

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL) 

Consumo de substâncias psicoativas em pacientes com tuberculose: adesão ao tratamento e interface com Intervenção Breve

Psychoactive substance use in patients with tuberculosis: treatment adherence and interface with Brief Interventions

Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con tuberculosis: adhesión al tratamiento e interfaz con Intervención Breve

Sônia Sueli Souza do Espírito Santo¹ <https://orcid.org/0000-0002-0290-392X>Angela Maria Mendes Abreu¹ <https://orcid.org/0000-0002-7894-4242>Luciana Fernandes Portela² <https://orcid.org/0000-0001-8961-468X>Larissa Rodrigues Mattos¹ <https://orcid.org/0000-0002-8033-2667>Louise Anne Reis da Paixão¹ <https://orcid.org/0000-0002-2021-9953>Riany Moura Rocha Brites¹ <https://orcid.org/0000-0002-3774-4084>Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso³ <https://orcid.org/0000-0002-9411-6113>

¹Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

²Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil

³Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Autor de correspondência:

Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso

Email: tbarroso@esenfc.pt

Recebido: 28.11.19

Aceite: 19.02.20

Resumo

Enquadramento: O consumo de substâncias psicoativas associado à tuberculose estabelece uma urgente questão de saúde pública.

Objetivo: Caracterizar o perfil e o consumo das substâncias psicoativas dos pacientes em tratamento da tuberculose e analisar a relação entre as variáveis de saúde, o consumo e a adesão ao tratamento, na perspetiva da Intervenção Breve (IB).

Metodologia: Estudo descritivo correlacional, com 114 pacientes, utilizando o *Self-Reporting Questionnaire* e o *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test*, no período de 2016 a 2017.

Resultados: Os fumadores que consumiam álcool ($p = 0,058$) e aqueles que relataram não ter doenças crónicas ($p = 0,024$) apresentaram necessidade de receber IB. O consumo de *cannabis* destacou-se entre os fumadores ($p = 0,009$). Relativamente à frequência da adesão ao tratamento, 40% faziam uso de tabaco, 21,1% uso de álcool, 10,5% uso de *cannabis* e 13,7% de cocaína.

Conclusão: Verificou-se a vulnerabilidade desta população em relação ao consumo de substâncias psicoativas quanto à adesão ao tratamento.

Palavras-chave: tuberculose; adesão ao tratamento; rastreamento; substâncias psicoativas; enfermagem

Abstract

Background: Psychoactive substance use associated with tuberculosis is an urgent public health issue in the contemporary world.

Objective: To characterize the profile and psychoactive substance use of patients undergoing tuberculosis treatment and to analyze the association between health-related variables, consumption, and treatment adherence, from the perspective of Brief Interventions (BI).

Methodology: Descriptive correlational epidemiological study, with 114 patients, from 2016 to 2017. The Self-Reporting Questionnaire and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test were used.

Results: Smokers who drank alcohol ($p = 0.058$) and those who reported not having chronic diseases ($p = 0.024$) had a need to receive BI. Cannabis use was more frequent among smokers ($p = 0.009$). As for the frequency of treatment adherence, 40% of participants smoked, 21.1% drank alcohol, 10.5% used cannabis, and 13.7% used cocaine.

Conclusion: These results demonstrated the vulnerability of this population to psychoactive substance use based on treatment adherence.

Keywords: tuberculosis; adherence, treatment; screening; psychoactive substances; nursing

Resumen

Introducción: El consumo de sustancias psicoactivas asociadas al tuberculosis constituye un problema urgente de salud pública en el mundo contemporáneo.

Objetivo: Caracterizar el perfil y el consumo de sustancias psicoactivas de los pacientes sometidos a un tratamiento contra la tuberculosis y analizar la relación entre las variables de salud, consumo y adhesión al tratamiento, desde la perspectiva de la Intervención Breve (IB).

Metodología: Se llevó a cabo un estudio epidemiológico descriptivo correlativo, con 114 pacientes, mediante el *Self-Reporting Questionnaire* y el *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test*, de 2016 a 2017.

Resultados: Los fumadores que consumían alcohol ($p = 0,058$) y los que informaron que no tenían enfermedades crónicas ($p = 0,024$), presentaron la necesidad de recibir IB. El consumo de *cannabis* fue más frecuente entre los fumadores ($p = 0,009$). En cuanto a la frecuencia de la adhesión al tratamiento, el 40% consumía tabaco, el 21,1% alcohol, el 10,5% *cannabis* y el 13,7% cocaína.

Conclusión: Los resultados demostraron la vulnerabilidad de esta población en relación con el consumo de sustancias psicoactivas en cuanto a la adhesión al tratamiento.

Palabras clave: tuberculosis; adherencia al tratamiento; seguimiento; sustancias psicoactivas; enfermería

Como citar este artigo: Santo, S. S. S., Abreu, A. M. M., Portela, L. F., Mattos, L. R., Paixão, L. A. R., Brites, R. M. R., & Barroso, T. M. M. (2020). Consumo de substâncias psicoativas em pacientes com tuberculose: adesão ao tratamento e interface com Intervenção Breve. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19093. doi: 10.12707/RIV19093.



Introdução

O uso de substâncias psicoativas na contemporaneidade condiz com um fenômeno amplamente divulgado e discutido, uma vez que o uso abusivo de substâncias se tornou uma séria questão social e de saúde pública na atualidade (World Health Organization [WHO], 2019). Por ser classificada como uma doença, a dependência química é declarada como uma das maiores questões sociais já enfrentadas (Cassiano, 2014; Zuze & Silva, 2012).

O consumo de drogas associado à terapêutica da tuberculose (TB) estabelece hoje, uma urgente questão de saúde pública no mundo contemporâneo. O aumento da morbimortalidade, como resultado da incidência e prevalência da TB e o consumo indevido de substâncias psicoativas, tem-se refletido em resultados negativos em relação à saúde e questões sociais para o indivíduo e para os seus familiares. Ainda a respeito da associação do uso de substâncias psicoativas e a TB, considera-se que o tratamento e o diagnóstico da TB em indivíduos que usam estas substâncias, permanecem um obstáculo para atingir uma melhor cobertura universal para a TB no mundo (Cassiano, 2014; WHO, 2019).

Até ao final de 2015, o Brasil integrava o conjunto dos 22 países de alta carga com prioridade garantida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que centralizavam 80% dos casos de TB a nível mundial, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. Para o intervalo de tempo de 2016 a 2020, foi determinado um recente agrupamento de países prioritários, de acordo com características epidemiológicas, perfazendo 48 países prioritários para o tratamento da TB (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019; WHO, 2019).

Na atualidade, o Brasil situa-se na 20ª posição quanto à carga da doença e na 19ª posição no que concerne à coinfeção TB-HIV. Ademais, o país destaca-se pela sua participação no BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), cujos países totalizam, aproximadamente, 50% dos casos de TB no mundo e impulsionam mais de 90% dos recursos indispensáveis para as ações de controle da doença, através de fontes domésticas de financiamento. Por isso, a TB ainda se insere em todas as normas de priorização de uma ameaça em saúde pública, isto é, de grande importância, transcendência e vulnerabilidade (WHO, 2018, 2019).

Em 2017 o Brasil, constituído por uma população de 209 milhões de habitantes, apresentou os seguintes indicadores relacionados com a TB, divulgados pela WHO em 2018: um total de 91.000 pessoas adoeceu decorrente da TB, sendo 62.000 homens, 29.000 mulheres e 11.000 crianças; ocorreram 7.000 mortes por TB, incluindo 1.900 mortes de pessoas com HIV; a cobertura de tratamento foi de 87%; estima-se que em 2025 o alvo operacional a ser atingido seja 90%, por meio da estratégia *End TB* (pelo fim da TB), estabelecida pela WHO; a taxa de adesão ao tratamento por 100.000 habitantes, neste ano, foi de 72%; o total de pessoas que adoeceram com TB multirresistente foi de 2.400, sendo que apenas 1.110 foram notificadas e 964 iniciaram o

tratamento (WHO, 2018).

Ainda relativamente à incidência e prevalência da TB, a não adesão à medicação pode contribuir para o aumento do número de casos, pois o maior problema no tratamento desta doença é a não adesão, que tem como resultado o aumento dos indicadores de incidência e mortalidade pela doença. Desta forma, alguns autores assinalam que a cura resulta da adesão ao tratamento (WHO, 2018; Cassiano, 2014).

Quanto ao problema da não adesão ao tratamento e o seu consequente abandono, alguns autores citam o consumo de substâncias psicoativas como um dos preditores, dentre outros, tais como hábitos de vida prejudiciais para a saúde, como o tabaco, bem como também as drogas ilícitas, a pobreza e as desigualdades na atribuição de rendas (Cassiano, 2019; WHO, 2018; WHO, 2019). Assim, para assistir e prevenir prejuízos acarretados à saúde de pacientes pelo uso de substâncias psicoativas podem utilizar-se as Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves (EDIBs), conforme preconizadas por Thomas Babor (Babor, Del Boca, & Bray, 2017). Essas EDIBs, foram desenvolvidas no decorrer de 20 anos de estudos em diversos países do mundo, e os objetivos das mesmas são reconhecer e assistir pacientes no método de tomada de decisão e nos seus esforços para diminuir ou parar o consumo, como medida de prevenção de crescimento de graves problemas físicos, psicológicos ou sociais (Babor et al., 2017; Peltzer et al., 2013).

A relevância social deste tema foca-se no facto de que o paciente com TB que não adere ao tratamento permanece doente e ainda continua a disseminar a doença. Além disso, a descontinuidade do tratamento conduz à resistência medicamentosa e à recidiva da enfermidade, impondo obstáculos ao processo de cura e elevando o tempo e os gastos com o tratamento. Diante disto, a investigação motivada com os temas, os quais induzem os pacientes portadores de TB a abandonarem o tratamento, poderá contribuir para a adaptação dos planos terapêuticos junto dos profissionais da área da saúde (Furlan, Oliveira, & Marcon, 2012).

Tendo em vista as potenciais agravantes para a saúde dos pacientes com TB, consumidores de substâncias psicoativas, a reconhecida efetividade da Intervenção Breve (IB) pode representar uma importante ferramenta na Atenção Primária, como estratégia de redução do consumo dessas substâncias. Neste contexto, a adesão ao tratamento da TB pode ser um importante marcador do impacto do uso de substâncias na saúde de pacientes em tratamento. Face ao exposto, os objetivos deste estudo foram caracterizar o perfil e o consumo das substâncias psicoativas dos pacientes em tratamento da TB e analisar a relação entre as variáveis de saúde, o consumo e a adesão ao tratamento, na perspetiva da IB.

Enquadramento

Nas últimas décadas, a preocupação com a adesão dos pacientes às terapias anti-TB tem crescido em quase todo o mundo (WHO, 2018, 2019). Das metas recomendadas

no Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) ressaltam-se, tratar corretamente 100% dos casos diagnosticados da doença e curar pelo menos 85% dos mesmos, bem como também conservar o abandono de tratamento em percentagens tidas como admissíveis (5%; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019).

No contexto de pacientes em tratamento de TB, dentre as substâncias psicoativas estudadas, revelou-se o uso abusivo de bebidas alcoólicas como fator de não adesão ao tratamento da doença e, conseqüentemente, o seu abandono e instabilidades em relação ao tratamento, tais como a não adesão e a propagação da doença. Deste modo, estes pacientes precisam de um cuidado diferenciado para que diminuam o consumo do álcool e tenham maior estímulo na adesão ao tratamento, pois o padrão de consumo alcoólico nocivo tem sido considerado um dos motivos de vulnerabilidade ao abandono do tratamento da TB (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019; WHO, 2019).

Já na década de 70, autores brasileiros haviam revelado uma associação entre a incidência de TB e alcoolismo e também o tabagismo, traumas psíquicos, estados patológicos ou fisiológicos e *stress* emocional foram indicados como possíveis causas que reduziriam a resistência orgânica, acarretando o adoecimento por fatores endógenos (Caron-Ruffino & Ruffino-Netto, 1979). Assim, as bebidas alcoólicas consumidas de forma prejudicial modificavam negativamente o vigor do indivíduo, visto que este encontrava no álcool calorias suficientes e, assim, não se nutria bem, reduzindo a resistência e elevando o risco de contrair a TB (Caron-Ruffino & Ruffino-Netto, 1979; Orofino et al., 2012).

O alcoolismo também diminui a probabilidade de cura da doença por elevação do abandono do tratamento e, no caso da TB pulmonar em pacientes com baciloscopia positiva, facilita a preservação da cadeia de transmissão, bem como o crescimento das populações bacterianas resistentes à quimioterapia de primeira linha. Começar o tratamento, desistir dele, voltar ao tratamento e abandonar novamente, são circunstâncias cada vez mais comuns na população infectada por TB e consumidora de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas (Cassiano, 2014; Orofino et al., 2012).

A TB é uma doença que tem cura na quase totalidade dos casos novos, sensíveis aos fármacos antituberculos-táticos, desde que acatados os fundamentos básicos da terapia medicinal e a apropriada operacionalização do tratamento (Monteiro et al., 2015). Neste contexto, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), também denominado *Direct Observed Treatment Strategy* (DOTS), é um elemento-chave da estratégia que objetiva o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e a prevenção do surgimento de estirpes resistentes aos fármacos, diminuindo os casos de abandono e elevando a probabilidade de cura (WHO, 2018).

Assim, em todos os casos de TB, novos ou de retra-tamento, deve-se utilizar o TDO, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento, levando

em conta que este modo de tratar vai além de ver a toma dos fármacos, sendo preciso formar um vínculo entre o paciente e o profissional de saúde, bem como entre o paciente e o serviço de saúde. Como já referido, o abandono do paciente do tratamento da TB pulmonar, com baciloscopia positiva, beneficia a preservação da cadeia de transmissão (WHO, 2018)

Também como parâmetro de diminuição do padrão de consumo de álcool e maior adesão ao tratamento da TB, tem-se a alternativa de efetuar a IB, que foi desenvolvida no decurso de vinte anos de estudos em vários países do mundo, como já citado (Babor et al., 2017; Caron-Ruffino & Ruffino-Netto, 1979). O desenvolvimento científico sobre evidências da IB em problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, em pacientes em tratamento da TB, beneficia a sistematização sobre as estratégias adequadas na sua rotina de atendimento (Cassiano, 2014; Peltzer et al., 2013).

Questão de investigação

Qual a relação entre o consumo das substâncias psicoativas e a adesão ao tratamento em pacientes com TB, e a técnica da IB, junto dos profissionais enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária de saúde?

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo correlacional. O presente estudo incluiu todos os pacientes que estavam em tratamento da TB pulmonar e/ou extrapulmonar em sete instituições municipais de saúde do Rio de Janeiro. Foi adotado como critério de inclusão pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento de TB pulmonar e/ou extrapulmonar. Foram excluídos os pacientes que não estavam em condições de responder ao questionário por apresentarem sintomas psicóticos ou défices cognitivos. De um total de 468 pacientes elegíveis, 296 recusaram-se a participar no estudo e 58 pacientes não foram localizados. A amostra final totalizou 114 pacientes (24,3%), selecionados por amostragem de conveniência.

A colheita de dados foi realizada no período de junho de 2016 a julho de 2017. As entrevistas presenciais basearam-se em questionários estruturados que incluíram questões relacionadas com o perfil sócio-demográfico, hábitos de vida e tratamento da TB, o *Self-Reporting Questionnaire* (SQR20), para avaliar os aspectos da saúde física e emocional, e a versão traduzida e adaptada para português do questionário *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), desenvolvido pela WHO para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas.

A variável de exposição foi o consumo das quatro substâncias de maior prevalência nesta amostra de participantes: álcool, tabaco, *cannabis* e cocaína. O padrão de consumo foi avaliado segundo o somatório de seis dos oito itens que compõem o ASSIST. Este procedimento gerou uma

variável contínua que foi categorizada em três níveis de classificação em função da necessidade de receber intervenção ou tratamento para tabaco, *cannabis* e cocaína: nenhuma intervenção (de 0 a 3 pontos), receber IB (4 a 26 pontos) e encaminhar para tratamento (≥ 27 pontos). Já os pontos de corte para o álcool diferem dos demais nos dois primeiros níveis: nenhuma intervenção (de 0 a 10 pontos), receber IB (11 a 26 pontos) e encaminhar para tratamento (≥ 27 pontos). Para efeito das análises, os dois últimos níveis de classificação foram agrupados em Receber intervenção/tratamento (categoria de comparação) e Nenhuma intervenção (categoria de referência). A variável de desfecho foi a adesão ao tratamento da TB, definida pelos relatos dos pacientes sobre terem faltado apenas a uma consulta agendada. Dois meses após a primeira entrevista, foi realizado o levantamento das substâncias psicoativas utilizadas e dadas as primeiras orientações para os pacientes, de acordo com o questionário ASSIST. Num segundo momento, por meio de buscas nos respectivos prontuários, foi investigado o comparecimento às consultas subsequentes e a consequente dispensação da medicação.

A caracterização sociodemográfica e de saúde desta amostra baseou-se no uso de estatísticas resumo e testes de hipóteses estatísticos, especificamente o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando os valores esperados foram menores do que 5. Foi considerado o nível de significância estatística de 5%. Todas as análises foram realizadas no programa IBM SPSS Statistics, versão 19.0. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/EEAN/HESFA/UFRJ), sob o número de Parecer 1.405.549.

Resultados

Os resultados apresentados na Tabela 1 mostram que a escolaridade associou-se significativamente ao consumo de álcool ($p = 0,011$), demonstrando que foi mais frequente a necessidade de IB/tratamento para o consumo de álcool entre os indivíduos com baixa escolaridade (28,4%).

A respeito do consumo de *cannabis*, tanto a idade quanto a renda familiar *per capita* associaram-se significativamente, indivíduos com idade até aos 39 anos ($p = 0,033$) e com renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo ($p = 0,035$) apresentaram necessidade de IB/tratamento para consumo de *cannabis*.

Quanto ao consumo de cocaína, importa destacar que a necessidade de IB/tratamento para o consumo dessas substâncias, foi mais frequente entre os homens, embora não tenha apresentado significância estatística ($p = 0,069$). Já com escolaridade até ao ensino fundamental ($p = 0,001$) e entre os indivíduos não caucasianos ($p = 0,039$) houve significância estatística.

Não foram observadas associações significativas entre as variáveis sociodemográficas e a necessidade de receber IB/tratamento para o consumo de tabaco.

Tabela 1

Associação entre as variáveis sociodemográficas e a necessidade de receber IB/tratamento para o consumo de tabaco, álcool, *cannabis* e cocaína nos últimos três meses, dos pacientes em tratamento de TB

Variáveis estudadas	Necessidade de Receber Intervenção/Tratamento para as Substâncias Psicoativas Consumidas							
	Tabaco		Álcool		<i>Cannabis</i>		Cocaína	
	n(%)	p*	n(%)	p*	n(%)	p*	n(%)	p*
Sexo								
Feminino	12 (36,4)	0,501	4(12,1)	0,106	4 (12,1)	0,878	2 (6,1)	0,069
Masculino	35 (43,2)		21(25,9)		9 (11,1)		16 (19,8)	
Idade								
Até 39 anos	26 (40,0)	0,759	17(26,7)	0,209	11 (16,9)	0,033	9 (13,8)	0,512
40 anos ou mais	21 (42,9)		8 (16,3)		2 (4,1)		9 (18,4)	
Escolaridade								
Fundamental	35 (43,2)	0,501	23(28,4)	0,011	11 (16,9)	0,252	18 (22,2)	0,001
Médio/superior	12 (36,4)		2 (6,1)		2 (6,1)		0 (0,0)	
Situação conjugal								
Solteiros/viúvos/ separados	35 (46,1)	0,139	17(22,4)	0,873	10 (13,2)	0,405	13 (17,1)	0,586
Casados/vive em união	12 (31,6)		8 (21,1)		3 (7,9)		5 (13,2)	
Raça/cor								
Caucasianos	11 (36,7)	0,554	4 (13,3)	0,185	3 (10,0)	0,778	1 (3,3)	0,039

Não caucasianos	36 (42,9)		21(25,0)		10 (11,9)		17 (20,2)	
Renda familiar								
Até 1 salário mínimo	31 (40,3)	0,982	19(24,7)	0,181	0 (0,0)	0,035	1 (4,0)	0,104
2 salários ou mais	10 (40,0)		3 (12,0)		12 (15,6)		13 (16,9)	
Vive com parentes								
Sim	31 (37,3)	0,169	19 (22,9)	0,685	10 (12,0)	0,723	12 (14,5)	0,523
Não	16 (51,6)		6 (19,4)		3 (9,7)		6 (19,4)	

*valores de p referentes ao teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher.

Os resultados apresentados na Tabela 2 mostram que é mais frequente a necessidade de IB/tratamento para consumo de álcool entre os fumadores ($p = 0,058$) e aqueles que relataram não ter doenças crônicas ($p = 0,024$).

No que diz respeito ao consumo de *cannabis*, observa-se que a necessidade de IB/tratamento para o consumo desta substância foi mais frequente entre os consumidores de tabaco ($p = 0,009$).

Relativamente ao consumo de cocaína, tanto o tabagismo como o número de doenças crônicas associaram-se significativamente, indivíduos fumadores ($p = 0,042$) e que relataram não ter doenças crônicas ($p = 0,044$),

apresentaram necessidade de IB/tratamento para consumo de cocaína.

Não foram observadas associações significativas entre as variáveis relacionadas com a saúde e a necessidade de receber IB/tratamento para o consumo de tabaco.

Em relação à frequência da adesão ao tratamento, ao longo do período avaliado, observou-se que 40% que faziam uso de tabaco, 21,1% uso de álcool, 10,5% uso de *cannabis* e 13,7% de cocaína, aderiram ao tratamento, quando comparados com os que não aderiram, embora sem associação significativa para todas as substâncias.

Tabela 2

Associação entre as variáveis relacionadas com a saúde e a necessidade de receber IB/tratamento para o consumo de tabaco, álcool, cannabis e cocaína, nos últimos três meses, dos pacientes em tratamento de TB

Variáveis estudadas	Necessidade de Receber Intervenção/ Tratamento para as Substâncias Psicoativas Consumidas							
	Tabaco		Álcool		Cannabis		Cocaína	
	n(%)	p^*	n(%)	p^*	n(%)	p^*	n(%)	p^*
Tabagismo								
Sim	-	-	21 (26,9)	0,058	13 (16,7)	0,009	16 (20,5)	0,042
Não	-	-	4 (11,1)		0 (0,0)		2 (5,6)	
IMC								
Baixo peso	6 (35,3)	0,619	5 (29,4)	0,437	1 (5,9)	0,455	4 (23,5)	0,337
Normal/Sobrepeso/Obeso	38 (41,8)		19 (20,9)		11 (12,1)		13 (14,3)	
Auto avaliação de saúde								
Boa/muito boa	11 (40,7)	0,953	7 (25,9)	0,566	3 (11,1)	0,956	3 (11,1)	0,445
Regular/má/muito má	36 (41,4)		18 (20,7)		10 (11,5)		15 (17,2)	
Número de doenças crônicas								
Nenhuma	23 (35,9)	0,194	19 (29,7)	0,024	6 (9,4)	0,441	14 (21,9)	0,044
1 ou mais	24 (48,0)		6 (12,0)		7 (14,0)		4 (8,0)	
Transtornos mentais comuns								
Ausência de TMC	32 (38,6)	0,343	18 (21,7)	0,918	9 (10,8)	0,758	11 (13,3)	0,224
Presença de TMC	15 (48,4)		7 (22,6)		4 (12,9)		7 (22,6)	
Faltou a alguma consulta								
Sim	8 (38,1)	0,747	4 (19,0)	0,724	4 (19,0)	0,222	4 (19,0)	0,650
Não	39 (41,9)		21 (22,6)		9 (9,7)		14 (15,1)	

Adesão avaliada ao longo do tempo								
Aderiu	38 (40,0)	0,725	20 (21,1)	0,529	10 (10,5)	0,454	13 (13,7)	0,134
Não aderiu	8 (44,4)		5 (27,8)		3 (16,7)		5 (27,8)	

Nota. IMC = índice de massa corporal; TMC = transtornos mentais comuns. *valores de *p* referentes ao teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

De acordo com a Tabela 3, observou-se associação significativa entre a presença de transtornos mentais comuns (TMC) e a adesão ao tratamento ($p = 0,019$), ou seja, indivíduos com TMC tendem à não adesão, quando comparados àqueles sem a presença de TMC. Em relação ao tipo de TB, embora não significativo, a não adesão ao tratamento foi mais frequente entre os indivíduos com TB pulmonar (16,0%) quando comparados aos demais. As demais associações não se mostraram significativas,

porém deve-se notar que a não adesão ao tratamento foi mais frequente entre os fumadores (19,5%), os indivíduos com índice de massa corporal normal a sobrepeso (16,7%), os que avaliaram a sua saúde como regular a má (16,1%), os que referiram não apresentar nenhuma doença crônica (17,5%) e entre aqueles que estavam a receber o DOT (17,3%). A análise das frequências evidenciou a presença de adesão ao tratamento para a maioria das variáveis.

Tabela 3

Associação entre as variáveis relacionadas à saúde e adesão ao tratamento dos pacientes em tratamento de TB

Variáveis estudadas	Não Adesão		Adesão		<i>p</i> *
	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)		
Tabagismo					
Sim	15 (19,5)		62 (80,5)		0,131
Não	3 (8,3)		33 (91,7)		
IMC					
Baixo peso	2 (11,8)		15 (88,2)		0,612
Normal/Sobrepeso/Obeso	15 (16,7)		75 (83,3)		
Autoavaliação de saúde					
Boa/muito boa	4 (15,4)		22 (84,6)		0,931
Regular/má/muito má	14 (16,1)		73 (83,9)		
Número de doenças crônicas					
Nenhuma	11 (17,5)		52 (82,5)		0,618
1 ou mais	7 (14,0)		43 (86,0)		
Transtornos mentais comuns					
Ausência de TMC	9 (11,0)		73 (89,0)		0,019
Presença de TMC	9 (29,0)		22 (71,0)		
Tipo de TB					
Pulmonar	17 (16,0)		89 (84,0)		0,902
Extrapulmonar/ambas	1 (14,3)		6 (85,7)		
Tipo de tratamento					
DOT	18 (17,3)		86 (82,7)		0,173
TAA	0 (0,0)		9 (100,0)		

Nota. IMC = índice de massa corporal; TMC = transtornos mentais comuns; TB = tuberculose; TDO = Tratamento Diretamente Observado; TAA = Tratamento Auto Administrado; *valores de *p* referentes ao teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher.

Discussão

No presente estudo, pacientes com baixo nível de escolaridade, com ensino fundamental apresentaram maior frequência de necessidade para IB/ tratamento para o consumo de álcool e cocaína, com associação significativa, quando comparados aos pacientes com maiores níveis de escolaridade. Tais achados corroboram estudos de autores que apontaram uma relação significativa entre escolaridade e uso de substâncias, quanto menor a instrução, maior será o consumo das substâncias psicoativas (Furlan et al., 2012).

Sobre a *cannabis*, pacientes jovens (faixa etária até 39 anos) e com baixa renda familiar (inferior a um salário mínimo) necessitaram receber IB/tratamento. Tais achados corroboram a literatura, ademais, autores referem que os jovens eram os maiores consumidores de substâncias psicoativas, tendo em vista que não aceitam orientações e ao entrarem em contato com as drogas, nesse período de maior vulnerabilidade, expõem-se também a muitos riscos, dentre eles o de adoecerem com TB (Cassiano, 2014; Peltzer et al., 2013). Também o Relatório Mundial sobre Drogas, descreve que a *cannabis* é uma substância psicoativa de preferência comum entre os jovens (United Nations on Drugs and Crime, 2019).

Em relação à *cannabis* e quanto à renda familiar até um salário mínimo, observou-se um grupo especial para receber IB/tratamento. Estes achados corroboram os dados da WHO, que descrevem a *cannabis* como a droga ilícita mais popular e consumida no mundo entre os jovens (WHO, 2016).

É importante enfatizar que este perfil demonstra uma amostra com baixa condição socioeconômica e altamente vulnerável, que é um fator muito comum que propicia o abandono do tratamento da TB. Autores afirmam que apesar do incontestável sucesso da política de controle do tabagismo no país, as ações de prevenção devem considerar que as parcelas da população com piores condições socioeconômicas e com baixo nível educacional, são as que apresentam taxas mais altas de prevalência de tabagismo. Portanto, infere-se que da baixa condição socioeconômica, associada ao baixo nível de escolaridade e falta de vínculo familiar, emergem as prováveis vítimas do tabagismo (Abreu, Parreira, Souza, & Barroso, 2016; Furlan et al., 2012).

A respeito da cocaína, observou-se a necessidade de IB/ tratamento entre os homens, com baixa escolaridade e não caucasianos. Estes achados sustentam a necessidade de IB/tratamento, o mais precocemente possível, em indivíduos portadores de TB e que fazem consumo de substâncias psicoativas. Dados deste estudo condizem com a Pesquisa Nacional, realizada no Brasil, sobre uso de *crack* e outras drogas, divulgada pelos Ministérios da Justiça e da Saúde e encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2017; Peltzer et al., 2013, Shenoy et al., 2015). Dentre as variáveis relacionadas com a saúde, dados deste estudo apontaram necessidade de IB/tratamento para consumo de álcool entre os fumadores e aqueles que rela-

taram não ter doenças crônicas. Tais achados corroboram estudos internacionais e nacionais que descreveram que o álcool é a substância psicoativa lícita mais consumida entre os homens do que entre as mulheres, no mundo, sendo também indivíduos do sexo masculino os maiores consumidores de tabaco no mundo e no Brasil. Dados da WHO demonstraram que os homens são os maiores consumidores de tabaco nas regiões da África, Europa, Mediterrâneo Oriental, Américas, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental. Ainda, o uso do tabaco aumenta substancialmente o risco de TB, tendo em vista que mais de 20% da incidência mundial de TB pode ser atribuída ao tabaco (Abreu et al., 2016; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2017; WHO, 2019).

No presente estudo, o consumo de cocaína, o álcool e o número de doenças crônicas foram associadas significativamente. Em relação à morbidade, evidências mostram que quanto maior o número de doenças crônicas, maior a prevalência de autoavaliação de saúde má e a indicação da maior necessidade para receber IB para essa população (Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2017; Pavão, Werneck, & Campos, 2013).

Na presente amostra, os consumidores de álcool e cocaína apresentaram menor prevalência em relação às doenças crônicas, mas apresentaram indicadores sobre a necessidade de IB/tratamento, com associação significativa, o que pode inferir a maior gravidade da doença quando associado ao uso de substâncias relacionado com as doenças crônicas. Neste sentido, o profissional médico e/ou enfermeiro responsáveis por esses pacientes devem estar bem preparados para levar o tratamento das substâncias psicoativas dentro das etapas da IB associado às etapas do tratamento da TB, tal como preconizam alguns estudos nacionais e internacionais (Pavão et al., 2013; Peltzer et al., 2013).

No que refere aos TMC, observa-se que houve associação estatisticamente significativa entre a presença de TMC e a não adesão ao tratamento. Assim, indivíduos com TMC tendem à não adesão, quando comparados àqueles sem a presença de TMC. Sobre a associação entre estas variáveis, raros são os estudos voltados para a temática, os estudos sobre saúde mental e TB são escassos. Portanto, estudar esta associação pode esclarecer o papel dos TMC na ocorrência da TB e aumentar o conhecimento sobre a temática, inclusivamente, considerando a inter-relação existente entre a saúde mental e física. Poderá apontar para investimentos em medidas que incluam a atenção integral à saúde como um fator possível de proteção para o adoecimento por TB (Araújo, Pereira, & Santos, 2014). O presente estudo também apontou maior frequência entre participantes com a TB pulmonar que não aderiram ao tratamento. Dados da literatura revelam que a TB pulmonar é a mais frequente, principalmente entre aqueles que aderiram ao tratamento. De acordo com Cassiano (2014), a forma clínica predominante da doença é a pulmonar. Estes resultados refletem a questão da forma de transmissão da TB pulmonar ser por via aérea e segundo este mesmo autor, isso ocorre em quase todos os

casos. A infecção ocorre a partir da inalação das partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com TB ativa de vias respiratórias. Os doentes bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção (Cassiano, 2014; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019). Ainda em relação à não adesão ao tratamento, os fumadores que apresentaram valores nos índices de massa corporal normal ou sobrepeso, os que avaliam a sua saúde como regular a má, os que não tinham doenças crônicas e aqueles que estavam a receber o TDO, apresentaram maior frequência para esta variável. Quanto ao tabagismo, os achados deste estudo estão em concordância com os que relataram estar a TB associada não só ao tabagismo como também ao uso de álcool (Araújo et al., 2014; Cassiano, 2014; WHO, 2019).

Sobre a associação do tabagismo com o álcool e de ambos com a TB, importa ressaltar estudos já anteriormente citados, desde a década de 70, nos quais autores relataram que o hábito de beber estaria relacionado com a TB através da sua associação com o hábito de fumar (Caron-Ruffino & Ruffino-Netto, 1979). O Ministério da Saúde orienta que a dependência química é preocupante no diagnóstico e tratamento da TB, pois existe uma tendência da equipa e do próprio paciente subestimarem a tosse como sintoma, relacionando-a somente com o uso de drogas, neste caso de tabaco. Ademais, depois do diagnóstico, a adesão ao tratamento é dificultada pela necessidade de estabelecer uma rotina no uso da medicação, o que é muito preocupante no caso de o paciente ser morador de rua (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019; WHO, 2019).

A respeito do índice de massa corporal associada à não adesão ao tratamento, indivíduos com índice de massa corporal normal ou sobrepeso apresentaram frequência significativa. Tais achados vão ao encontro da literatura que cita a TB como uma doença que consome, debilitando e emagrecendo as pessoas (Pavão et al., 2013). Neste sentido, podemos inferir que os indivíduos que se encontravam com saúde ainda não debilitada por conta da TB, possivelmente estavam na fase de negação da doença, e por isso o não compromisso em aderir ao tratamento como um todo. Autores citam que a perda de peso é uma característica clínica proeminente da TB e pode ser o sintoma associado à procura de atendimento médico e consequente maior adesão ao tratamento (Cassiano, 2014; Pavão et al., 2013).

Quanto à autoavaliação da saúde e a adesão ao tratamento, uma boa frequência de participantes deste estudo avaliaram a sua saúde como boa e muito boa quando comparada a regular a má. A autoavaliação da saúde boa, neste estudo, pode ter sido fundamentada pela melhoria das condições de saúde dos participantes, após a ingestão dos medicamentos e consequentemente a orientação sobre o não uso das drogas durante o tratamento. Nesta abordagem, a melhoria dos sintomas, reflete aspectos positivos relacionados com os resultados e eficácia da terapêutica que preconiza a cura. Por outro lado, os profissionais de

saúde devem ficar bem atentos nesta etapa. Esta melhoria clínica nos primeiros meses de tratamento da doença, segundo autores, acaba por desmotivar o doente, porque a tendência é o abandono do tratamento nesta fase, muitas vezes, porque o doente autodetermina-se como curado (Cassiano, 2014; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019; WHO, 2019).

Sobre o número de doenças crônicas autorreferidas, neste estudo, os que não tinham doenças crônicas apresentaram menor frequência de não adesão ao tratamento. Tais achados condizem com estudos que revelam a ideia de adesão ou não adesão ao tratamento ser uma concepção reduzida do papel do paciente no seu processo de aderir ao tratamento, sendo considerado submisso ao profissional e ao serviço de saúde e não sendo um sujeito ativo no seu processo de viver e conviver com a doença e com o tratamento. A maior carga de responsabilidade pela adesão ou não adesão ao tratamento é conferida ao paciente e é necessário que os profissionais e serviços de saúde sejam corresponsáveis nesse processo. Por fim, existe a necessidade de se desenvolverem estudos que relatem e avaliem a implementação de estratégias de melhorar o problema da não adesão ao tratamento (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019; Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, 2008; WHO, 2019).

Quanto ao tipo de tratamento, tanto o TDO como o Tratamento Auto Administrado (TAA), apresentaram uma boa frequência de pacientes que aderiram ao tratamento. Tal estratégia tem sido citada em várias fontes oficiais de caráter nacional e internacional como medida de adesão ao tratamento da TB (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019; Reiners et al., 2008; Shenoy et al., 2015). O TDO é um elemento-chave dentro da estratégia DOT, que objetiva o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do surgimento de estirpes resistentes aos fármacos, diminuindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura. E, importa aqui ressaltar a estratégia da IB para substâncias psicoativas, que neste estudo foi acrescentada às estratégias do tratamento da TB para esta população.

Conclusão

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que a amostra apresentou vulnerabilidade entre os pacientes portadores de TB, e que faziam uso de substâncias psicoativas. Em relação ao perfil sociodemográfico, a amostra foi constituída por homens jovens, de baixa escolaridade, que se autorreferenciaram não caucasianos, com renda *per capita* inferior a um salário mínimo, apresentando de forma geral uma vulnerabilidade social. Os participantes apresentaram necessidade de receber IB e encaminhamento para tratamento em várias análises realizadas, como entre os fumadores que consumiam álcool e aqueles que relataram não ter doenças crônicas. A respeito do consumo de *cannabis*, este foi mais frequente entre os

consumidores de tabaco. Sobre o consumo de cocaína, tanto o tabagismo como o número de doenças crônicas associaram-se significativamente. Indivíduos fumadores e que relataram não ter doenças crônicas apresentaram necessidade de IB/tratamento. Em relação à frequência da adesão ao tratamento, ao longo do período avaliado observou-se maior adesão dos que faziam uso de tabaco, seguidos do uso de álcool, *cannabis* e cocaína quando comparados com os que não aderiram, embora sem associação significativa para todas as substâncias.

Os resultados ainda mostraram que indivíduos com TMC tenderam à não adesão, quando comparados àqueles sem a presença de TMC. As demais associações não se mostraram significativas, porém deve-se notar que a não adesão ao tratamento foi mais frequente entre os fumadores, entre os indivíduos com índice de massa corporal normal e sobrepeso, entre os que avaliaram a sua saúde como regular a má, entre os que disseram não apresentar nenhuma doença crônica e entre aqueles que estavam recebendo TDO. A análise das frequências evidenciou a adesão para a maioria das variáveis.

Mediante aos resultados apontados, considera-se que o presente estudo contribuiu para o conhecimento da utilização da implementação da técnica da IB, no sentido da sistematização da assistência e melhor orientação para tratamento especializado, quando necessário para os pacientes portadores de TB e que fazem uso de substâncias psicoativas, sobretudo na atenção primária de saúde, visando o maior controle da doença.

O estudo apresentou limitações, sobretudo em relação ao tamanho amostral, prejudicando uma melhor análise dos dados nas associações. Recomenda-se maiores estudos realizados com esta população, com o uso da técnica da IB, tendo em vista a pouca literatura nacional e internacional de IB, com esta população específica.

Contribuição de autores

Conceptualização: Santo, S., Abreu, A., Portela, L.
 Tratamento de dados: Santo, S., Abreu, A., Portela, L.
 Análise formal: Santo, S., Abreu, A., Portela, L.
 Metodologia: Santo, S., Abreu, A., Portela, L., Barroso, T.
 Redação – preparação do rascunho original: Santo, S., Abreu, A., Portela, L., Barroso, T., Mattos, L., Paixao, L., Brites, R.
 Redação – revisão e edição: Santo, S., Abreu, A., Portela, L., Barroso, T., Mattos, L., Paixao, L., Brites, R.
 Supervisão: Santo, S., Abreu, A., Portela, L., Barroso, T.

Referências Bibliográficas

- Abreu, A. M., Parreira, P. M., Souza, M. H., & Barroso, T. M. (2016). Perfil do consumo de substâncias psicoativas e sua relação com as características sociodemográficas: Uma contribuição para intervenção breve na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(4), e1450015. doi: 10.1590/0104-07072016001450015
- Araújo, G. S., Pereira, S. M., & Santos, D. N. (2014). Revisão sobre tuberculose e transtornos mentais comuns. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 5(2), 716-726. Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/465/442>
- Babor, T. F., Del Boca, F., & Bray, J. W. (2017). Screening, brief Intervention and referral to treatment: Implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction*, 112 (Suppl. 2), 110–117. doi:10.1111/add.13675
- Caron-Ruffino, M., & Ruffino-Netto, A. (1979). Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. *Revista Saúde Pública*, 13(3), 183-194. doi:10.1590/S0034-89101979000300003
- Cassiano, J. G. (2014). *Tuberculose pulmonar e o uso de drogas ilícitas: Entre o abandono e a cura* (Dissertação de mestrado). Universidade federal do Ceará, Brasil. Recuperado de <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/9093>
- Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. (2017). *III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
- Furlan, M. C., Oliveira, S. P., & Marcon, S. S. (2012). Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(esp.), 108-114. doi:10.1590/S0103-21002012000800017
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. (2019). *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil* (2ª ed.). Recuperado de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
- Monteiro, L. H., Denardi, T. C., Silva, C. A., Caixeta, F. C., Oliveira, M. V., Silva, P.C., ... Lucchese, R. (2015). *Diagnósticos e prescrições de enfermagem para pacientes com tuberculose*: Oferecendo subsídios para a equipe de enfermagem. *Enciclopédia Bioesfera*, 11(20), 323-329. Recuperado de <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2015a/diagnosticos.pdf>
- Orofino, R. L., Brasil, P. E., Trajman, A., Schmaltz, C. A., Dalcolmo, M., & Rolla, V. C. (2012). Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 38(1), 88-97. doi:10.1590/S1806-37132012000100013
- Pavão, A. L., Werneck, G. L., & Campos, M. R. (2013). Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: Um inquérito nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(4), 723-734. doi:10.1590/S0102-311X2013000400010
- Peltzer, K., Naidoo, P., Louw, J., Matseke, G., Zuma, K., McHunu, G., Mabaso, M. (2013). Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among patients with active tuberculosis attending primary public care clinics in South Africa: Results from a cluster randomized controlled trial. *Biomed Central Public Health*, 31, 13-69. doi:10.1186/1471-2458-13-699
- Reiners, A. A., Azevedo, R. C., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(supl.2), 2209-2306. doi:10.1590/S1413-81232008000900034
- Shenoy, R., Das, M., Mansoor, H., Anicete, R., Wangshu, L., Menden., S. IsaakidiS, P. (2015). Double trouble: Tuberculosis and substance abuse in Nagaland, India. *Public Health Action*, 5(3) 180-182. doi:10.5588/pha.15.0019
- United Nations Office on Drugs and Crime (2019). *World drug report*. Recuperado de https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/pre-launchpresentation_WDR_2019.pdf
- World Health Organization. (2016). *The health and social effects of non medical cannabis use*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf
- World Health Organization. (2018). *Global tuberculosis report*. Re-

- cuperado de <https://reliefweb.int/report/world/global-tuberculosis-report-2018>
- World Health Organization. (2019). *Global tuberculosis report 2019*. Recuperado de https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- Zuze, C. L., & Silva, G. B. (2012). O enfermeiro frente à realidade do crack: Vivências. *Revista Eletrônica de Extensão da URI*, 8(14), 126-136. Recuperado de <https://slidex.tips/download/o-enfermeiro-frente-a-realidade-do-crack>

