmissão do bacilo da tuberculose; defender a adesão ao regime de tratamento; promover a atividade e a nutrição adequadas; monitorar e tratar as complicações potenciais (desnutrição, efeitos colaterais da terapêutica medicamentosa, resistência a múltiplas drogas, disseminação da infecção por tuberculose).

Tratar uma pessoa doente não significa dar a medicação. Quando consideramos o cliente na sua dimensão existencial, colocamos em prática um modo de tratar que vai além da tecnologia utilizada nos espaços assistenciais. Levando-se em conta a dimensão do cuidar que envolve a consideração e a tolerância pela pessoa que busca ajuda e

resposta para uma situação ou problema de saúde. Considerar aspectos relativos ao adoecimento, ao tratamento, ao afastamento social, às limitações cotidianas, às condições de vida do cliente e à expectativa da cura são fatores determinantes para o sucesso do tratamento (RODRIGUES, 2003).

Deve-se ressaltar a importância do enfermeiro em prover e prever serviços de enfermagem voltados à plena investigação de clientes doentes, pois sua atuação pode ser parte fundamental para um efetivo controle da tuberculose junto à população. Estrategicamente pelo quantitativo de profissionais de enfermagem existentes, essa categoria profissional, devidamente orientada, tem muito a contribuir para o controle da doença.

A apreciação de uma intervenção e ação envolve uma dimensão técnica dos serviços, focalizando sua adequação às necessidades dos clientes e a qualidade dos serviços. A dimensão voltada para as relações interpessoais observa a interação psicológica e social entre os clientes e os produtores de cuidados no apoio aos pacientes e na satisfação destes. Finalmente, deve-se ter uma dimensão organizacional do processo que diz respeito à acessibilidade aos serviços e à extensão de cobertura dos serviços oferecidos (RUFFINO NETTO, 2008).

Espera-se que o controle da tuberculose avance de forma satisfatória, não só na imediata melhoria das buscas de casos, tratamento e prevenção, mas também nas atividades de promoção da saúde.

2.4 A qualidade de vida e tuberculose

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL, 1994) definiu QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos,

expectativas, padrões e preocupações" Nesta definição fica implícito que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (FLECK, 2008).

Essa é uma definição bem abrangente que interrelaciona a pessoa com seu meio sócio-cultural, com aspectos psicológicos e fisiológicos e reflete a subjetividade do conceito. O conceito de qualidade de vida relacionado à saúde envolve fatores biológicos como a severidade da doença e a importância dos sintomas e também o tratamento e seus efeitos colaterais. Esses fatores biológicos e do tratamento podem ser influenciados por outros fatores como os sociais e psicológicos (por exemplo, a personalidade do paciente, educação, sexo etc.). Assim o resultado é uma diferença da importância dos sintomas, do bem estar percebido e da capacidade funcional que varia de paciente a paciente, e com o tempo (DORIAN, 2004).

É preciso destacar que uma vez que a QV decorre dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, a problemática das doenças que afetam os indivíduos já não pode mais ser explicada unicamente pelos fatores biológicos que as caracterizam. Classificar a saúde em boa, má ou razoável é também definir a QV, pois ela surge das condições da classe social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde, enfim, de tudo o que diz respeito à vida. Dessa forma, como as doenças refletem de várias formas na vida do indivíduo, a conceituação do termo saúde adquire uma complexidade muito grande, tendo em vista os vários aspectos que envolvem a vida em sociedade (SILVA; SOUZA; MEIRELLES, 2004).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”. Esse é um conceito biológico, pertencente ao paradigma médico, com seu foco em agentes etiológicos e em resultados clínicos, cujas origens filosóficas do modelo são encontradas no dualismo do corpo-mente no qual a mente e o corpo são entidades separadas, e a saúde e a doença são vistas como fenômenos estritamente biológicos. A alta tecnologia e os serviços de saúde são tidos como sendo uma chave para restaurar e melhorar a saúde tanto individual quanto de populações. A partir dessa visão, o corpo é isolado da pessoa e as experiências subjetivas de saúde e doença são ignorados. No entanto, houve uma mudança do paradigma médico para um conceito mais amplo de comportamento social que se compromete a desenvolver maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos. Como resultado dessa mudança, tem-se passado de uma preocupação com a doença, para uma preocupação com a saúde; não preocupação em curar e sim em prevenir e promover saúde; não ênfase aos serviços de saúde e sim ao ambiente social e físico como maiores determinantes de saúde. Logo, o cliente é visto não como um corpo e sim como uma pessoa, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença (FERRANS, 1990).

A qualidade de vida parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área da saúde. A problemática das doenças que afetam os indivíduos não pode mais ser explicada unicamente pelos fatores biológicos que as caracterizam, uma vez que a qualidade de vida, que é decorrente dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, é uma determinante essencial (SEIDL; ZANNON, 2004).

Segundo Fleck (2008), nas últimas décadas é notório o interesse em estudar fatores positivos na área da saúde. A pesquisa em QV vai ao encontro deste interesse, já que estuda variáveis positivas da vida, como a resiliência, a esperança, a sabedoria. Esta psicologia positiva é, por isso, mais uma vertente para o desenvolvimento do conceito de QV.

Dentro desse contexto, é preciso entender que a qualidade de vida em pessoas com tuberculose é uma reunião complexa de doença, pobreza, estigma, discriminação e a falta de tratamento combinado com a vida familiar, trabalho e atividades sociais. E, ainda, a doença afeta não apenas a pessoa infectada, mas também sua família, comunidade e país (PHALADZE et al., 2005).

Chang et al. (2004) confirmam a pouca existência de pesquisas relacionadas com a TB e a qualidade de vida, evidenciando a sua marcada escassez nos países desenvolvidos.

Segundo Dhuria, Sharma e Ingle (2008), os cuidados de saúde, para serem compreendidos na sua essência, devem incluir além dos indicadores de mudança na frequência e agravamentos da tuberculose, os indicadores de bem-estar. Esta doença afeta o estado geral da saúde da pessoa e é, segundo Dion et al. (2004), causa de um impacto substancial, mas ainda pouco caracterizado, podendo refletir sintomas de doença, efeitos colaterais do tratamento e preocupações sociais, como o isolamento e a perda de emprego.

Estes temas precisam ser integrados nas diversas análises econômicas das estratégias de controle da TB. A contabilização das alterações no estado de saúde pode permitir comparações dos benefícios alcançados entre os diferentes programas de prevenção da doença ou entre as diferentes intervenções de saúde pública (DION et al.,

2004). Para Schmetana et al. (2008, p. 12), “a tuberculose exige programas que visem a melhoria da qualidade de vida”, sendo o controle da TB um grande desafio que exige a resolução de problemas. No entanto, escassas investigações parecem incidir sobre a avaliação da QV do ponto de vista dos doentes infectados (CHANG et al., 2004; DION et al., 2004).

Em 2006, na Índia, Eram et al. (2006), ao estudarem a percepção da doença no cliente com TB, encontraram uma reação negativa inicial ao diagnóstico na maioria dos casos estudados. Apenas 18% manifestava esperança na cura, 30% manifestava ansiedade e 26% manifestava depressão. As perturbações psicológicas, como a tensão, a perda de interesse e a depressão eram mais comuns nos doentes menos instruídos e de baixa classe socioeconômica, negligenciados pela família e sociedade. Verificaram ainda que a alfabetização e a boa condição socioeconômica tinham efeito positivo, já que os doentes com níveis de instrução mais elevados e pertencentes a estratos socioeconômicos mais favorecidos acreditavam mais na cura da doença.

Em 2008, Dhuria, Sharma e Ingle obtiveram resultados semelhantes aos apresentados pelos autores anteriores, em que o estigma da TB era responsável por implicações nos papéis sociais e psicológicos, bem como na percepção geral da saúde.

No estudo de Rajeswari et al. (2005), 47% dos doentes microbiologicamente curados ainda apresentava queixas respiratórias. Estes autores defendem que a compreensão da percepção dos doentes, por parte dos profissionais de saúde, permite uma melhor orientação e acompanhamento em todo o programa terapêutico. Sugerem que os programas de controle de TB devem informar aos doentes a possibilidade de continuação de sintomas respiratórios e a persistência do estigma social, mesmo após a cura, bem como fornecer apoio social a eles, aconselhamento e educação para a saúde, a

fim de aliviar o sofrimento mental e social dos doentes. No entanto, alertam que assim que os sintomas da doença começam a desaparecer, no decorrer do tratamento, os clientes mal informados começam a acreditar que já não têm mais a doença porque se sentem melhor. Tal sentimento os conduz ao abandono e desistência do tratamento.

Chang et al. (2004) defendem que uma melhor compreensão das vivências dos doentes com TB pode ajudar a melhorar os esquemas terapêuticos, a adesão ao tratamento e ao funcionamento deste bem como o bem-estar das pessoas, promovendo o sucesso do seu processo terapêutico.

Tekle, Mariam e Ali (2002) encontraram resultados que confirmaram que os efeitos colaterais da medicação foram um dos principais fatores que contribuiu para a elevada taxa de abandono terapêutico. Eles também apontaram outros fatores, como a falta de apoio familiar, o inadequado conhecimento sobre a duração do tratamento, a medicação e informação sobre os seus efeitos colaterais. Esses autores defendem que os programas de controle da TB devem levar em consideração esses fatores, para conseguir reduzir as faltas ao tratamento e obter sucesso terapêutico.

Eram et al. (2006) esclarecem que a falta de consciência ou conhecimento sobre a doença poderá conduzir o portador de TB a uma crença errada, que pode afetar a informação e, conseqüentemente, a má adesão ao esquema terapêutico adequado. Os autores sugerem que a educação para a saúde é fundamental no sentido de eliminar uma atitude negativa em relação à doença.

É necessário esclarecer à comunidade, quanto aos aspectos importantes da doença, sua transmissão, prevenção e tratamento. O desconhecimento leva à discriminação do doente, no âmbito familiar e profissional. O afastamento compulsório do trabalho contribui para o agravamento do sofrimento do cliente (BRASIL, 2009).

O PCT recomenda a adoção de medidas de supervisão e suporte que privilegiem uma abordagem centrada nas necessidades e características do doente, garantindo a equidade no acesso aos serviços clínicos, independentemente da forma clínica e dos fatores psicossociais. O bom relacionamento entre o doente e a equipe de saúde, a informação e educação sobre a doença e o seu tratamento, a flexibilidade e disponibilidade dos serviços, bem como a motivação e a crença na eficácia do tratamento, devem ser exaltados e potenciados no sentido de se obter um impacto positivo na adesão ao tratamento.

CAPÍTULO III

MÉTODOS E MATERIAIS

3.1 Tipo de estudo

Estudo foi descritivo com abordagem quantitativa. Seidl e Zannon (2004) esclarecem que o estudo quantitativo reúne esforços para a construção de instrumentos, com caráter multidimensional ou específico do constructo, garantindo a validade e confiabilidade das técnicas empregadas. Já, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), estudos como este visam analisar estatisticamente os dados objetivos de um trabalho.

O referencial teórico-metodológico também foi baseado no conceito de Qualidade de Vida da OMS e na linha de pesquisa da *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL) da OMS.

3.2 Cenário do estudo

O município do Rio de Janeiro situa-se a 23° 04' 10'' de Latitude Sul e 43° 47' 40'' de Longitude Oeste, possuindo uma área total de 1.182 Km², sendo 70% dela antropomorfizada, e está localizado na região sudeste do Brasil. Possui uma população estimada de 6.136.65 habitantes para o ano de 2006, que vive em 160 bairros distribuídos por cinco áreas programáticas (BRASIL, 2009).

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro da Área de Planejamento 2.2, que oferece os seguintes serviços: Programa de Saúde da Criança e Adolescente, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Diabetes e Hipertensão, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Hanseníase, Programa de Imunização, Programa de Controle de Tuberculose. O perfil

da clientela são moradores da referida Área de Planejamento, que engloba os seguintes bairros: Tijuca, Praça da Bandeira, Grajaú, Vila Isabel, Maracanã e Alto da Boa Vista. É uma unidade que atende no horário de 7 às 17 h, não oferece atendimento de emergência e possui laboratório próprio de análises clínicas, onde os exames de laboratório são realizados na própria unidade (baciloscopias e cultura de escarro).

Nesta unidade, o Programa de Controle de Tuberculose funciona do seguinte modo: os sintomáticos respiratórios são atendidos por livre demanda, momento em que o profissional de enfermagem (enfermeira ou auxiliar de enfermagem), solicita a baciloscopia direta do escarro em duas amostras. O cliente é orientado a retornar assim que tiver o resultado da primeira baciloscopia. Em caso de resultado positivo, é marcada a consulta médica, e a enfermeira do programa inicia a consulta de enfermagem, na qual o cliente recebe o primeiro atendimento, é inscrito no programa de tuberculose e lhe são dadas as medicações que dão início ao tratamento, assim como todas as orientações sobre ele, possíveis complicações e a importância de seguir o tratamento até obter alta (cura). A notificação e anotações no livro de controle de tuberculose é de responsabilidade da enfermeira e das médicas. A busca de faltosos é feita pela enfermeira por contato telefônico ou envio de aerograma. Todos os clientes realizam o tratamento na modalidade autoadministrada. Não é oferecido vale transporte, ou qualquer ajuda. O doente precisa custear seu deslocamento até a unidade.

Caso as duas baciloscopias tenham resultado negativo, o cliente é liberado e orientado a retornar a unidade se apresentar algum sintoma indicativo de tuberculose.

A unidade conta com duas salas interligadas e exclusivas para atendimento aos sintomáticos respiratórios e portadores de tuberculose. As salas possuem janelas grandes que permanecem abertas, portas abertas, ventiladores no chão direcionados para

a saída e um exaustor em cada sala. Os profissionais utilizam máscara N-95 para atendimento dos sintomáticos respiratórios e/ou suspeitos de baciloscopia positiva. Caso necessário, a unidade possui máscara comum para os doentes.

A unidade foi escolhida por apresentar eficiência de atendimento e por localizar-se numa área que abrange uma grande demanda de clientes.

3.3 Instrumento

Os dados foram coletados em dois instrumentos de pesquisa:

- I – caracterização do sujeito (Anexo A);
- II – instrumento WHOQOL-bref (Anexo B).

No instrumento I, foram coletados os dados referentes a sexo, idade, estado civil, escolaridade, grau de instrução do responsável pelo domicílio, ocupação, renda familiar, local onde vive, tipo de moradia, condições da moradia e duas perguntas sobre a forma clínica da tuberculose e tempo de tratamento. O instrumento I é um instrumento de caracterização do sujeito formulado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose – Rede TB. O instrumento II é um instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS), o WHOQOL-bref. O instrumento WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality Of Life Group*), é um questionário testado e validado em várias culturas, sob a coordenação do grupo da OMS. O projeto para a criação do instrumento de Qualidade de Vida pela WHOQOL Group (*World Health Organization Quality Of Life*) contou com a colaboração de 15 centros, simultaneamente, em diferentes culturas. Foram desenvolvidos dois instrumentos gerais de qualidade de vida: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref. O WHOQOL-100 consta de 100 questões. Já o WHOQOL-bref é uma versão abreviada. O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi

tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) seria preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico, seria então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico e substituídos por outros três que explicavam melhor a faceta em questão.

Fleck et al. (2004) defendem três aspectos fundamentais obtidos através do WHOQOL Group: subjectividade da perspectiva do indivíduo; multidimensionalidade, em que a QV é composta por várias dimensões, sendo desejável que o instrumento de avaliação aborde os escores de vários domínios (físico, mental, social, etc); e a presença de dimensões positivas e negativas, em que determinados elementos quer pela sua presença ou pela sua ausência possibilitem a medição de QV.

O WHOQOL-Bref, utilizado para avaliar qualidade de vida de populações adultas, contém 26 perguntas das quais 24 são distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Quadro 1). Cada domínio é representado por várias facetas e suas questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com escala de *intensidade* (nada – extremamente), *capacidade* (nada –

completamente), *frequência* (nunca – sempre) e *avaliação* (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom), todas graduadas em cinco níveis (um ao cinco).

A escala do tipo Likert é muito utilizada em inquéritos populacionais. Os cinco escores de respostas são mais aconselháveis pela sua capacidade de medir os extremos, bem como os valores intermediários da acessibilidade, tornando-se factível classificá-la em níveis satisfatórios, regulares e insatisfatórios (ARCÊNCIO et al., 2008).

	0%	25%	50%	75%	100%
Intensidade	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
Avaliação	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
Capacidade	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Frequência	nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre

Quadro 1 - Escalas de respostas do tipo Likert

As facetas de cada domínio podem ser observadas no quadro abaixo:

1)	Físico: percepção do indivíduo sobre sua condição física. Contém as facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; Questões: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.
2)	Psicológico: percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, cujas facetas são: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais. Questões: 5, 6, 7, 11, 19, 26.
3)	Relações sociais: percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida, com as seguintes facetas: relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual. Questões: 20, 21, 22.
4)	Meio ambiente: percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Contém as facetas: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ ruído/ trânsito/clima); e transporte. Questões: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

Quadro 2 – Facetas dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente

Além dos quatro domínios, o instrumento apresenta duas questões gerais, sendo que uma se refere à autopercepção da qualidade de vida e a outra à satisfação com a saúde. Esses domínios são ilustrados na tabela acima.

Após a fase de concepção, estruturação e elaboração, um questionário de qualidade de vida precisa ser testado e avaliado. A avaliação do desempenho de um instrumento de medida da qualidade de vida é chamada de validação, ou seja, o processo de provar que o questionário realmente é capaz de medir o que se propõe (SCHIPPER; CLINCH; OLWENY, 1996).

Nos estudos de qualidade de vida, a reprodutibilidade e a acurácia são chamadas, respectivamente, de confiabilidade e de validade (HULLEY; MARTIN; CUMMINGS, 2001). A confiabilidade pode ser definida como a capacidade de um instrumento de medida fornecer o mesmo resultado em ensaios repetidos e independentes, mantidas as mesmas condições. A validade pode ser dividida em: de conteúdo, de critério e de construto. A primeira tem dois componentes: a validade de face, quando se julga se uma medida faz sentido intuitivamente e se é razoável; e a validade amostral quando se julga se a medida incorpora todos os aspectos do fenômeno em estudo. A validade de critério pode ser definida como o grau em que a medida se correlaciona com um critério externo, considerado o padrão ouro. A validade de construto que foi inicialmente descrita por Lee J. Cronbach e Paul Everett Meehl em 1955 (CRONBACH, 1955), é utilizada quando o padrão ouro não existe. O trabalho original dos autores, publicado no periódico "Psychological Bulletin", é considerado um clássico da psicologia. Nesse texto, esse novo tipo de validade é conceituado, suas diretrizes sugeridas e as formas de mensurá-la determinadas. Um conceito intrigante do texto é a afirmação de que um mesmo teste pode ser utilizado para diferentes propósitos e o que validamos, na

verdade, é a nossa proposta de interpretação deste teste. Construto pode ser definido como uma noção teórica do domínio que queremos medir. Uma compreensão deste construto leva a expectativas sobre como o instrumento se comportaria caso fosse válido. Outra importante propriedade de um instrumento, principalmente do tipo evolutivo, é a responsividade, definida como a capacidade de detectar um efeito, mesmo que pequeno, de um tratamento ao longo do tempo. Está diretamente relacionada à magnitude da mudança nos resultados que constituem uma diferença clinicamente significativa e inversamente relacionada à variabilidade entre indivíduos ao longo do tempo.

O questionário é autoaplicável e recomenda-se que as pessoas se baseiem em dados das duas semanas que precederam seu preenchimento. Devido à fidedignidade, confiabilidade, extensão e praticidade (autoaplicável), ele é um dos questionários genéricos de avaliação de qualidade de vida mais utilizado.

Estes instrumentos estão disponíveis em 20 idiomas. A versão em português, utilizada neste estudo foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, no ano de 2000.

O WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref são da OMS. Os instrumentos podem ser utilizados, porém as orientações, questões e “lay out” não devem ser modificados de forma alguma. Ao utilizar o instrumento WHOQOL-bref faz-se necessário entrar em contato com o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida, através do e-mail disponibilizado na página da OMS da Divisão de Saúde Mental – Grupo WHOQOL, informando nome, instituição e cidade onde foi desenvolvida a pesquisa.

3.4 Sujeitos do estudo

Participaram do estudo 102 clientes, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem portadores de tuberculose inscritos no Programa de Tuberculose da Policlínica, atendidos no turno da manhã e/ou tarde; já terem iniciado o tratamento (com medicação), independente do seu estágio de tratamento, estarem acima de 18 anos de idade e terem assinado o termo de compromisso antes de participarem do estudo. Como critério de exclusão, não participaram do estudo clientes analfabetos.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através dos questionários que foram respondidos pelos sujeitos da pesquisa. As dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora. A pesquisa foi feita antes da consulta médica agendada para quando o cliente retornasse a unidade. A pesquisadora fez a coleta dos dados nos dias e horários que não atua na unidade como enfermeira, para que sua rotina de trabalho ou suas atividades não pudessem interferir na pesquisa e/ou no resultado dela. Os dados foram coletados no período de fevereiro/2010 a abril/2010. A cada um dos sujeitos da pesquisa foi realizada apresentação da pesquisadora e, em seguida, a leitura do TCLE com informações sobre o estudo e sobre a pesquisadora. Logo, com a permissão já registrada por meio da assinatura do termo, o cliente iniciou o preenchimento do instrumento de pesquisa (ANEXOS A e B). A pesquisadora participou da coleta de dados e orientou quanto ao preenchimento dos instrumentos, que foram administrados durante os diferentes turnos dos serviços. Na entrega dos instrumentos foram fornecidas as explicações e também respondidas às perguntas feitas pelos clientes que compuseram a população em estudo. Cada participante respondeu ao seu instrumento independentemente dos outros, uma

vez que o liam e respondiam com privacidade em uma sala destinada para os participantes da pesquisa. Não foi estipulado tempo para preenchimento do instrumento. Contudo, o tempo médio de preenchimento do instrumento foi de aproximadamente 10 minutos.

O presente estudo contou com a aplicação de um pré-teste, para assegurar a qualidade dos instrumentos de coleta dos dados, principalmente para atender aos aspectos referentes à clareza e precisão dos termos, forma das questões, desmembramento, ordenação e introdução de elementos (GIL, 2006). O instrumento-teste foi aplicado a um grupo de cinco clientes, que não pertenciam ao universo da população estudada.

3.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados quantitativos foram tratados através da estatística descritiva. As respostas foram agrupadas e categorizadas para a formação de um banco de dados utilizando-se o programa *Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 17 for Windows*, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para o questionário do WHOQOL-Bref.

È um programa que permite realizar um banco de dados capaz de gerar informações com rapidez para as questões de saúde e tratamento estatístico, possibilitando em curto espaço de tempo, aptidões para o manuseio de problemas propostos pela bioestatística e pela epidemiologia. Logo, os dados foram dispostos e analisados com auxílio da estatística descritiva com distribuição de frequência simples e absoluta e apresentados em tabelas.

Os escores de qualidade de vida foram avaliados segundo os domínios da OMS, domínios físico, de meio ambiente, psicológico e de relações sociais. Os escores foram calculados segundo a sintaxe disponibilizada pela OMS, via internet, e representados em tabelas e gráfico. Na análise do WHOQOL-bref foram utilizados os seguintes passos:

- conferência dos itens: a conferência dos 26 itens, que devem conter respostas com valores inteiros de 1 a 5;
- reversão das perguntas com frase na negativa: Os escores dos domínios são escalonados numa posição positiva (maiores escores denotam maior qualidade de vida). Portanto as questões que estão na negativa (questões 3, 4 e 26) foram recalculadas de forma invertida: (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1);
- computação dos escores por domínios: O WHOQOL-bref contém um total de 26 questões. Dessas questões derivam-se os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Assim obtêm-se quatro médias, que denotam a percepção individual de qualidade de vida em cada domínio. Em seguida, cada média é multiplicada por 4 no sentido de tornar os escores dos domínios comparáveis aos escores dos domínios usados no WHOQOL-100. Portanto, essa escala possui uma amplitude de valores variando entre 4 e 20. Existem dois itens que são avaliados separadamente dos domínios: questão 1, que pergunta sobre a percepção geral individual da qualidade de vida, e questão 2, que pergunta sobre a percepção geral individual da saúde. Da mesma forma, calculou-se a média de cada pergunta, multiplicando o resultado por 4.

- transformação dos escores na escala de 0 - 100, através da fórmula: $[(\text{Média} - 4) \times (100/16)]$.

Segue, a seguir, o Quadro 3 de sintaxe disponibilizado pela OMS.

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<pre>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).</pre> <p>(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p>
Reverse 3 negatively phrased items	<pre>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)</pre> <p>(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
Compute domain scores	<pre>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.</pre> <p>(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The ".6" in "MEAN.6" specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p>
Transform scores to 0-100 scale	<pre>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</pre>
Delete cases with > 20% missing data	<pre>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)</pre> <p>(This command creates a new column "total". "Total" contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The "Q1 TO Q26" means that consecutive columns from "Q1", the first item, to "Q26", the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)</p> <pre>SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE</pre> <p>(This second command selects only those cases where "total", the "total number" of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p>

Quadro 3 – Sintaxe do WHOQOL-Bref

Fonte: FLECK et al. (2000).

A confiabilidade foi medida através do coeficiente **Alpha de Cronbach**, que é um importante indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento psicométrico, sendo por vezes chamado de coeficiente de fidedignidade de uma escala. A pontuação

de cada item é computada e a classificação global, chamada de escala, é definida pela soma de todas essas pontuações. Em seguida, é calculado o coeficiente de fidedignidade (pelo α de Cronbach) que é definido como o quadrado da correlação entre as pontuações da escala e o fator subjacente que a escala se propõe a medir.

Foi nomeado como α por Cronbach (1955) com intenção de replicar a técnica em outros instrumentos. Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento, maior vai ser o valor do α de cronbach, por esta razão, ele também é conhecido como consistência interna do teste. O α pode assumir valores entre 1 e infinito negativo (embora apenas valores positivos façam sentido). Pesquisadores, como regra geral, postulam que um bom valor do α seria 0,70 ou superior (obtido com uma amostra significativa) e procuram instrumentos com essa especificação antes de utilizá-lo. Obviamente, essa regra deve ser aplicada com prudência, uma vez que o grau adequado de fidedignidade depende da utilização do instrumento, que pode ser escrito como a função entre o número de itens e a média das intercorrelações entre eles. Portanto, quanto maior o número de itens ou maior a correlação entre o itens, maior o coeficiente. Um valor igual ou superior a 0,70 é considerado adequado para garantir boa confiabilidade da escala em questão (FAYERS, 2000).

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Durante a construção do projeto de pesquisa e proposição da dissertação de mestrado, o corpo diretivo da instituição, cenário de coleta de dados, foi consultado quanto à possibilidade de realização do estudo. Após resposta afirmativa, o projeto foi submetido, avaliado e autorizado sob os protocolos de número 077/09 e 214/09 pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) - Hospital

Escola São Francisco de Assis (HESFA) e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, respectivamente (ANEXO D).

Os clientes da unidade de saúde que preenchiam os critérios de inclusão foram consultados e os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias em que constava: o tema da pesquisa, os objetivos do estudo, a garantia do sigilo, a liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, dentre outros, a livre expressão de ideias, opiniões e assertivas acerca da temática. O estudo não teve custos para o participante.

Foram explicados os benefícios da pesquisa: aumentar conhecimentos na área de enfermagem visando à promoção de vida e à assistência prestada aos clientes. No TCLE constava nome e contato da pesquisadora para quaisquer esclarecimentos, conforme preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes foram informados de que os dados pertinentes ao objeto de estudo seriam utilizados exclusivamente para fins desta pesquisa.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos 102 questionários aplicados aos clientes, 100% foram preenchidos e devolvidos.

Os dados coletados foram organizados e apresentados em forma de tabelas e gráfico a fim de atender aos objetivos propostos no estudo.

A princípio, são apresentados os dados relacionados à identificação do perfil da clientela portadora de tuberculose que participou do estudo, dessa forma, atingindo o primeiro objetivo da pesquisa.

A seguir, são apresentados os resultados referentes aos demais objetivos do estudo, onde foi identificada a qualidade de vida dos clientes portadores de tuberculose, analisada a qualidade de vida desses clientes e realizada associação da qualidade de vida e tuberculose.

4.1 Identificação do perfil da clientela com tuberculose acompanhada na consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde

Para identificar o perfil dos clientes participantes do estudo, nesta primeira parte do instrumento, foram coletados dados referentes a sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, nível de escolaridade do responsável pelo domicílio, ocupação, renda familiar, forma de moradia, tipo de moradia, número de cômodos da casa, número de pessoas na moradia, número de adultos, número de crianças, número de itens que têm na moradia, forma clínica de tuberculose e tempo de tratamento.

A Tabela 2 mostra os dados referentes ao sexo, idade e estado civil dos clientes com tuberculose.

Tabela 2 - Características dos clientes com tuberculose em relação ao sexo, à idade e ao estado civil

Dados	f	%
Sexo		
Feminino	37	36%
Masculino	65	64%
Total	102	100%
Idade		
18 a 29	36	35%
30 a 39	20	20%
40 a 49	20	20%
50 a 59	14	14%
60 acima	12	12%
Total	102	100%
Estado Civil		
Solteiro	36	35%
União Estável	14	14%
Casado	41	40%
Separado/Divorciado	4	4%
Viúvo	7	7%
Total	102	100%

A população de 102 clientes está composta majoritariamente, 64% pelo sexo masculino, a faixa etária que mais adoeceu foi a de 18 a 29 anos, que corresponde a 35% do total de adoecimentos. Seguida da faixa etária de 30 a 39 anos com 20% de casos e da faixa etária de 40 a 49 anos com 20%. Com relação ao estado civil a maioria é casada, 40%, seguida pelos solteiros, 35%. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o país apresenta proporção de acometimento de tuberculose de 2 homens para cada 1 mulher. Segundo dados epidemiológicos (RIO DE JANEIRO, 2008), entre os anos de 2001 e 2007, no município do Rio de Janeiro, houve uma predominância de tuberculose entre indivíduos do sexo masculino na faixa etária de 20 a 49 anos, pois tal

grupo possui maior concentração de afecção pelo HIV/Aids, de alcoolismo, de exposição ao bacilo e, conseqüentemente, infecção latente.

No período de 1986 a 1996, ocorreu aumento da média de idade entre pacientes com tuberculose no Brasil, sendo que a faixa acima de 30 anos destacou-se, com 80/100 mil habitantes, se comparada à faixa de zero a 19 anos, com 25/100 mil. Essas faixas etárias mencionadas apontam para um risco de infecção elevado, visto que se trata de uma amostra da população economicamente ativa e mais exposta aos riscos de transmissão de doenças como a tuberculose, o que sustenta e amplifica a cadeia de transmissão da enfermidade (CHAIMOWICZ, 2001).

Os doentes do presente estudo estão, em sua maioria, na faixa etária reprodutiva o que também é encontrado em outros estudos da epidemiologia da TB (WANG et al., 2007).

O gênero, definido como características socialmente construídas de homens e mulheres, é um fator importante para o desenvolvimento da TB e para acesso aos serviços de saúde. Além disso, ele define diferentes formas de enfrentamento e conseqüências sociais da doença. O gênero não influencia somente no risco de contrair a TB também vemos sua influência em cada passo em direção ao diagnóstico, estruturas e barreiras definidas pelo gênero criam desvantagens que são específicas para homens e mulheres em diferentes contextos (WHO, 2007).

Diferenças na incidência de TB entre homens e mulheres podem refletir em diferenças biológicas na epidemiologia da doença, e nos papéis sociais de homens e mulheres que influenciam no risco de exposição e em diferenças de gênero no acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2007).

É relatado que as mulheres apresentam menos sintomas da TB do que os homens e, por isso, eles passam despercebidos por muito tempo. Ainda têm maior tendência a consultar em serviços privados, tem maior medo do estigma da doença a maior dificuldade em acessar os serviços de saúde. Assim, as mulheres podem ser menos diagnosticadas e notificadas que os homens (WHO, 2007).

A doença acomete pessoas em seus melhores anos de vida em relação a estudos, profissão, trabalho e estabelecimento de relações sociais. O adoecimento leva à interrupção ou adiamento de projetos pessoais, o que para alguns pode significar uma completa mudança em suas vidas. As alterações no cotidiano decorrentes da doença podem causar apatia ou falta de vontade para desempenhar as atividades que a pessoa estava acostumada a executar (SILVA, 2006).

Foi encontrado maior número de clientes casados, seguidos pelos solteiros o que é justificado em parte pela faixa etária predominante no estudo.

A Tabela 3 contém dados relativos ao nível de escolaridade do cliente e o nível de escolaridade do responsável pelo domicílio.

Tabela 3 - Características dos clientes com tuberculose em relação ao nível de escolaridade e nível de escolaridade do responsável pelo domicílio

Dados	f	%
Nível de escolaridade		
Sem Escolaridade	0	0%
1ª Fase do Ensino Fundamental (Incompleto)	40	39%
1ª Fase do Ensino Fundamental (Completo)	19	19%
2ª Fase do Ensino Fundamental (Incompleto)	13	13%
2ª Fase do Ensino Fundamental (Completo)	13	13%
Ensino Médio (Incompleto)	0	0%
Ensino Médio (Completo)	3	3%
Ensino Superior (Incompleto)	7	7%
Ensino Superior (Completo)	7	7%
Total	102	100%
Nível de escolaridade do responsável pelo domicílio.		
Sem Escolaridade / 1ª Fase do Ensino Fundamental (Incompleto)	58	57%
1ª Fase do Ensino Fundamental (Completo)	29	28%
2ª Fase do Ensino Fundamental (Completo)	8	8%
Ensino Médio (Completo)	3	3%
Ensino Superior (Completo)	4	4%
Total	102	100%

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria, 40 (39%), possui a 1ª fase do Ensino Fundamental incompleto, seguida pelos que têm a 1ª fase do Ensino Fundamental completo, 19 (19%). Observa-se que apenas 7 (7%) dos entrevistados possuem nível superior completo e que em relação ao nível de escolaridade do responsável pelo domicílio, 58 (57%) não têm escolaridade ou não concluíram a 1ª fase do Ensino Fundamental.

A educação é um aspecto importante e determinante na utilização dos serviços de saúde e influencia da acessibilidade sociocultural, ao diagnóstico da TB.

A influência da educação é dividida em duas categorias: a educação geral e a educação em saúde. A primeira, habitualmente, mensurada pelo nível de escolaridade e a segunda representa as informações específicas que o indivíduo tem sobre saúde e cuidados para com ela. A educação em saúde é muito influenciada pela educação geral e

a falta de ambas influencia diretamente na percepção da doença e no tipo de serviço que a pessoa procura ao sentir-se doente (ENSOR; COOPER, 2004).

A escolaridade está relacionada ao conhecimento geral e de saúde que o cliente de TB possui e que permite que ele perceba os sintomas da doença o mais rápido possível, buscando por assistência. A baixa escolaridade atua como uma barreira sociocultural no acesso aos serviços de saúde face à deficiência de conhecimento e à falta de percepção em relação ao seu problema de saúde. Esses fatores levam os doentes a ignorarem os sintomas da TB por longo tempo (DIMITROVA et al., 2006).

A escolaridade é um fator que contribui para melhor adesão ao tratamento e para a cura, uma vez que a clientela mais esclarecida entende melhor a doença e como seguir o tratamento.

A Tabela 4 mostra dados referentes à ocupação e renda familiar dos clientes com tuberculose.

Tabela 4 - Características dos clientes com tuberculose em relação à ocupação e renda familiar

Dados	f	%
Ocupação		
Desempregado	8	8%
Empregado	28	27%
Do Lar	18	18%
Autônomo	20	20%
Estudante	10	10%
Aposentado	6	6%
Serviços Gerais	12	12%
Total	102	100%
Renda Familiar		
Sem renda	6	6%
Sem Renda Fixa (Serv. Eventual)	7	7%
Até um Salário Mínimo (SM)	0	0%
>1 e Até 3 SM	63	62%
>3 e Até 5 SM	25	25%
>5 SM	1	1%
Total	102	100%

Nos dados referentes à ocupação 27% dos clientes afirmam estar empregados, 20% prestam serviços como autônomo, 18% são do lar e 6% são aposentados. Em relação à renda familiar, 62% dos clientes possuem renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, 25% ganham de 3 a 5 salários mínimos e 6% não possuem renda familiar.

A escolaridade e a renda são reconhecidos como determinantes socioeconômicos fundamentais do nível de saúde de uma coletividade.

O reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais está relacionado à reorientação das ações a serem realizadas para controle da tuberculose, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária. Portanto, para que se contribua para atenuar o problema da desigualdade, é fundamental reconhecer que ela existe e é um problema a ser enfrentado, para que possa ser resolvido (RUFFINO NETTO et al., 2008).

A Tabela 5 mostra a forma de moradia, tipo de moradia e número de cômodos, onde vivem os clientes portadores de tuberculose.

Tabela 5 - Características dos clientes com tuberculose em relação à forma de moradia, tipo de moradia e número de cômodos

Dados	f	%
Forma de Moradia		
Própria	68	67%
Alugada	17	17%
Cedida	13	13%
Instituição (Asilar/ Abrigo)	4	4%
Não tem Moradia	0	0%
Total	102	100%
Tipo de Moradia		
Alvenaria	102	100%
Madeira	0	0%
Total	102	100%
Número de cômodos da sua casa incluindo o Banheiro		
Um	8	8%
Quatro	43	42%
Cinco	50	49%
Seis	1	1%
Total	102	100%

Conforme os dados, a maioria dos clientes, 67% dos que participaram do estudo, possui moradia própria, seguida por 17% que vivem em moradias alugadas e apenas 4% que se encontram em abrigos. Todas as moradias são de alvenaria, sendo que 49% delas possuem cinco cômodos e 42% possuem quatro cômodos, incluindo o banheiro. Verifica-se, dessa forma, que os clientes, em sua maioria, têm casa própria e de alvenaria, o que indica que sua condição social não é precária. Além do mais um número pequeno se encontrava em abrigos e não houve resultado de clientes desabrigados.

A literatura coloca a transmissão da tuberculose como estando diretamente associada às condições de vida da população. Esta transmissão acontece enquanto o doente, com a forma clínica de tuberculose pulmonar bacilífera, não tiver iniciado o tratamento. Com o esquema terapêutico adequado, a transmissão é reduzida gradativamente para níveis insignificantes em 15 a 30 dias. Dessa forma, a proximidade, intensidade do contato e a favorabilidade do ambiente, ou seja, as condições da moradia, podem propiciar a transmissão da doença (BRASIL, 2010).

A Tabela 6 mostra o número de pessoas que vivem na mesma moradia do cliente portador de tuberculose, assim como o número de adultos com mais de 60 anos e crianças menores de 12 anos.

Tabela 6 - Características dos clientes com tuberculose em relação ao número de pessoas, número de adultos e número de crianças na moradia

Dados	f	%
Número de pessoas na moradia		
Um	8	8%
Dois	29	28%
Três	36	35%
Quatro	28	27%
Cinco	1	1%
Total	102	100%
Número de adultos (Majores de 60 Anos)		
Zero	60	59%
Um	21	21%
Dois	21	21%
Total	102	100%
Número de Crianças (menores de 12 anos)		
Zero	77	75%
Um	18	18%
Dois	7	7%
Total	102	100%

Vemos nesta tabela que, a respeito do número de pessoas morando no mesmo domicílio, varia de três pessoas, com 35% do total, e duas, com 28% do total. E observa-se que em 60% dos domicílios não se encontram pessoas na faixa etária acima

de 60 anos, assim como em 75% dos domicílios não foram encontradas menores de 12 anos. A doença acomete pessoas de todas as idades, porém crianças e idosos são os grupos mais vulneráveis. No Brasil, a faixa etária que mais adocece, em números absolutos, é entre jovens e adultos. Mas é relevante considerar a doença entre idosos, já que o envelhecimento favorece a evolução da infecção tuberculosa para tuberculose doença, pelas alterações próprias do processo de envelhecimento, incluindo a diminuição da imunidade celular, fundamental na defesa contra a doença, situações que os tornam mais vulneráveis ao adoecimento e pela longa exposição ao bacilo (CARVALHO; ALENCAR, 1994).

É importante investigar as condições dos domicílios dos doentes-foco, priorizando os casos com inadequada ventilação e superpopulação, em que os riscos de contaminação são maiores. Priorizar as ações de enfermagem de prevenção da tuberculose, principalmente em relação aos parentes muito próximos ao doente-foco, especialmente maiores de 60 anos e crianças, pois estão propensos a desenvolverem a doença (BRASIL, 2010).

Nos dados desta tabela, verifica-se que o número de cômodos das moradias é suficiente, visto que não há um aglomerado de pessoas numa mesma moradia. Nesse caso as condições de moradia não propiciam uma disseminação do contágio pela TB.

Na Tabela 7 estão os dados sobre os itens que têm na moradia dos clientes, assim como o número de rádios, banheiros, televisores que os clientes possuem e se eles dispõem de empregada doméstica.

Tabela 7 - Características dos clientes com tuberculose em relação ao número de itens que têm na moradia, rádios, empregadas, banheiros, televisões e carros

Dados	f	%
Itens que têm na moradia		
Água Encanada	98	96%
Luz Elétrica	98	96%
Telefone (Fixo/Cel)	98	96%
Geladeira	98	96%
Freezer/Parte Duplex	35	34%
Máquina de Lavar Roupa	70	69%
Video Cassete/ DVD	93	91%
Quantitativo de Rádios		
Zero	4	4%
Um	21	21%
Dois	47	46%
Três	29	28%
Não respondeu	1	1%
Total	102	100%
Quantitativo de Empregadas Domesticas		
Zero	94	92%
Um	7	7%
Dois	0	0%
Não respondeu	1	1%
Total	102	100%
Quantitativo de Banheiros Privativos		
Zero	4	4%
Um	93	91%
Dois	4	4%
Não respondeu	1	1%
Total	102	100%
Quantitativo de Televisões em cores		
Zero	4	4%
Um	42	41%
Dois	52	51%
Três	4	4%
Total	102	100%
Quantitativo de Carros Próprios		
Zero	64	63%
Um	35	34%
Dois	3	3%
Total	102	100%

Observa-se nos dados da tabela 7 que 96% dos clientes possuem itens considerados básicos em suas moradia, como: água encanada, luz elétrica, telefone, geladeira; e itens considerados não tão indispensáveis, como: 69% referiram possuir máquina de lavar, 34% mencionaram ter freezer. Em relação ao número de rádios, 46% referiram possuir dois rádios e 4% disseram não ter o aparelho. No item referente a ter empregada doméstica, 97% não usufruem os serviços dessa profissional. Com relação ao número de banheiros que tem na moradia, 91% das moradias tem um banheiro. Quanto ao número de televisores, 51% possuem dois televisores, 41% têm um televisor na moradia. No referente a ter carro próprio, 63% não tem carro próprio, 34% tem um carro próprio.

Para a TB, características relacionadas às condições de moradia são fundamentais, uma vez que ambientes fechados facilitam a transmissão, e os contatos domiciliares são aqueles que possuem o maior risco de contrair a doença (BRASIL, 2009). Sendo assim, alguns indicadores relacionados ao acesso ao saneamento básico assim como às condições de moradia foram eleitos: percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, percentual de pessoas que vivem em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo, proporção de famílias com instalações sanitárias com destino de dejetos que vão para rede geral ou fossa séptica, percentual de pessoas que vivem em domicílios com densidade acima de 2 pessoas por dormitório e percentual de pessoas que vivem em domicílios subnormais. Esses indicadores indicam se a população está ou não inserida em condições de pobreza.

Ao analisarmos os dados desta tabela, percebemos que os clientes entrevistados não possuem uma condição econômica desfavorável, visto pelo item da moradia e porque alguns possuem até carro próprio. Logo a tuberculose não está somente

associada à baixa renda. Para alguns autores esse fato pode ser explicado, principalmente, pela demora no diagnóstico da doença, o que colabora para o aumento no número de casos. O maior problema neste grupo é o fato das pessoas procurarem por assistência em serviços privados, que, na maioria das vezes, não estão preparados para identificação dos sintomas de TB (GODFREY-FAUSSETT et al., 2002).

Os profissionais consideram apenas como condição favorável ao desenvolvimento da TB o desfavorecimento socioeconômico, pois a consideram como doença de pobres. Esquecem de fatores como má nutrição e estresse, que atingem cada vez mais a classes socioeconômicas favorecidas, e acabam tratando apenas o evento agudo apresentado no momento do atendimento (SELVAM et al., 2007).

A Tabela 8 mostra a forma clínica de tuberculose dos clientes e o tempo de tratamento medicamentoso.

Tabela 8 - Forma clínica de tuberculose da clientela e tempo de tratamento

Dados	f	f %
Forma Clínica da Tuberculose		
Pulmonar	87	85%
Extrapulmonar	4	4%
Extrapulmonar Pleural	6	6%
Extrapulmonar Ganglionar	4	4%
Extrapulmonar Ocular	1	1%
Total	102	15%
Tempo de Tratamento Medicamentoso em Meses		
>1 Mês até 3 Meses	49	48%
>3 Meses até 6 Meses	45	44%
>6 Meses até 9 Meses	8	8%
>9 Meses	0	0%
Total	102	100%

Observa-se que a forma predominante de tuberculose é a pulmonar, com 87 (85%) clientes portadores, estando a maioria em tratamento medicamentoso há até três meses 49 (48%) e seguido dos que se tratam de três meses até seis meses, com 45 (44%)

dos clientes. A tuberculose pulmonar tem merecido maiores cuidados por ser a forma transmissível da doença. A identificação e o tratamento adequado dos pacientes com tuberculose, principalmente daqueles com a forma pulmonar bacilífera, constitui uma das medidas prioritárias de controle da doença, uma vez que estes últimos tornam-se fonte de infecção para seus contatos. Todavia, para surgir um caso de tuberculose pulmonar não existe uma única causa e nem só a presença do bacilo no ambiente pulmonar, mas sim da progressão da doença, da soma de fatores físicos, sociais e emocionais que facilitam o adoecer pelo *M. tuberculosis* (BRASIL, 2010). É relevante mencionar a frequente associação da tuberculose com outras doenças como insuficiência renal, neoplasias, silicose, alcoolismo, *diabetes mellitus* e ainda com o uso de corticóide. Porém, uma das associações mais prevalentes da tuberculose é com a infecção pelo vírus HIV e com a consequente Aids (KRITSKI et al., 2007). Nos casos de tuberculose pulmonar é muito importante detectar os contatos dos clientes, pois estes podem estar com a doença e transmiti-la o que contribui para o aumento de casos de tuberculose, sendo primordial que eles compareçam ao serviço de saúde para realização de exames e esclarecimentos sobre a doença.

Dentre os locais extrapulmonares mais acometidos pelo *M. tuberculosis*, acarretando a TB em outras regiões fora do pulmão, temos: a da pleura, mais comum em nosso meio; a ganglionar; a miliar; a do sistema nervoso central; a renal; a ocular; a ósteoarticular; a do pericárdio; a peritoneal; a intestinal; a genital; a cutânea e outras. Sendo que a pleural e a ganglionar as apresentações mais comuns. Apesar da instalação da doença poder ser em várias áreas do corpo, a forma como se contrai a doença é a mesma. Logo, os clientes portadores da forma pulmonar disseminam o contágio pela doença (BRASIL, 2010).

Muitos são ainda os fatores que dificultam o controle da TB no país. Em estudo realizado por Scatena et al. (2009), foi constatado que, no Brasil, o diagnóstico da TB ainda é tardio e há necessidade de maior eficácia do acesso à saúde. O fato de os indivíduos infectados não terem acesso aos Serviços de Saúde contribui para que muitos casos não sejam diagnosticados, auxiliando a desigualdade em saúde. Segundo o estudo de Scatena et al. (2009), o acesso ao diagnóstico da TB nas regiões do Brasil como a região Nordeste, Feira de Santana e Campina Grande apresentaram resultados menos favoráveis que os municípios da região Sudeste, Ribeirão Preto e Itaboraí. No estado de São Paulo, o acesso aos serviços de saúde foi classificado como insuficiente. No estado do Rio de Janeiro, a detecção tardia, o abandono do tratamento e a ignorância dos casos por parte da vigilância epidemiológica foram apontados como fatores para o contínuo aumento da doença (SCATENA, et al, 2009).

4.2 Identificação e avaliação da qualidade de vida dos clientes portadores de tuberculose

Para atender ao segundo e terceiro objetivos da pesquisa, foi identificada a qualidade de vida dos clientes portadores de tuberculose, e foi feita sua posterior análise, a partir das respostas dos 102 clientes que aderiram à pesquisa e preencheram adequadamente a escala abreviada de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-BREF. Deve-se lembrar que o questionário enfatiza que o cliente ao respondê-lo, considere o que sentiu, experimentou e/ou foi capaz de fazer nas duas últimas semanas.

A Tabela 9 traduz como os clientes portadores de tuberculose avaliam sua qualidade de vida.

Tabela 9 - Distribuição das variáveis relativas à avaliação da qualidade de vida dos clientes do estudo

Dados		f	%
Avaliação da qualidade de vida	Muito ruim	3	3%
	Ruim	14	14%
	Nem ruim nem boa	30	29%
	Boa	55	54%
	Muito boa	-	-
Total		102	100%

A grande maioria dos clientes portadores de tuberculose, 54% considerou boa sua qualidade de vida, enquanto 29% avaliaram como nem ruim nem boa e 3% a acharam muito ruim. O que significa que mesmo acometidos pela TB para a maioria da clientela sua qualidade de vida estava boa, uma vez que a qualidade de vida está associada a diversos fatores, inclusive a saúde e a clientela muitas vezes não considera apenas ser saudável como sinônimo de qualidade de vida.

O termo qualidade não tem significado único (GILL; FEINSTEIN, 1993). Condições de saúde, funcionamento social e qualidade de vida têm sido utilizados como sinônimos (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1997). A percepção da qualidade de vida varia entre indivíduos e é dinâmica. Indivíduos com expectativas diferentes, que apresentam quadro clínico semelhante, relatam uma qualidade de vida diversa. Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social, com a marca da relatividade

cultural. Alguns a qualificam com um conceito impreciso como o de inteligência, que como o próprio conceito de qualidade é dotado de um senso comum que varia de um indivíduo para outro. Estudiosos conceituam que não podem os racionalistas trasladar para o conceito de QV e menos ainda para os questionários criados para sua medição uma série de dimensões do ser humano de difíceis *compreensão e interpretação*; no entanto, reconhecem, na manipulação do conceito, um avanço humanístico da medicina, na medida em que mostra os esforços para ter uma compreensão holística do indivíduo doente. A melhora médica não pode ser observada só pelo registro de sinais e sintomas. O funcionamento social e bem-estar psicológico podem ser de grande relevância para o indivíduo e a sociedade (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999).

A noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida; de outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece para si mesma (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Agora, a área médica, por sua vez, incorporou o tema qualidade de vida na sua prática. E, na sua utilização operativa do conceito, geralmente utiliza a denominação “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (QVRS). Mas isto não modifica a significativa controvérsia que o termo gera. No entanto, a noção de saúde é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença, evidenciando uma visão medicalizada do tema. Em parte, a confusão na discussão de QVRS tem a ver com necessidade de trasladar à prática a definição de Saúde da OMS: ‘estado de completo

bem-estar físico, mental e social...’, expandindo assim o domínio dos profissionais da saúde e, principalmente, da medicina para acompanhar, virtualmente, todos os aspectos da vida das pessoas (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999).

Como se pode concluir, o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. Os estudos apontam, em geral, para situações relacionadas à qualidade da vida cotidiana dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas. O papel dos profissionais de saúde é tanto o de promover o bem-estar como o de prevenir as doenças, o que torna coerente sua atuação na avaliação dos campos que tem a ver com estes princípios.

A Tabela 10 mostra os dados relativos à satisfação dos clientes portadores de tuberculose quanto à sua saúde.

Tabela 10 - Distribuição das variáveis relativas à satisfação quanto à saúde

Dados	f	%
Satisfação com sua saúde	Muito insatisfeito	3 3%
	Insatisfeito	27 26%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	38 37%
	Satisfeito	34 33%
	Muito satisfeito	- -
	Total	102 100%

Com relação à satisfação com a saúde, 37% dos clientes referiram estarem nem satisfeitos nem insatisfeitos com sua saúde, 33% se consideraram satisfeitos e apenas 3% estão muito insatisfeitos.

O modelo da satisfação foi feito a partir de abordagens sociológicas e psicológicas de “felicidade” e “bem-estar”. A qualidade de vida está diretamente relacionada à satisfação com os vários domínios da vida definidos como importantes pelo próprio indivíduo. O senso de satisfação é uma experiência muito subjetiva e está bastante associado ao nível de expectativa. Logo, o indivíduo pode estar satisfeito com níveis diferentes de aquisições em sua vida e esses aspectos, ao definir a qualidade de vida como um “hiato” entre expectativas e realizações. A consequência dessa relação é que o indivíduo pode chegar a um bom nível de qualidade de vida buscando um aumento de suas realizações ou uma diminuição de suas expectativas.

Duas contribuições importantes ao modelo teórico da satisfação podem ser observadas na literatura e se relacionam aos aspectos com os quais o indivíduo deveria estar satisfeito para ter uma boa qualidade de vida. Segundo Fleck (2008), a primeira contribuição vem das ideias de Thomas More (1994) e de Maslow (1954) sobre a presença de necessidades básicas do ser humano que precisam ser preenchidas para que ele possa se sentir bem. Nessas necessidades, estão, por exemplo, saúde, mobilidade, nutrição e abrigo. A segunda contribuição, definida como abordagem cognitiva individual, considera que a qualidade de vida só pode ser medida individualmente. Calman (1987) também deu importantes contribuições para tornar o conceito de qualidade de vida mais claro. Ele considera que uma boa qualidade de vida está presente quando as esperanças e expectativas do indivíduo são satisfeitas pela experiência, podendo ser modificadas pela idade e experiência e tendo algumas implicações como: ela é descrita pelo próprio indivíduo, deve levar em consideração vários aspectos da vida, relaciona-se aos objetivos e metas de cada um. A melhora de qualidade está relacionada à capacidade de identificar e de atingir esses objetivos. A doença e seu

respectivo tratamento podem modificar esses objetivos, que devem ser realistas para que o indivíduo mantenha a esperança de poder atingi-los. A ação para realização dos objetivos pode se dar através do crescimento pessoal ou da ajuda dos outros. Finalmente, ele diz que a lacuna entre as expectativas e a realidade pode ser a força motora de alguns indivíduos (FLECK, 2008).

A Tabela 11 demonstra os dados referentes a como os clientes de tuberculose tem sentido alguns coisas, como: o quanto sua dor física o impede de fazer o que precisa, o quanto o cliente precisa de tratamento médico para levar sua vida diária; o quanto ele aproveita a vida, em que medida sua vida tem sentido, o quanto consegue concentrar-se; o quanto o cliente sente-se seguro em sua vida diária; e quanto o ambiente onde ele vive é saudável.

Tabela 11 - Distribuição das variáveis relativas ao quanto os clientes têm sentido algumas coisas

Dados		f	%
Em que medida sua dor física impede de fazer o que precisa	Nada	8	8%
	Muito pouco	59	58%
	Mais ou Menos	32	31%
	Bastante	3	3%
	Extremamente	-	-
	Total	102	100%
O quanto precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária	Nada	-	-
	Muito pouco	6	6%
	Mais ou Menos	37	36%
	Bastante	59	58%
	Extremamente	-	-
	Total	102	100%
O quanto aproveita a vida	Nada	1	1%
	Muito pouco	29	28%
	Mais ou Menos	54	53%
	Bastante	18	18%
	Extremamente	-	-
	Total	102	100%
Em que medida acha que sua vida tem sentido	Nada	-	-
	Muito pouco	6	6%
	Mais ou Menos	44	43%
	Bastante	52	51%
	Extremamente	-	-
	Total	102	100%
O quanto consegue se concentrar	Nada	-	-
	Muito pouco	17	17%
	Mais ou Menos	46	45%
	Bastante	39	38%
	Extremamente	-	-
	Total	102	100%
O quanto se sente seguro na sua vida diária	Nada	1	1%
	Muito pouco	18	18%
	Mais ou Menos	70	69%
	Bastante	13	13%
	Extremamente	-	-
	Total	102	100%
O quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição)	Nada	3	3%
	Muito pouco	21	21%
	Mais ou Menos	77	75%
	Bastante	1	1%
	Extremamente	-	-
	Total	102	100%

Com relação à dor física que impede os clientes portadores de tuberculose de fazer o que eles precisam no dia a dia, 58% referiram que a dor física impede muito pouco, 31% consideraram que mais ou menos e para 3% dos clientes a dor física impede bastante. Durante o tratamento poucos clientes relataram que a dor física atrapalhou no desenvolvimento de suas atividades, salvo em casos de reações adversas, como dores articulares, prurido. Até o primeiro mês de tomada da medicação, o cansaço, falta de apetite e outros fatos puderam ser mais evidenciados. Porém, a partir do terceiro mês de tratamento, o cliente já pode retomar suas atividades cotidianas e continuar o tratamento, que dependendo do caso, pode ser de seis a nove meses (BRASIL, 2010).

Nota-se que no item o quanto o cliente necessita de tratamento médico para levar sua vida, 58% informaram precisarem bastante de tratamento médico, enquanto 6% responderam que precisam de muito pouco tratamento médico. Neste momento, a clientela necessita de tratamento médico já que segue a tomada de medicações e seu acompanhamento. O percentual que não necessita de tratamento médico está relacionado ao fato do questionário solicitar respostas referentes as duas últimas semanas, quando alguns ainda não haviam iniciado o tratamento.

Com relação ao quanto o cliente aproveita a vida, 53% consideraram que aproveitam mais ou menos a vida, 28% aproveitam muito pouco e 1% não aproveita nada.

Nos dados referentes ao quanto o cliente acha que sua vida tem sentido, 51% afirmaram que sua vida tem bastante sentido e 6% referiram que sua vida tem muito pouco sentido. Ter qualidade de vida envolve a superação e o controle de sentimentos conflitantes que são trazidos pela doença respiratória. Ter medo da doença, ter vergonha

do que os outros vão pensar a seu respeito, ter dificuldade na aceitação da doença e ter perda de prazeres acabam interferindo em sua qualidade de vida (SILVA; SOUZA; MEIRELLES, 2004).

Em relação ao quanto o cliente consegue se concentrar, 45% responderam que conseguem se concentrar mais ou menos, 38% conseguem se concentrar bastante e 17% conseguem se concentrar muito pouco.

No item o quanto o cliente se sente seguro na sua vida diária, 69% consideraram que se sentem mais ou menos seguros em sua vida diária, 18% se sentem muito pouco seguros e 1% não se sentem seguros em sua vida diária. É relevante observar que a segurança física relatada como intermediária pode ser decorrente da violência e da criminalidade que afetam a população, independente de classe social, raça, religião e sexo. Nos dias de hoje, as taxas de criminalidade são consideradas graves, e isso pode ser observado nesse tipo de estudo de QV dos indivíduos, independentemente de se possuir ou não alguma doença (COHEN et al., 2003).

Dos clientes que responderam sobre o quanto saudável é o ambiente físico onde eles vivem, 75% consideraram seu ambiente físico mais ou menos saudável, 21% responderam ser muito pouco saudável e 1% acharam seu ambiente físico bastante saudável. O meio ambiente em que habitamos constitui um espaço de construção e desenvolvimento da saúde da família e deverá apresentar, além de equipamentos urbanos básicos, redes de apoio que possibilitem hábitos psicossociais saudáveis (COHEN et al., 2003).

Na Tabela 12, foram distribuídos os dados relacionados ao quanto o cliente tem energia para o seu dia a dia, o quanto o cliente é capaz de aceitar sua aparência física, se o cliente tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, o quanto estão

disponíveis as informações que ele precisa no dia-a-dia e em que medida o cliente tem oportunidades de atividades de lazer.

Tabela 12 - Distribuição das variáveis relativas ao quanto o cliente tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas

Dados		f	%
Tem energia suficiente para seu dia-a-dia	Nada	-	-
	Muito pouco	13	13%
	Médio	67	66%
	Muito	21	21%
	Completamente	1	1%
	Total	102	100%
É capaz de aceitar sua aparência física	Nada	-	-
	Muito pouco	4	4%
	Médio	62	61%
	Muito	36	35%
	Completamente	-	-
	Total	102	100%
Tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades	Nada	3	3%
	Muito pouco	18	18%
	Médio	81	79%
	Muito	-	-
	Completamente	-	-
	Total	102	100%
Quanto disponíveis estão as informações que precisa no seu dia-a-dia	Nada	-	-
	Muito pouco	11	11%
	Médio	78	76%
	Muito	13	13%
	Completamente	-	-
	Total	102	100%
Em que medida tem oportunidades de atividade de lazer	Nada	1	1%
	Muito pouco	23	23%
	Médio	70	69%
	Muito	8	8%
	Completamente	-	-
	Total	102	100%

Com relação ao item referente ao nível de energia que o cliente tem para realizar as atividades do dia a dia, 66% referiram ter média energia para as atividades, 21% consideraram ter muita energia e 1% acharam que tem total energia para suas atividades

cotidianas. Diversos estudos ressaltam a importância da atividade física moderada para a saúde dos indivíduos. Homens e mulheres que praticam atividade física moderada parecem ter mais benefícios na saúde, se comparados aos indivíduos menos ativos. Os benefícios observados estão relacionados à pressão sanguínea, mudança na composição corporal, nas taxas de colesterol e hábitos positivos de estilo de vida (SILVA; SOUZA; MEIRELLES, 2004).

Percebe-se que os clientes portadores de TB relatam ter energia suficiente para o dia a dia; portanto, a TB não foi considerada fator limitante no desempenho das atividades.

No item sobre o quanto o cliente é capaz de aceitar sua aparência física, 62% tem média aceitação de sua aparência física, enquanto 35% tem muita aceitação e 4% referiram aceitar muito pouco sua aparência física.

Dos clientes que responderam se tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, 79% consideraram ter uma quantidade média de dinheiro para satisfação de suas necessidades e 3% referiram não ter dinheiro para satisfazê-las. Segundo Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004), os rendimentos estão frequentemente diminuídos entre os idosos, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida. Ainda, segundo estes autores, uma boa situação socioeconômica mostra-se associada a uma melhor qualidade de vida. Em relação à disponibilidade de informações que os clientes precisam receber no seu dia a dia, 76% consideraram receber uma média de informações, ou seja, metade das informações que precisa, 13% referiram receber muita informação e 11% recebiam muita pouca informação.

Ao considerarmos em que medida os clientes têm oportunidades de atividade de lazer, 69% acharam que têm média oportunidades de lazer, 23% referiram ter muito poucas oportunidades e 1% não tinha nenhuma atividade de lazer. Apesar disso, afirma Santini (1993) que a melhor qualidade de vida pertence aos moradores da cidade, pois esse local possibilita à sua população acesso a um maior número de modos alternativos de vida. A maneira como a cidade impõe gastos diferenciais de tempo físico à sua população aproxima o homem do progresso industrial e social. Podemos destacar, através dos estudos realizados por Silva (1998), que com o crescimento das cidades houve a redução dos espaços de lazer, ainda que consideremos os avanços tecnológicos como forma de lazer, o indivíduo necessita de atividades capazes de fortalecer o equilíbrio pessoal e o desenvolvimento social. Entretanto, completa a autora dizendo que as cidades precisam promover o aproveitamento de seus espaços livres, como praças, ruas, shoppings, condomínios que podem ser utilizados criativamente para sediar projetos de lazer. Nos estudos realizados por Pereira (1998), cujo objetivo foi identificar no imaginário de professores da rede pública de ensino as representações acerca do lazer, percebeu-se deslocamentos de sentidos no cotidiano vivido pelo grupo para uma vida ‘imaginária’, na qual a questão lazer estava sempre presente e associada à qualidade de vida.

A Tabela 13 mostra os dados referentes à satisfação do cliente quanto sua capacidade de locomoção, com o sono, a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, a capacidade para o trabalho, consigo mesmo, com relações pessoais, com a vida sexual, com o apoio dos amigos, com as condições do local onde mora, com o acesso aos serviços de saúde, com os meios de transporte.

Tabela 13 - Distribuição das variáveis relativas ao quanto satisfeito o cliente se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida (continua)

Dados	f	%	
O quanto é capaz de se locomover	Muito ruim	-	-
	ruim	1	1%
	nem ruim nem bom	17	17%
	bom	80	78%
	muito bom	4	4%
	Total	102	100%
Satisfação com o sono	Muito insatisfeito	-	-
	Insatisfeito	16	16%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	21	21%
	Satisfeito	64	63%
	Muito satisfeito	1	1%
	Total	102	100%
Satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia	Muito insatisfeito	-	-
	Insatisfeito	17	17%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	28	27%
	Satisfeito	57	56%
	Muito satisfeito	-	-
	Total	102	100%
Satisfação com a capacidade para o trabalho	Muito insatisfeito	-	-
	Insatisfeito	21	21%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	30	29%
	Satisfeito	51	50%
	Muito satisfeito	-	-
	Total	102	100%
Satisfação consigo mesmo	Muito insatisfeito	-	-
	Insatisfeito	17	17%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	21	21%
	Satisfeito	64	63%
	Muito satisfeito	-	-
	Total	102	100%
Satisfação com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)	Muito insatisfeito	-	-
	Insatisfeito	12	12%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	24	24%
	Satisfeito	65	64%
	Muito satisfeito	1	1%
	Total	102	100%

Tabela 13 - Distribuição das variáveis relativas ao quanto satisfeito o cliente se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida (conclusão)

Dados		f	%
Satisfação com a vida sexual	Muito insatisfeito	-	-
	Insatisfeito	4	4%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	23	23%
	Satisfeito	74	73%
	Muito satisfeito	1	1%
	Total	102	100%
	Satisfação com o apoio que recebe dos amigos	Muito insatisfeito	-
Insatisfeito		17	17%
Nem satisfeito nem insatisfeito		21	21%
Satisfeito		64	63%
Muito satisfeito		-	-
Total		102	100%
Satisfação com as condições do local onde mora		Muito insatisfeito	1
	Insatisfeito	22	22%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	41	40%
	Satisfeito	39	38%
	Muito satisfeito	-	-
	Total	102	100%
	Satisfação com o acesso aos serviços de saúde	Muito insatisfeito	-
Insatisfeito		6	6%
Nem satisfeito nem insatisfeito		24	24%
Satisfeito		72	71%
Muito satisfeito		-	-
Total		102	100%
Satisfação com o meio de transporte		Muito insatisfeito	-
	Insatisfeito	20	20%
	Nem satisfeito nem insatisfeito	46	45%
	Satisfeito	36	35%
	Muito satisfeito	-	-
	Total	102	100%

Em relação ao nível de satisfação dos clientes quanto a sua capacidade de locomoção, 78% consideraram ter boa locomoção e 1% acharam sua capacidade muito ruim.

No item satisfação com o sono, 63% estavam satisfeitos, 21% nem satisfeitos nem insatisfeitos e 16% estavam insatisfeitos com o sono. É sabida que a boa qualidade do sono propicia ao indivíduo a melhora de sua qualidade de vida no geral. Em crianças e adolescentes, por exemplo, é durante o sono que ocorre a liberação do hormônio do crescimento. O sono favorece ao funcionamento adequado do sistema nervoso, por meio da estabilização dos neurotransmissores que influenciam muito nas funções cognitivas, entre elas a atenção, a memória e as funções executivas. Vale ressaltar que o indivíduo que apresenta essas funções cognitivas estáveis possui maior capacidade para rendimento profissional e acadêmico. Para se ter uma ideia da importância do sono na saúde mental do ser humano, há pessoas que desenvolvem transtornos do humor, por exemplo, a depressão, devido à persistência de sua má qualidade do sono (CARR; THOMPSON; KIRWAN, 1996).

Quanto ao nível de satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, 56% mostraram-se satisfeitos, 27% nem satisfeitos nem insatisfeitos e 17% estavam insatisfeitos com sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia. A falta de energia para manter suas atividades cotidianas é também destacada, como tendo forte impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com doenças pulmonares. Essa fadiga ou falta de energia influencia tanto no declínio gradual das atividades físicas, quanto causa irritabilidade e frustração. Além disso, pode provocar afastamento das atividades sociais (SILVA; SOUZA; MEIRELLES, 2004).

Com relação à capacidade para o trabalho, 50% estavam satisfeitos, 29% estavam nem satisfeitos nem insatisfeitos e 21% referiram estar insatisfeitos com sua capacidade para o trabalho. A capacidade de trabalho recebe influências de diversos fatores tais como aspectos sociodemográficos, estilo de vida, processo de

envelhecimento, exigências do trabalho, mas a saúde é considerada como um dos principais fatores (PANZINI et al., 2007). O autor acrescenta que as condições de vida sob as quais o indivíduo executa suas atividades laborais têm um papel fundamental na sua qualidade de vida. Tais condições são determinadas pela organização social e econômica do meio no qual o indivíduo está inserido.

Ao responderem sobre a satisfação consigo mesmo, 63% estavam satisfeitos, 21% nem satisfeitos nem insatisfeitos e 17% insatisfeitos consigo mesmo.

Quanto à satisfação com as relações pessoais, 64% estavam satisfeitos, 24% nem satisfeitos nem insatisfeitos e 1% referiram insatisfação com suas relações pessoais. Segundo House, Landis e Umberson (1988) fazer amizades autênticas e verdadeiras enriquecem e alegram muito a velhice. É uma arte. Os amigos ajudam e compartilham os maus momentos e os momentos de alegria, fortalecendo as sensações de pertencimento e de inclusão social. Há longo tempo os cientistas vêm notando a associação entre as relações sociais e a saúde. Indivíduos em maior isolamento social ou menor integração social são menos saudáveis física e psicologicamente e têm maiores chances de morrer. Progressos obtidos em investigações recentes sugerem que as relações sociais ou sua relativa ausência constituem um grande fator de risco para a saúde, sendo seus efeitos comparáveis aos de fatores de risco bem estabelecidos, como consumo de tabaco, pressão arterial, obesidade e atividade física inadequada (HOUSE; LANDIS; UMBERSON, 1988). O momento da doença costuma despertar solidariedade nas outras pessoas e isso também pode ter influenciado algumas respostas em relação à satisfação manifestada com o apoio recebido dos amigos, o que não é, muitas vezes, percebido ou valorizado no cotidiano do ser saudável.

No item satisfação com a vida sexual, 73% consideraram satisfatória, 23% acharam sua vida sexual nem satisfatória nem insatisfatória e 1% consideraram-na insatisfatória. A sexualidade humana integra a personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônima de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como elas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações, portanto, a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser considerada como direito humano básico. A saúde sexual é a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influenciem positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor (HOUSE; LANDIS; UMBERSON, 1988).

Com relação à satisfação com o apoio que recebem dos amigos, 63% estavam satisfeitos, 21% consideraram estar nem satisfeitos nem insatisfeitos e 17% referiram insatisfação com o apoio que recebem dos amigos. A experiência de estar doente é um fato social de grande profundidade. O sofrimento produz intensas emoções e traz o desejo de compartilhá-las. Através de trocas interpessoais, os pacientes passam a entender a sua doença: eles podem falar com seus amigos, parentes e profissionais de saúde sobre o que o diagnóstico e o tratamento possam acarretar. Durante o curso da doença, relacionamentos são estreitados ou rompidos, e novos relacionamentos se tornam importantes, como os que se estabelecem com os médicos, enfermeiros ou terapeutas. Para alguns, a própria doença constitui um perigoso segredo, que cria uma

barreira entre ele próprio e a sua rede de relacionamentos. Assim, as experiências com a doença influenciam e são influenciadas pela estrutura social que envolve o paciente (MARRA et al., 2004).

Quanto à satisfação com as condições do local onde moram, 40% estavam nem satisfeitos nem insatisfeitos, 38% disseram estar satisfeitos, 22% consideraram insatisfatórias as condições do local onde moram. Para o ser humano, segundo Gonçalves (1999), a casa representa muito mais que uma construção. A casa é vista como abrigo, como protetora. Também é o lugar dos nossos sonhos, é nela que o sujeito cria os seus lugares mais íntimos. Ela deve permitir a interação de diferentes saberes. Além de uma boa estrutura, instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias, deve ser criativa e ao mesmo tempo funcional.

No item referente a satisfação com o acesso aos serviços de saúde, 71% estavam satisfeitos, 24% nem satisfeitos nem insatisfeitos e 6% referiram insatisfação com o acesso aos serviços de saúde. Segundo Vuori (1989), o termo "qualidade" estaria relacionado a um vasto espectro de características desejáveis na prestação do cuidado, tais como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade. O autor alerta que, ao se abordar a dimensão "qualidade" seria necessário especificar qual aspecto da qualidade deseja-se levar em conta, quem define qualidade, e quem seria o beneficiário desta qualidade. Exemplificando, planejadores poderiam estar interessados em enfatizar aspectos relativos à equidade na distribuição dos serviços; administradores procurariam formas eficientes de provisão; médicos estariam interessados nos resultados das suas condutas; e usuários dariam atenção a aspectos ligados ao cuidado e ao tratamento por parte dos profissionais de saúde. Seria difícil negar a legitimidade de cada um desses interesses e, mais ainda, negar que cada

interesse esteja associado a uma forma de ver o mundo, do lugar social em que se encontra cada ator, já que avaliar é nada mais nada menos que "determinar a valia ou o valor de." Outro critério a ser apontado seria o de que não se pode ter um serviço de alta qualidade quando o alvo deste serviço - o usuário - não estiver satisfeito. Assim, a definição de indicadores de qualidade deveria também passar pela utilização de medidas que levem em conta a satisfação dos pacientes com os serviços.

Em relação à satisfação com o meio de transporte, 45% mostraram-se nem satisfeitos nem insatisfeitos, 35% satisfeitos e 20% insatisfeitos com os meios de transporte. O transporte urbano, cuja concepção está inseparavelmente ligada à da cidade, está exposto também a duas características distintas. O automóvel, instrumento de liberdade, "está acusado de todos os pecados urbanos." Poluente, individualista e devorador de espaço, torna-se o símbolo de embolia e de egoísmo urbano. O transporte coletivo, que deveria estar fora deste tipo de acusação, é suspeito de provocar a dissociação e a extensão espacial da cidade, de promover distâncias geográficas e sociais sem oferecer equidade e qualidade de vida. Assim, o serviço de transporte público urbano, além de diminuir a produtividade dos usuários pelo desconforto durante o tempo de viagem, contribui também para a discriminação socioeconômica das comunidades pobres, pela isolação e inacessibilidade das oportunidades de bem-estar social coletivo: educação, saúde e lazer. Outra dimensão mais relevante do problema é a das tarifas, que fazem com que as classes sociais das periferias urbanas usuárias de serviço de transporte público, gastem grande parte do salário para pagar a passagem de ônibus. A injustiça é ainda maior na medida em que as populações de classe média gastam menos em passagens e recebem melhor salário (HANE et al., 2007).

A distância entre o domicílio do doente e serviço de saúde está intimamente ligada ao gasto com transporte. Os sintomáticos têm dificuldade de caminhar mesmo sendo distâncias razoáveis, devido à debilidade gerada pela própria doença. Uma distância de 5 a 10 km é considerada uma barreira geográfica ao acesso ao diagnóstico da TB. Porém, o fato de muitos doentes não disporem de automóvel próprio faz com que necessitem de utilizar ônibus para ir ao serviço de saúde, o que acaba sendo adiado pela falta de meios financeiros para pagar por esse transporte. Para os doentes de baixa renda esses gastos se refletem ainda mais como barreira econômica, se considerarmos que muitos doentes têm que retornar ao serviço de saúde mais de uma vez para obter o diagnóstico da TB (HANE et al., 2007).

Fatores não convencionalmente vistos em medidas de saúde, tais como suporte social adequado, segurança financeira e qualidade do meio ambiente, possuem complexas interações com o estado de saúde que dificultam isolar a qualidade de vida relacionada à saúde. Dessa forma, o termo genérico qualidade de vida abrange mais aspectos além daqueles relacionados à saúde, e que são importantes à vida de uma pessoa. Esse conceito mais amplo parte da premissa de que a qualidade de vida reflete não somente a situação da saúde por si, mas também como os pacientes percebem e valorizam tanto a saúde quanto os aspectos relacionados à não-saúde em suas vidas (DINIZ; SCHOR, 2005).

Múltiplos conceitos de QV possuem pontos comuns: a avaliação qualitativa das condições de vida dos seres humanos e a satisfação das necessidades e expectativas do cidadão. Estes conceitos, geralmente, dizem respeito ao bem-estar do indivíduo e a QV é associada a questões como a expectativa de vida, a paz de espírito, a segurança, o

trabalho, a educação, a moradia (água, luz, saneamento básico, transporte, etc) (JOVTEI, 2001).

Porém, quando se trata de tuberculose, muitas vezes o desconhecimento sobre a doença pode afetar não só o tratamento como o modo como o cliente se relaciona social e familiarmente. Como ele geralmente desconhece os modos de prevenção, há tendência ao afastamento como forma de evitar o contágio em outras pessoas. Muitos aspectos das suas necessidades humanas básicas se tornam deficientes, principalmente aqueles ligados ao afeto, a sexualidade e a convivência próxima às pessoas, já que estas também sentem medo de adoecer. O conhecimento sobre a doença, o modo de transmissão e de prevenção são considerados elementos essenciais para o atendimento ao cliente e favorecem a adesão ao tratamento (LIMA et al., 2005).

No tratamento do cliente portador de tuberculose é importante se compreender que há fatores de diversas naturezas envolvidos na adesão ao tratamento que passam pelas concepções sobre a doença, condições sociais, familiares, gênero, crenças populares, reações aos medicamentos, entre outros. Na maioria das vezes as preocupações se voltam para a clínica, deixando de fora o ponto de vista do cliente bem como seu contexto social, o que pode ser de fundamental ajuda no tratamento e na adesão ao mesmo (GONÇALVES, 1999).

Na Tabela 14 estão os dados referentes à frequência com que os clientes têm sentimentos negativos.

Tabela 14 - Distribuição das variáveis relativas à frequência com que o cliente sentiu ou experimentou certas coisas

Dados		f	%
Frequência que tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão	Nunca	1	1%
	Algumas vezes	81	79%
	Frequentemente	19	19%
	Muito frequentemente	1	1%
	Sempre	0	0%
Total		102	100%

Em relação à frequência com que os clientes tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, 79% referiram ter esses sentimentos algumas vezes, 19% frequentemente têm esses sentimentos e 1% nunca tem sentimentos negativos.

De acordo com Fleck (2008), as doenças afetivas estão associadas a um importante prejuízo na qualidade de vida e no funcionamento global de seus portadores. Pacientes com depressão maior apresentam qualidade de vida inferior a de indivíduos com sintomas depressivos subsindrômicos, que, por sua vez, é inferior à qualidade de vida de indivíduos não-deprimidos da população geral.

Existe um consenso de que as pessoas otimistas enfrentam de forma melhor seus problemas, possuem menos estresse e dessa forma adoecem menos. A pessoa quando se sente incapaz de cuidar de si mesma tem afetada sua autoestima e autoconfiança. Aprender a lidar com a doença através de modificações ou adaptações de seus hábitos é fator essencial para que haja autonomia (PANZINI et al., 2007).

A vivência da doença é permeada por um processo de reconstrução de um viver mais saudável, com mais qualidade de vida. A doença não atua somente como debilitante, como limitante, mas pode também ser motivadora, no sentido de mobilizar a pessoa para manter-se na luta, aprendendo e crescendo com as dificuldades, esperando

alcançar uma vida melhor. Viver bem com uma doença crônica é possível, desde que os medos possam ser superados e que a pessoa possa viver com autonomia e que, consciente da realidade, assuma o controle de sua vida. (DOURADO, 2004).

4.3 Qualidade de vida segundo os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente

A Tabela 15 e o Gráfico 1 ilustram a média específica obtida em cada domínio analisado pela escala de aferição da qualidade de vida, já previamente citada.

Tabela 15 – Avaliação dos domínios

	Media %	Desvio (+) padrão	Maximo %	Mínimo %	N
Físico	57,99	10,15	71,43	39,29	102
Psicológico	56,91	11,97	75,00	25,00	102
Relações Sociais	63,82	15,43	83,33	25,00	102
Ambiente	50,70	11,11	68,75	21,88	102
Perdidos	-	-	-	-	102

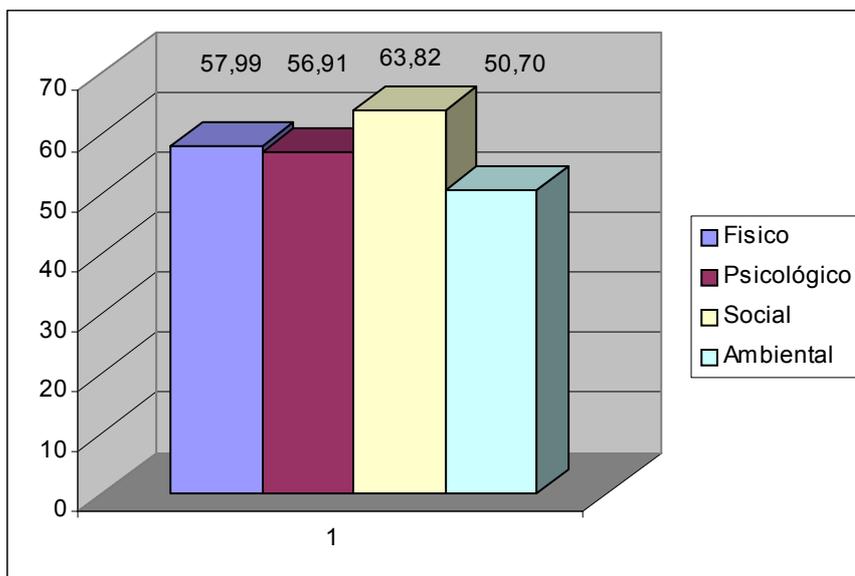


Gráfico - Média dos domínios

Observa-se que dos 102 participantes do estudo, todos preencheram devidamente as questões pertinentes aos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As médias encontradas pelos diferentes domínios foram semelhantes, demonstrando certa homogeneidade entre esses aspectos na vida dos indivíduos analisados. A maior média nos escores dentre os domínios foi alcançado pelo escore social, com média de $63,82 \pm 15,43$. Logo após, o domínio psicológico e o domínio físico obtiveram resultados muito similares, com médias de $56,91 \pm 11,97$ e $57,99 \pm 10,15$, respectivamente. O domínio ambiental com média $50,70 \pm 11,11$. O domínio social foi o que apresentou maior pontuação máxima, alcançando o escore 83,33. Já o domínio físico obteve a menor pontuação máxima (71,43), e o construto ambiental obteve o menor escore mínimo (21,88). Contudo, as médias não apresentaram diferenças significativas, tendo obtido escores semelhantes entre si.

A partir dos dados obtidos na escala que avaliou o domínio relações sociais, sugere-se que os clientes apresentavam um suporte social adequado às suas necessidades. Levando-se em consideração as facetas de cada domínio, verificou-se que o domínio social está diretamente ligado às relações sociais, o suporte (apoio) social e atividade sexual.

Ao analisarmos os escores, verificamos que os clientes portadores de tuberculose apresentaram uma boa qualidade de vida. O menor escore no domínio físico se justifica por ser uma população estudada que estava acometida por uma doença, que pode trazer algumas limitações físicas, assim como efeitos resultantes da medicação administrada ao longo do tratamento.

A qualidade de vida pode ser medida pela saúde física, capacidade funcional, percepção pessoal de rendimento adequado, contatos sociais, ausência de aflições

psicológicas e capacidade cognitiva. Dentre os indicadores de uma boa qualidade de vida estão a saúde, fundos suficientes, ausência de problemas psicológicos e disponibilidade de apoio familiar de amigos (CALMAN, 1987).

Segundo Fleck (2008, p. 35),

a qualidade de vida deve-se restringir à avaliação ou à satisfação subjetivas com um conjunto de domínios específicos que são considerados os mais importantes pelas pessoas em geral, tais como saúde, relações pessoais, capacidade de realizar tarefas diárias, condições de vida. É importante avaliar positivos como sentir-se amado e feliz.

Qualidade de vida é um conceito dinâmico, que se modifica no processo de viver das pessoas. A satisfação com a vida e a sensação de bem-estar pode, muitas vezes, ser um sentimento momentâneo. Porém, acreditamos que a conquista de uma vida com qualidade pode ir sendo construída e consolidada, num processo que inclui a reflexão sobre o que é definido para sua qualidade de vida e o estabelecimento de metas a serem atingidas, tendo como inspiração o desejo de ser feliz. Qualidade de vida é um conceito amplo, subjetivo e polissêmico que tem motivado inúmeros estudos na área da saúde, especialmente voltados para pessoas com doenças. Essas doenças, apesar dos inúmeros avanços tecnológicos que vêm permitindo prolongar suas vidas, nem sempre têm produzido impacto qualitativo. Nas doenças pulmonares crônicas, múltiplos fatores estão inter-relacionados e podem influenciar a percepção que as pessoas têm sobre sua saúde e a qualidade de vida (DOURADO, 2004).

Para Edelman e Mandle (1996), aspectos como meio ambiente, comportamentos e estilo de vida, educação em saúde e políticas de promoção da saúde são importantes na avaliação da qualidade de vida das pessoas. Dessa forma, leva-se em consideração que qualidade de vida inclui uma ampla variedade de condições internas e externas do indivíduo. O interesse pelo conceito ainda é relativamente recente na área da saúde e a crescente procura por este tema é consoante com os novos paradigmas que têm norteado

as práticas em saúde nas últimas décadas (SEIDL, ZANNON, 2004). Segundo esses autores, assuntos relacionados à qualidade de vida têm sido utilizados como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de pessoas com diferentes agravos. Também existem interesses ligados às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde onde a qualidade de vida se torna um indicador na avaliação clínica de doenças específicas e do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem ocasionar às pessoas acometidas. Isto favorece maior conhecimento da pessoa e de sua adaptação à sua condição. Assim, a compreensão sobre a qualidade de vida vincula-se ao cotidiano dos serviços de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (SEIDL, ZANNON, 2004).

Entendemos que qualidade de vida inclui ampla variedade de condições internas e externas ao indivíduo. As condições externas oferecem predisposição para ter uma vida de qualidade, sem, no entanto, ser o fator determinante. A qualidade de vida é, fundamentalmente, definida pelo próprio indivíduo, como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com o seu processo de viver. Mesmo tendo todas as condições externas favoráveis, as pessoas podem considerar que não têm qualidade de vida, porém, sem algumas dessas condições externas é bastante difícil a pessoa ter essa qualidade de vida (GONÇALVES, 1999).

Considerando as dificuldades que os profissionais encontram em ampliar o conceito de saúde, que ultrapassa a ausência de doenças e fortalece a qualidade de vida, talvez um ponto de partida possa ser a superação do modelo tradicional de atenção às pessoas em condições de doença, que tem sido desenvolvido através da rotina que inicia com o diagnóstico, confirmado por exames, a definição de um tratamento básico e o

acompanhamento para avaliação e ajustes que se fizerem necessários. Esse modelo cristalizado vem sendo revertido a partir da valorização da subjetividade dos sujeitos e da importância da avaliação que a própria pessoa faz de sua saúde e de sua vida e que frequentemente é melhor que a do profissional. Esse fato é explicado pelo ajustamento à nova situação e o desenvolvimento de novas atitudes e adequação de seu estilo de vida às limitações decorrentes da doença (RAMOS; CREPALDE, 2000).

Hoje, com o advento de tratamento eficaz, o doente de tuberculose já não é visto pela sociedade como um perigo coletivo, embora o preconceito ainda seja encontrado. Para o doente já é possível entender que ao adoecer de tuberculose ele não está condenado à morte social, embora em alguns momentos o adoecimento traga limitações em sua vida profissional e familiar; essas, na maioria das vezes, são consequências de sua própria condição física quando se encontra muito afetada pela doença. Com a moderna quimioterapia essa situação é provisória e o individual e coletivo não precisam necessariamente ser afetados por ela (RODRIGUES, 2003).

A Tabela 16 mostra a confiabilidade verificada neste estudo pelo Coeficiente de Cronbach.

Tabela 16 – Coeficiente de Cronbach

Cronbach's Alpha	
Físico	0,602
Psicológico	0,753
Relações Sociais	0,850
Ambiente	0,867
26 questões	0,928
Domínios	0,878

A consistência interna do WHOQOL-bref foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach. Foram avaliadas a consistência interna para os domínios, as

questões e cada domínio individualmente, sendo o domínio físico o que apresentou menor valor do coeficiente de Cronbach. Os valores obtidos no coeficiente de Cronbach para as questões ou para os domínios atestam uma consistência interna satisfatória, uma vez que ela é determinada por valores acima de 0,70. Logo, conseguiu-se uma boa confiabilidade nos dados coletados para este estudo.

Qualquer modelo de abordagem adotado para o controle dessa doença apresentará sempre limitações, porque estão em jogo relações humanas complexas e aspectos como o risco de morte, de novos adoecimentos, desconforto, perdas e a expectativa da cura. Qualquer estratégia que estiver pautada exclusivamente na ciência biomédica e desconsiderar os elementos constitutivos da vida humana correrá o risco de apresentar sempre uma probabilidade de insucesso, pois o homem tem múltiplas aspirações, necessidades e diferentes constituições, tanto que é chamado de indivíduo, aquele que não se divide, que é único (RODRIGUES, 2003).

4.4 A qualidade de vida e tuberculose dos clientes acompanhados na consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde

Foram expostos a seguir os dados mais significativos encontrados neste estudo.

Analisando as características da população em estudo, verificou-se uma predominância do sexo masculino (64%), o que foi identificado em outros estudos sobre TB (BRASIL, 2010).

Em relação à idade, a maioria está na faixa de 18 a 49 anos, a faixa etária economicamente ativa.

Quanto ao estado civil, encontram-se majoritariamente indivíduos no estado civil de casado (40%), seguindo-se o estado civil de solteiro com (35%), apesar de, na

literatura relacionada com a TB, não serem encontrados resultados referentes ao estudo desta variável. No que se refere ao nível de instrução, verifica-se que a maior parte dos indivíduos possuía a 1ª fase do Ensino Fundamental incompleta (39%), e 19% possuíam a 1ª fase do Ensino Fundamental completa. Apenas 7% dos clientes tinham nível Superior completo. Não foram identificados clientes analfabetos. Mohamed et al. (2007) afirmam que os níveis de instrução mais elevados aumentam os conhecimentos sobre a doença, apresentando estes indivíduos melhor recuperação e resposta ao tratamento. A maior incidência de recidivas é encontrada nos indivíduos com menor escolaridade.

Analisando o nível socioeconômico, percebe-se que uma maior representatividade dos clientes estava empregado (27%), seguido dos que trabalhavam como autônomo (20%). A renda familiar da maioria estava entre 1 a 3 salários (62%), seguida dos que ganhavam entre 3 e 5 salários mínimos e apenas 6% referiram não ter renda, fato justificado pelos que se encontram em abrigos. Estes resultados parecem contrariar alguns estudos, em que a maioria dos doentes pertence a classes baixas. Neste aspecto, parece ir ao encontro da literatura (MARRA et al., 2004; WHO, 2003), em que se afirma que a TB não é uma doença exclusivamente dos pobres.

A partir do pressuposto de que a situação de saúde das pessoas acometidas pela tuberculose tem a pobreza como um dos fatores predominantes e, diante das variáveis socioeconômicas identificadas na análise desta pesquisa, tornou-se claro que o grau de escolaridade e renda familiar evidenciam uma estratificação social, mas, ao mesmo tempo, o fator pobreza não é determinante para o aparecimento da tuberculose.

A qualidade de vida é influenciada por vários fatores, como condição financeira e trabalho (STIPP, 1995). O ganho salarial influencia na qualidade de vida porque, segundo Martins et al. (1996), o bem estar econômico é relacionado a uma boa

qualidade de vida. Quando um maior ganho salarial está presente, a pessoa tem acesso aos itens mais importantes como moradia, alimentação, lazer, cultura e segurança financeira.

O impacto econômico da doença, estudado pela WHO (2000, p. 24), reforça ainda a idéia de que a TB pode ter um grande alcance econômico e consequências sociais, não só para as pessoas infectadas como também para as suas famílias e comunidades, sendo que “embora os pobres sejam desproporcionalmente afetados pela tuberculose, a doença não é exclusivamente uma doença dos pobres”.

No estudo identificamos que a população analisada possuía moradias com itens considerados de necessidade básica e tendo moradias com número suficiente de cômodos, o que confirma que a clientela não era de baixa renda.

Santos et al. (2004) georreferenciaram os casos de tuberculose notificados no município de Ribeirão Preto e desenvolveu estudos buscando descrever a distribuição dos casos nos períodos de 1990 e 2000 e 1998 a 2002, respectivamente. Foram identificados padrões de ocorrência da tuberculose, sendo que a maior concentração de casos foi encontrada nos bairros classificados como classe média e classe média baixa, na região noroeste do município. Dessa forma, muitos estudos têm demonstrado haver um risco de adoecimento por tuberculose independente de uma situação extrema de privação socioeconômica.

Verificou-se que a demora na procura pelo tratamento, assim como a procura por serviços de saúde particulares contribui para o aumento da TB e sua propagação por classes sociais mais favorecidas. Outro fator evidenciado é ainda os altos índices de abandono.

Sá et al. (2007) identificaram que os motivos de abandono do tratamento da tuberculose estão associados à falta de informação; a representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento; ao etilismo; ao tabagismo e ao uso de drogas ilícitas; à crença da obtenção de cura através da fé; a problemas socioeconômicos; à intolerância medicamentosa; à regressão dos sintomas no início da terapêutica; ao tempo de tratamento; ao número de comprimidos ingeridos; e a problemas relacionados ao trabalho desenvolvido por profissionais de Saúde da Família.

Nesse mesmo aspecto, Souza et al. (2009) realizaram um estudo para analisar as características relacionadas à adesão ao tratamento dos casos de tuberculose em unidades de referência em Salvador. Observou-se que as unidades com alta adesão possuíam equipe de saúde completa. A adesão foi um fator importante para a cura, porém o número de unidades que alcançaram a meta de cura foi baixo. Pode-se inferir que a presença de equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, serviço social, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) no programa de tuberculose pode contribuir para a compreensão da pessoa com tuberculose sobre a sua enfermidade e, dessa forma, contribuir para a adesão ao tratamento.

Não há união entre serviços públicos e privados com relação ao diagnóstico e tratamento da TB. Muitos profissionais de serviços privados não sabem qual a dinâmica funcional dos PCT e quais são as normas do Programa Nacional de controle da TB. Por isso, são lançadas as propostas para maior envolvimento das faculdades e escolas de medicina e enfermagem com manejo da TB, as normas do PNCT, enfatizando e disponibilizando maior carga horária do ensino sobre TB, assim como outras condições crônicas infecciosas. Além disso, é necessária maior divulgação das mudanças e

estratégias dos PCT, não somente aos serviços públicos de saúde, mas também aos privados (SELVAM et al., 2007).

Para Schmetana et al. (2008, p. 12), “a tuberculose exige programas que visem à melhoria da qualidade de vida” sendo o seu controle um grande desafio que impõe a resolução de problemas no sentido de promover o cumprimento dos esquemas terapêuticos. Eles ainda defendem que a monitorização dos problemas vivenciados por estes doentes pode otimizar a adesão ao tratamento, aumentando o número de casos de sucesso terapêutico, por isso os gestores de cuidados de saúde devem incluir na sua análise, para além de indicadores de mudança na frequência e agravamentos da doença, indicadores de bem-estar, pois só assim poderão compreender a essência dos cuidados de saúde prestados (DHURIA; SHARMA; INGLE, 2008).

Ao analisarmos os dados referentes à qualidade de vida, foi observado que a clientela relatou, em sua maioria, boa qualidade de vida, já que 54% a consideraram boa e apenas 3% a consideraram muito ruim. E em relação à satisfação com a vida, 37% demonstraram não estarem satisfeitos nem insatisfeitos, porém 33% estavam satisfeitos com sua saúde. O que demonstra que a TB não teve um impacto considerável na qualidade de vida dessas pessoas. O que favorece inclusive a adesão ao tratamento e maior probabilidade do desfecho cura.

No **domínio físico**, a faceta que mais se destacou positivamente foi em relação à locomoção com 78% dos respondentes considerando boa sua capacidade de locomoção. Seguida da satisfação com o sono, em que 63% da clientela estava satisfeita com seu sono.

Já a faceta que menos pontuou no **domínio físico** foi em relação à satisfação com a capacidade para o trabalho, pois 50% estavam satisfeitos. No início do

tratamento, não só os sintomas da doença, assim como os efeitos da medicação podem trazer indisposição para realizar as atividades laborais. Porém a satisfação com o trabalho nem sempre está presente até mesmo em pessoas saudáveis, uma vez que muitas pessoas não estão satisfeitas com as atividades de trabalho que desempenham.

No **domínio psicológico**, destaca-se que 79% dos clientes algumas vezes tem sentimentos negativos (ansiedade, depressão, desespero, humor). Estudos demonstram que as pessoas possuem mecanismos de seleção, otimização e compensação, o que significa dizer que ajustam suas expectativas às suas condições, o que se expressa nas dimensões sociabilidade, empatia, autoconsciência, automotivação e autovalorização (NERI, 2007).

Outro ponto a ser considerado é a imagem corporal que, segundo Chaim, Izzo e Sera, (2009), consiste na maneira como o indivíduo julga a sua própria aparência. 63% dos clientes consideraram estar satisfeitos consigo mesmo e 61% referiram uma aceitação média de sua aparência física, o que comprova uma relação positiva entre autoimagem e autoestima para esses clientes.

No **domínio psicológico**, o item que apresentou pontuação interessante foi em relação ao sentido da vida, 51% dos clientes consideraram sua vida como tendo bastante sentido. De acordo com Freitas et al. (2006), encontrar significado na vida envolve três dimensões: equilíbrio entre perdas e ganhos; significado para as atitudes e os eventos do dia a dia; e ter um propósito de vida. Porém, 53% dos clientes consideram que aproveitam mais/menos a sua vida.

O **domínio relações sociais** possuiu avaliação favorável em todas as suas facetas, principalmente no que se refere aos contatos pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas), com 64% dos clientes satisfeitos. Em relação à vida sexual 73%

estavam satisfeitos, e 63% referiram satisfação com o apoio recebido dos amigos. Logo, percebe-se que a vida social e sexual não estava prejudicada pela doença. O que pode ser explicado por encontrarmos como predominante a faixa etária de 18 a 49 anos, ou seja, jovens e adultos.

O impacto de uma doença como a tuberculose não atinge somente o doente, mas estende-se a todo o universo do indivíduo, incluindo a família. O cliente e seus familiares, muitas vezes, são colocados diante de um panorama de fragilidade, não só pelo diagnóstico da tuberculose, uma doença séria que exige um tratamento prolongado, mas também acabam envolvidos com diversas outras situações, tais como o preconceito que envolve a doença, por exemplo, que dificulta não só a explicação da patologia para parentes e amigos, mas, ainda, algumas vezes, faz com que mesmo no próprio lar evite-se falar do assunto.

Tendo a família um papel relevante na saúde e na doença de seus membros, seria necessário, que, cada vez mais, o sistema de saúde redirecione as suas orientações para o contexto familiar e não só para o cliente individualmente. A família tem influência nos processos sociais, nas práticas e comportamentos e nas relações com as instituições de saúde e, precisa, por isso, serem trazidas também para a prevenção da saúde e cura das doenças. Em doenças em que o cliente deve mudar seus hábitos em nome da cura ou da busca de um estado mais saudável, a dinâmica familiar é de extrema importância, pois não se pode propor um tratamento a alguém que exige modificações de comportamento diário e vê-la voltar para um contexto que não foi alterado.

No **domínio meio ambiente**, 71% dos clientes demonstraram satisfação em relação ao acesso aos serviços de saúde e 36% demonstraram satisfação em relação ao meio de transporte. Além disso, 40% dos clientes se mostraram nem satisfeitos/nem

insatisfeitos com o local onde moram e 75% consideram mais/menos saudável seu ambiente físico em relação a clima, barulho, poluição e atrativos. Em estudo realizado por Vecchia et al. (2005), ter moradia própria constitui para os clientes um dos aspectos centrais da condição de vida e bem-estar. Assim o aspecto moradia e saneamento contribuem para adesão ao tratamento e positivamente para o desfecho cura.

Em relação à segurança na vida diária, 69% sentem-se mais/menos seguros, o que pode estar associado ao fato de vivenciarmos um clima de insegurança acarretado pela violência em nossa cidade, além do fato dos clientes passarem a maior parte do dia fora de casa. Porém, quando perguntados sobre as oportunidades de lazer, 69% dos clientes relataram média satisfação com as oportunidades de lazer. O que se pode relacionar a essa queixa é a real falta de espaços e oportunidades de lazer a um baixo custo voltado para as pessoas.

Quanto à qualidade de vida, acreditamos ter cumprido os objetivos de conhecer como o cliente percebe sua qualidade de vida. Apesar de considerarmos a objetividade na avaliação da qualidade de vida (exemplo: realização de atividades da vida diária), destaca-se a subjetividade (percepção individual) por parte dos clientes, para dar uma avaliação completa da qualidade de vida. Tal fato vai ao encontro da literatura quando Fleck (2008, p. 38) destaca que “o construto da qualidade de vida é multidimensional”, não abrangendo apenas aspectos funcionais, mas também físico, mental, social e de percepção individual.

No entanto, muito embora a TB seja curável, existe ainda “um impacto significativo sobre a qualidade de vida” da pessoa doente. Mesmo a clientela tendo relatado apresentar boa qualidade de vida, temos que reconhecer que a TB muda a vida

das pessoas, principalmente em relação ao tratamento e as medicações, assim como quando as pessoas são acometidas pelas mais diversas doenças (MARRA et al., 2004).

Fleck (2008), após o estudo dos múltiplos modelos de vários autores, reuniu as várias ideias e agrupou-as em dois grandes grupos que denominou de modelo de satisfação e modelo funcionalista. O modelo de satisfação fundamenta-se na relação direta entre QV e satisfação dos vários domínios considerados importantes pelo próprio indivíduo. A satisfação é algo subjetiva e associada ao nível de expectativa do indivíduo. Assim, um indivíduo com um bom nível de QV pode ser resultado de uma conquista de uma expectativa ou, por outro lado, de uma diminuição das suas expectativas resultantes de um sentimento de resignação. O autor (2008, p. 24) observa ainda que “provavelmente a estrutura de personalidade e a cultura em que o indivíduo está imerso sejam determinantes na decisão de aumentar as realizações ou diminuir as expectativas”.

O modelo funcionalista valoriza o desempenho satisfatório das funções sociais e das funções que o indivíduo valoriza. Nesse modelo, a doença interfere com a funcionalidade das funções referidas, tornando-se um problema. Fleck (2008, p. 24) recorda que a “designação qualidade de vida relacionada com a saúde serviu para agrupar vários instrumentos de base teórica funcionalista”. No entanto, o autor alerta para o pensamento que foi chamado de “paradoxo da deficiência”, com o qual conseguiram demonstrar que indivíduos com limitações de funcionalidade (consideradas indesejáveis por observadores externos) conseguem obter bons níveis de QV devido ao fato de se relacionarem de forma satisfatória com as limitações de que são detentores.

Vale ressaltar que uma pessoa não precisa ter sua vida transformada, do ponto de vista pessoal e social, por conta do adoecimento, pois isso pode ser evitado com tratamento adequado.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Considerando a magnitude da tuberculose como doença socialmente produzida devido ao impacto da mesma na saúde coletiva é relevante compreender o perfil do doente e a qualidade de vida como uma das maneiras de buscar a aproximação, a formação do vínculo e a adesão ao tratamento.

Em relação à identificação do perfil do cliente portador de tuberculose considerou-se que o instrumento utilizado (Rede TB) era bastante completo, o que facilitou o alcance do objetivo de identificar o perfil da clientela entrevistada.

Porém, ao longo do estudo ao identificar-se o perfil da clientela, observou-se que a TB ainda predomina na faixa de 18 a 29, com 35% e no sexo masculino, com 64% dos clientes estudados. A TB atinge adultos jovens, população considerada economicamente ativa, o que se encontrou na literatura como já mencionado. Além destes dados constatou-se no perfil da clientela que 39% possuíam o Ensino Fundamental incompleto, mas encontrou-se 6% da clientela estudada com nível Superior completo. Logo a TB não está inserida somente em indivíduos com baixa escolaridade. Ainda no perfil da clientela foi observado que 27% estavam empregados, 62% com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e 67% tinham casa própria. Sendo que ao traçarmos o perfil, verificou-se que a clientela estudada não se enquadra mais na categoria de extrema pobreza, como visto em estudos anteriores. Hoje, apesar da TB ser uma doença que deveria estar erradicada, encontrou-se um grande número de casos novos a cada ano e em cidades consideradas muitas vezes com uma qualidade de vida

melhor que em muitos estados brasileiros, como é o caso do estado do Rio de Janeiro, considerada metrópole.

Logo vieram as indagações, a tuberculose atinge atualmente a classe baixa, mas também a classe média e alta. No atendimento nas unidades básicas de saúde, encontramos clientes que precisavam vir ao posto de saúde para ter acesso as medicações, uma vez que não são disponibilizadas na rede privada. Observamos que alguns clientes têm acesso ao tratamento na rede privada, o que caracteriza uma população que não é de baixa renda.

Um dos problemas levantados no estudo, é a demora no diagnóstico e na procura pelos serviços especializados no tratamento da TB.

Com as grandes aglomerações nos centros urbanos, assim como nos meios de transporte, ou nas escolas, o bacilo da TB pode estar presente em vários lugares. Muitas vezes o desconhecimento da doença ou a desinformação de que a tuberculose é um fato em nossa sociedade, faz com que as pessoas, muitas vezes, ignorem os sintomas e demorem na procura pelo atendimento de saúde.

A confirmação diagnóstica provoca impacto na vida dos portadores. Doenças são eventos inesperados e indesejados, mais ainda quando se trata de tuberculose, com seu expressivo significado que ao longo dos séculos imprime sua marca na sociedade, que a representa como uma doença que mata. Ao se saberem doentes as pessoas ficam sem chão, perplexas, e experimentam os mais diversos sentimentos, porque sempre conhecem alguém que passou por esta experiência. Sabem que a tuberculose tem um processo evolutivo que, se não tratado, culminará em uma condição de debilidade física, sofrimento, dores, dificuldades respiratórias e morte. Essa perspectiva é a possibilidade mais próxima que a doença pode lhes acarretar e que, além disso, ocasiona tristeza e

desânimo para viver, provocados pela condição de doente e por seus efeitos evolutivos, que debilitam e retiram a energia vital. Ao mesmo tempo, exige dos clientes uma tomada de decisão, principalmente a de ter que se submeter ao tratamento e às demais condutas necessárias para obter a cura.

Há também dificuldade em compreender e aceitar o processo de adoecimento, principalmente entre pessoas com melhores condições de vida, que consideram ser a tuberculose uma doença que acomete apenas os carentes, já que não esperavam adoecer porque se julgavam protegidas pelas suas condições orgânicas favoráveis.

Esse estudo identificou um perfil diferente do que muitas vezes é encontrado quando se estuda a tuberculose. Considerou-se de grande importância os dados que foram observados e as possíveis causas de a TB ainda estar tão presente em nosso meio. O conhecimento cada vez maior da clientela nos permite buscar alternativas para diminuição do número de casos de TB.

Quanto à qualidade de vida, acredita-se ter cumprido os objetivos de investigar a qualidade de vida dos clientes com TB, analisando os aspectos evidenciados na qualidade de vida dos mesmos. No estudo verificou-se que 54% dos clientes relataram boa qualidade de vida, não mostraram que a TB trouxe limitações significativas no desempenho de suas atividades cotidianas, 58% relataram que a dor física atrapalha muito pouco no desenvolvimento das atividades cotidianas, 56% estavam satisfeitos com sua capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia, 50% se encontravam satisfeitos com a capacidade para o trabalho. Além disso, 63% se consideraram satisfeitos consigo mesmo e 64% relataram satisfação com as relações pessoais. Em se tratando de uma doença que ainda traz preconceitos, os clientes poderiam trazer uma visão negativa de sua qualidade de vida, o que não foi identificado.

Nesta população de clientes portadores de TB observamos escores compatíveis com qualidade de vida satisfatória, principalmente no aspecto social. Da mesma forma, o domínio psicológico obteve escores adequados e de acordo com o descrito pela literatura. Apesar de não terem ocorrido diferenças estatisticamente significativas, o domínio ambiente apresentou a pior média dentre os diferentes domínios. Apesar deste fato, o escore total deste domínio parece ser suficiente para uma boa qualidade de vida. Verificamos uma pontuação mínima esperada para o domínio físico, embora também sem significância estatística.

Na avaliação dos domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, as médias encontradas foram muito próximas o que se conclui que não houve prejuízo de um determinado aspecto da vida do cliente acometido pela TB. Assim, a qualidade de vida encontrou-se adequada para a clientela estudada. O conhecimento de parâmetros de qualidade de vida na população com TB é de extrema importância quando se visa ações que objetivem cada vez maior adesão ao tratamento.

Constata-se que o WHOQOL-bref demonstrou abrangência suficiente para representar a multidimensionalidade da qualidade de vida, inclusive nessa clientela com um problema de saúde e nas correlações observadas nos diferentes domínios, mostrou-se válido para medir o que se propõe a fazer – a qualidade de vida.

Como observado na teoria, a qualidade de vida é um conceito abrangente e subjetivo, envolvendo vários aspectos da vida e, entre eles, a dimensão da saúde. Quando discutimos a relação entre qualidade de vida e a TB, um dos objetivos desse estudo, observou-se que a TB atinge o universo do indivíduo, mas como qualidade de vida é um tema bem amplo, o cliente considerou outros aspectos de sua vida e o modo

de viver o cotidiano do tratamento se mostrou da mesma forma que em outros âmbitos da vida porque o homem é um só.

Como sugestões após a realização dessa pesquisa ficam:

- Melhorar a qualificação dos profissionais para o controle da TB;
- Oferecer orientações que possam minimizar os sintomas da doença, os efeitos do tratamento e a interferência da doença na qualidade de vida do cliente. O que poderia levar há uma maior adesão ao tratamento, tentando buscar uma diminuição do sofrimento humano que a TB traz para o indivíduo e a sociedade na qual ele convive;
- A necessidade de individualizar o atendimento e de revisar nossos métodos educativos para clientes em tratamento de tuberculose e a para população em geral. Quando falamos na necessidade de individualizar o atendimento, referimo-nos ao fato de que os profissionais que atendem aos clientes estão sujeitos às suas responsabilidades profissionais, e à normatização contida em manuais técnicos para o controle da tuberculose, com todas as definições quanto ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos. Assim é premente compreender que os clientes também estão sujeitos às normas que são próprias de seu ambiente cultural e social, com valores muitas vezes ligados às responsabilidades com a família, o trabalho, entre outras. Por isso, estudar a qualidade de vida pode nos ajudar a melhor cuidar, pois ao entender a subjetividade do cliente e o contexto no qual está inserido, poderemos redimensionar nossa atenção e permanecer cumprindo as normas técnicas, mas entendendo que nosso cuidado deve ser direcionado a cada doente e não à doença, percebendo a imagem que ele faz de si mesmo e

aquela que a sociedade tem dele. Para isso, é necessário não apenas a constituição de equipes profissionais tecnicamente competentes, mas a atenção mais aprofundada dos que atuam nos serviços de saúde para os demais aspectos relativos ao indivíduo;

- A busca por uma participação ativa do doente em seu processo de enfermidade capacitando-o no sentido de cuidar melhor de sua saúde e conhecer as alterações físicas e psicológicas que ocorrem com a tuberculose. Com isso, ele poderá ter a cura de sua doença. O receio de recidivas estará englobado na educação em saúde, fazendo com que o cliente encontre seu bem estar e, principalmente, saiba lidar com uma possível reincidência da doença. Daí a importância da educação em saúde e de conhecer o cotidiano desse cliente. Pois dessa forma o cliente pode se prevenir através de medidas simples do dia a dia e, com isso, ter o impacto positivo para sua melhor qualidade de vida;
- A importância dessa estratégia é tornar a cura não só uma responsabilidade do doente, mas também um compromisso entre este e o serviço de saúde, desde o diagnóstico até a alta. O governo deve tornar o controle da TB uma prioridade política dando todas as condições lógicas e estratégicas necessárias a esse caminho;
- Pretendeu-se com este estudo que ele possa fornecer subsídios para formação de estratégias para o controle da tuberculose e o desfecho cura. Dessa maneira, acreditamos que devem ser desenvolvidos novos estudos sobre os problemas, impactos e as necessidades cotidianas vivenciadas pelas famílias de doentes, relacionando o tipo de doença com as características

individuais de cada um e de suas famílias, para implantação de melhores programas educativos que possam explicar e orientar de forma mais eficiente a doença como um todo, facilitando o percurso tanto dos doentes quanto de seus parentes e amigos.

O estudo não esgota a necessidade de discutir questões relativas ao objeto da pesquisa. Esperamos que ele contribua não só para o controle da TB, mas que desperte indagações aos pesquisadores e profissionais de saúde acerca da atenção prestada aos usuários dos serviços de saúde em geral.

Neste estudo, não houve obstáculos para participação dos sujeitos. Nenhuma das pessoas contactadas se recusou a participar. Essa atitude cooperativa tornou possível a construção da dissertação. E fazer esse estudo foi muito importante para realização profissional e pessoal da pesquisadora. Realizar esta pesquisa significou um grande avanço em nossos conhecimentos científicos e humanos. Todo conteúdo que foi preciso estudar, permitiu compreender cada vez mais quão importante é a relação que estabelecemos com nossos clientes.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.F.M. et al. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife/ PE/ Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am. J. Public. Health**, v. 9, n. 6, p. 368-374, 2001.
- ANDERSON, K.L.; BURCKHARDT, C.S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **J. Adv. Nurs.**, v. 29, n. 2, p. 298-306, 1999.
- ANDERSON, R.T.; RAJAGOPALAN, R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. **J. Am. Acad. Dermatol.**, v. 37, p. 41-50, 1997.
- ANDRADE, M.C. **Nelson Rodrigues**. Biblioteca da Fundação Joaquim Nabuco. Recife, 27 de abril de 2007. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationcode=16&pagecode=310&textcode=8441&date=currentDate>. Acesso 15jun2009.
- ARCÊNCIO, R.A. et al. City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo state, Brazil, 2005. **Int. Tuberc. Lung. Dis.**, v. 12, n. 5, p. 527-531, maio 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de ação emergencial para municípios prioritários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve>. Acesso em: 05 jan. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Estatística. **Painel Indicadores do SUS**. Departamento de Monitoramento da Avaliação da Gestão do SUS Ano I, n. 1, ago. 2006.
- CALMAN, K.C. **Definitions and dimensions of quality of life**. Monograph series of the European Organization for Research on the Treatment of Cancer (EORTC). New York: Raven, 1987. v. 17.
- CARR, A.J.; THOMPSON, R.; KIRWAN, N. Quality of life measures. **Br J. Reumathol.**, v. 35, p. 275-281, 1996.
- CARVALHO, E.T.F.; ALENCAR, Y.M.G. **Teorias do envelhecimento**. Manual de Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994.
- CAVALCANTE, S. et al. **A implantação da estratégia DOTS na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Pneumologia Sanitária, 2002.

CHAIM, H.; IZZO, J.; SERA, C. T. N. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2009.

CHAIMOWICZ, F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 35, n. 1, p. 81-87, 2001.

CHANG, B. et al. Quality of life of tuberculosis: a review of the English language literature. **Quality of Life Research**, v. 13, p. 1633-1, 2004.

COHEN, S.C. et al. **Habitação saudável no SUS**. Uma estratégia de ação para o PSF: uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2003. p. 807-813.

CONDE, M. et al. Moxifloxacin versus ethambutol in the initial treatment of tuberculosis: a double blind, randomized, controlled phase II trial. **The Lancet**, London/New York, v. 373, n. 9670, p. 1183-1189, Abr. 2009. Disponível em:
<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60333-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60333-0/fulltext)>.
Acesso em: 20 jul 2009.

CORBETT, E.L.; WALKER, N. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. **Arch. Intern. Med.**, v. 163, p. 1009-1021, 2003.

CRONBACH, L.J.; MEEHL, P.E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, v. 52, p. 281-302, 1955.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 11, p. 532-538, 2003.

DHURIA, M.; SHARMA, N.; INGLE, G.K. Impacto of tuberculosis on the quality of life. **Indian J. Community Med.**, v. 33, n. 1, p. 58-59, 2008.

DIMITROVA, B. et al. Health services providers perceptions to tuberculosis care in Russia. **Health Policy and Planning Advance**, v. 21, n. 4, p. 265-274, 2006.

DINIZ, D.P.; SCHOR, N. **Qualidade de Vida**. São Paulo: Manole, 2005. 221 p.

DION, M.J. et al. Feasibility and reliability of health related quality of life measurements among tuberculosis patients. **Quality of Life Research**, v. 13, p. 653-665, 2004.

DORIAN, P. Quality of life in clinical Arrhythmic Trials. In: 20 th Annual Scientific Sessions of the North American Society of pacing and Eletrophysiology. **Annals of Internal Medicine**... 2004, May 14.

DOURADO, V.Z. Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **J. Bras. Pneumol.**, v. 30, n. 3, p. 207-214, maio/jun. 2004.

EDELMAN, C.L.; MANDLE, C.L. **Health promotion throughout the lifespan**. 3.ed. St. Louis Missouri: Mosby-Year Book Inc., 1996.

ENSOR, T.; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. **Health Policy**, Londres, v. 19, n. 2, p. 69-79, 2004.

ERAM, U. et al. Patient perception of illness and initial reaction. **Indian J. Community Med.**, v. 31, n. 3, p. 198, 2006.

ESCOTT, S.; WALLEY, J. Listening to those on the frontline: lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. **Social Science & Medicine**, [S.I.], v. 61, n. 8, p. 1701-1710, Oct. 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science?>> acesso em: 02 jul. 2008.

FAYERS, P.M.D. **Quality of life**: assessment, analysis and interpretation. Chichister: John Wiley, 2000.

FERRANS, C.E. Quality of life: concepture issues. **Semin. Oncol. Nurs.**, v. 6, n. 4, p. 254-258, 1990.

FLECK, M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-Bref). **Rev. Saúde Públ.**, v. 34, n. 2, p.178-183, 2000.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose** – Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2006.

GILL, T.; FENSTEIN, A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, p. 619-626, 1993.

GODFREY-FAUSSETT, P. et al. Why do patients with cough delay seeking care at Lusaka urban health centers? A health system research approach. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 6, n. 9, p. 796-805, 2002.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Públ.**, v. 15, n. 4, p. 777-787, out./dez. 1999.

GUYATT, G.H.; FEENY, D.H., PATRICK, V. Measuring health-related quality of life. **Ann. Internal. Medicine**, v. 7, n. 2/4, p. 60-63, 1997.

HANE, F. et al. Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 11, n. 5, p. 539-543, 2007.

HIJJAR, M.A. Tuberculose: desafio permanente [editorial]. **Cad. Saúde Públ.**, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 4, (suppl.1), p. 50-58, 2007.

HOUSE, J.S.; LANDIS, K.R.; UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**, v. 24, n. 1, p. 540-545, 1988.

HULLEY, S.B.; MARTIN, J.N.; CUMMINGS, S. **Planning the measurements**: precision and accuracy. In: *Designing clinical research*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001. p. 37-49.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I.R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality Life Res.**, v. 13, n. 1, p. 125-136, 2004.

JOVTEI, E. G. **Qualidade de vida e o ensino tecnológico**: uma experiência de pesquisa. 2001. 143p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

KRITSKI, A.L.; CODE, M.B.; SOUZA, G.R.M. **Tuberculose**: do ambulatório à enfermaria. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

KRITSKI, A. L. et al. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. **Rev. Saúde Públ.**, v. 41, n. 1, p. 9-14, 2007.

LEÃO, R.N.Q. **Doenças infecciosas e parasitárias: enfoque amazônico**. Belém: CEJUP, 1997.

LIEFOOGHE, R. et al. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 12, p. 1085-1092, 1995.

LIMA, M.B. et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na 103 perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Públ.**, v. 17, n. 4, p. 877-885, jul./ago. 2005.

LUDERITZ, B.; WERNER, J. Quality of life in patients with atrial fibrillation [Review article]. **Arch. Intern. Med.**, v. 160, p. 1749-1757, 2000.

MARRA, C.A. et al. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. **Health and Quality of life Outcomes**, v. 2, n. 58, p.1-10, 2004.

MARTINS, L.M. et al. Qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, p. 17-18, 2000.

MOHAMED, A.L.M. et al. Knowledge of tuberculosis: a survey among tuberculosis patients in Omdurman. **Sudan. Sudanese Journal of Public health**, v. 2, n. 1, p. 21-28, 2007.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2007.

ODA, L.M.; ÁVILA, S.M. **Biossegurança em laboratórios de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. p.44.

PANZINI, R.G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 34, p. 105-115, 2007.

PATRÍCIO, Z.M. **A Dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo**: uma questão bioética numa abordagem holística-ecológica. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem – Faculdade de Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

PENNAFORT, R. Tratamento de tuberculose pode cair para dois meses. **Jornal Estado de São Paulo**. São Paulo, 04 de abril de 2009. Caderno de Vida. Disponível em: <www.estadao.com.br/estadaodehoje/20090404/not_imp349861.0.php>. Acesso em: 20 jul 2009.

PEREIRA, E.T. Representações acerca do lazer no imaginário de professores. In: CONGRESSO MUNDIAL DO LAZER, 5., 1998, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1998.

PHALADZE, N.A. et al. Quality of life and the concept of living well with HIV/AIDS in sub-Saharan África. **J. Nurs. Scholar, malden.**, v.37, n. 2, p. 120-126, 2005..

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Avaliação dos métodos de coleta de dados. In: **Pesquisa em enfermagem**. 5. ed., 2004. p. 265-272.

RAJESWARI, R. et al. Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social wellbering: a field report from south India. **Social Science & Medicine**, v. 8, n. 60, p. 1845-1853, 2005.

RAMOS, N.; CREPALDE, A.T.A. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **J. Pneumol.**, v. 26, n. 4, p. 207-213, 2000.

RAVIGLIONE, M.C.; NARAIN, J.P.; KOCHI, A. HIV – associated tuberculosis in developing countries: clinical features, diagnosis, and treatment. **Bulletin of World Health Organization**, Geneva, v. 70, p. 515-526, 1992.

REDE TB. **Relatório das atividades de pesquisa 2002 - 2004**. Instituto Milênio Rede TB. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose, 2005.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO DE JANEIRO. Programa de Controle de Tuberculose. Secretaria Estadual de Saúde. Programa de Controle de Tuberculose do Ambulatório do Rio de Janeiro. **Boletim Informativo do Programa de Controle da tuberculose do município do Rio de Janeiro**, 2005.

_____. Programa de Controle de Tuberculose. Secretaria Estadual de Saúde. Programa de Controle de Tuberculose do Ambulatório do Rio de Janeiro. **Boletim Informativo do Programa de Controle da tuberculose do município do Rio de Janeiro**, 2008.

RODRIGUES, I.L. **As representações sociais de clientes sobre a tuberculose**: desvendar para melhor cuidar. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

RUFFINO NETTO, A. Carga da tuberculose: reflexões sobre o tema [editorial]. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 307-309, jul./ago. 2004.

_____. Recidiva da tuberculose. **J. Bras. Pneumol**, v. 33, n.5, out. 2007.

RUFFINO NETTO, A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem**, 2008.

SÁ, L.D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 712-718, 2007.

SANTINI, R.C.G. **Dimensões do lazer e da recreação**. São Paulo: Angelotti, 1993.

SANTOS, C. B. et al. Utilização de um sistema de informação geográfica para descrição dos casos de tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 12, n. 1, p. 5-10, 2004.

SCATENA, L.M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 3, p. 389-397, jun. 2009.

SCHIPPER, H.; CLINCH, J.J.; OLWENY, L.M. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: SPILKER, B. (Editor). **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Pub, 1996. p 11-23.

SCHMETANA, A. et al. tuberculose: prioridade de saúde pública. Disponível em: <http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_b_noite/artigo22.pdf>. Acesso em: 22 ago 2009.

SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida de pacientes em hemodiálise. **Arch. Med. Int.**, v. 4, n. 2, p. 173-179, 1998.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Públ.**, v. 20, p. 580-588, 2004.

SELIG, L. et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **J. Bras. Pneumol.**, v. 30, n. 4, p. 327-334, 2004.

SELVAM, J. M. et al. Health-seeking behavior of new smear-positive TB patients under a DOTS programme in Tamil Nadu, India, 2003. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 11, n. 2, p. 161-167, 2007.

SILVA, A.M.B.F. **Cotidiano dos portadores de tuberculose inscritos em Programa de Controle de Tuberculose de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro**. 2006. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, D.M.G.V.; SOUZA, S.S.; MEIRELLES, B.S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 2004.

SILVA, M.L.C. Utilização criativa dos espaços para lazer. In: CONGRESSO MUNDIAL DO LAZER, 5., 1998, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1998.

SOUZA, M.S.P.L. et al. Características dos serviços de saúde associadas á adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 6, p. 997-1005, 2009.

STIPP, M.A.C. **O cliente e a doença coronariana**: uma estudo sobre suas representações. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

TEKLE, B.; MARIAM, D.H.; ALI, A. Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi Zone in Ethiopia. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 6, n. 7, p. 573-579, 2002.

VECCHIA, R. D; RUIZ, T. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, p. 246-252, 2005.

VENDRAMINI, S.H.F.; GAZETTA, C.E.I.; CHIARAVALOTTI, F.N. Tuberculose em município de porte médio do sudeste: indicadores de morbidade e mortalidade de 1985 a 2003 [editorial]. **J. Bras. Pneumol.**, v. 31, n. 3, p. 237-243, 2005.

VUORI, H. Research needs in quality assurance. **Quality Assurance in Health Care**, v.1, p. 147-159, 1989.

WANG, W. B. et al. Pathways from first health care seeking to diagnosis: obstacles to tuberculosis care in rural China. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 11, n. 4, p. 386-391, 2007.

WATKINS, R.E.; ROUSE, C.R.; PLANT, A.J. Tuberculosis treatment delivery in Bali: a qualitative study of clinic staff perceptions. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 8, n. 2, p. 218-225, Fev. 2004.

WHO - World Health Organization. **Amsterdam Declaration to Stop Tb**. The Ministerial Conference on Tuberculosis & Sustainable Development. Amsterdam, The Netherlands, 24 March, 2000.

WHO - World Health Organization. **Global tuberculosis control**: surveillance, planning, financing. WHO report, 2007.

WHO - World Health Organization. **Treatment of tuberculosis**: guidelines for national programme. 3. ed. Geneva, 2003.

WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: assessment instrument. In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Ed.). Quality of Life assessment: international perspectives. Berlin: Springer, 1994. p. 41-57.

WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. **Int. J. Cult. Ment. Health.**, 1998.

WILSON, I.B.; KAPLAN, S. Clinical practice and patients health status: how are the two related? **Med. Care**, v. 33, p. AS209-AS214, 1995.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO A - CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

ANEXO C - APROVAÇÃO DO CEP