

A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM TUBERCULOSE Em Regime de Toma Observada

Sónia MONTEIRO, Vitor RODRIGUES

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde assumiu, desde 1993, a Tuberculose, como uma emergência mundial. O controlo da doença é implementado pela estratégia DOTS (Direct Observed Therapy Short Course) através de tratamentos estandardizados, em regime de Toma Observada (TOD) de forma a maximizar o sucesso do tratamento e a evitar a multirresistência. A monitorização dos problemas vivenciados por estes doentes é ainda pouco conhecida. Tratou-se de um estudo do tipo descritivo e transversal, englobando uma amostra de 151 utentes de cinco Centros Diagnósticos Pneumológicos do distrito do Porto (Portugal), com o objectivo de conhecer a qualidade de vida das pessoas com tuberculose pulmonar em regime de toma observada e a sua relação com as variáveis descritivas, sócio-económicas e variáveis clínicas. Na recolha de dados utilizou-se: i) um questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica e ii) o SF-36. Os valores médios da qualidade de vida oscilam entre 31,3 no domínio da Vitalidade e 68,4 no domínio da Dor Física. Os indivíduos mais jovens apresentam melhores níveis de qualidade de vida na Saúde em Geral e na Função Física, acontecendo o inverso na Função Social. Os dados sugerem uma qualidade de vida frágil a nível da Vitalidade (31,3), Saúde Mental (36,7) e Desempenho Físico (39,7).

Este estudo possibilita a focalização futura na adequação dos serviços de saúde às necessidades dos utentes, podendo otimizar a adesão ao tratamento, aumentando o sucesso terapêutico, contribuindo desta forma para o controlo da doença.

SUMMARY

THE LIFE QUALITY OF THE PEOPLE WITH TUBERCULOSIS In Observed Taking Administration

The World Health Organization assumed, since 1993, Tuberculosis, as a world emergency. The control of the disease is implemented by the strategy DOTS (Direct Observed Therapy Short Course) through standardized treatments, in administration of observed taking (TOD) in order to maximize the success of the treatment and to avoid the multi resistance. The monitorization of the problems lived by these patients is still little known. The present study is a descriptive and cross-sectional study. The sample consisted of a 151 users of five Pneumologics Diagnostics Centres of the Oporto district (Portugal). The purposes of this study was to investigate the life quality of the people with Pulmonary Tuberculosis in administration of observed taking and its relation with the descriptive variables, socio-economic and clinic variables. The data was collected by: i) a bio and a clinical questionnaire, ii) the SF-36. The mean values of the life quality swing between 31.3 in the Vitality domain and 68.4 in the Physical Pain domain. The younger persons present better levels of life quality in Health in General and in the Performance Physical, occurring the inverse in the Social Performance. The data suggest a fragile life quality in what concerns the Vitality level (31.3), Mental Health (36.7) and Physic Performance (39.7). This study makes possible the future focus in the adjustment of the health services to the users' necessities, being able to optimize the approval to the treatment, increasing the therapeutic success, contributing this way to the disease control

S.M.: Agrupamento Douro Sul.
Unidade de Saúde Pública.
Administração Regional de
Saúde do Norte. Porto. Portugal
V.R.: ESEnfVR/CIDESD.
Universidade de Trás-os-Montes
e Alto Douro. Portugal.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é um problema global que acarreta cerca de 9 milhões de casos a cada ano que passa, e mais de 1,5 milhões de pessoas acabam por morrer, apesar de se tratar de uma doença que é possível curar ao fim de seis meses de tratamento, pelo valor de 20 euros¹. Em todo o mundo, mais de 90% dos casos e das mortes de TB ocorrem nos países em vias de desenvolvimento, sendo que 75% dos casos estão na idade de maior produtividade económica (15-54 anos). Um adulto com TB perde, em média, três a quatro meses de trabalho, o que se traduz na perda de 20% a 30% do rendimento anual familiar. Se o doente morrer de TB, tal facto traduz-se em 15 anos de rendimento perdido. Para além do devastador custo económico, a TB tem enormes consequências negativas indirectas, por exemplo, as crianças que abandonam a escola devido à TB dos seus pais, e mulheres que são abandonadas pelas suas famílias como resultado da doença². Em 2007, em Portugal, foram notificados 2867 casos novos de TB, o que corresponde a uma taxa de incidência de 27/100 mil habitantes. Destacase, pela maior incidência, o distrito do Porto com 38/100 mil habitantes. A incidência dos casos novos em Portugal representa uma redução significativa na última década, variável de 5% a 10%¹.

Sabemos que a Tuberculose é uma infecção contagiosa, potencialmente mortal, transmitida pelo ar, que pode atingir todos os órgãos do corpo, em especial os pulmões, gerando a mais conhecida das tuberculoses, a tuberculose pulmonar. A descoberta de antibióticos eficazes, dos anos 40 até aos anos 70, tornou o tratamento primordialmente ambulatorial, diminuindo a necessidade de internamentos e culminando na desactivação de hospitais destinados somente ao internamento de doentes com tuberculose. Acreditou-se que a TB estivesse controlada e que deixaria de ser um problema de saúde pública. No entanto, o abandono do tratamento, o aumento da pobreza, a migração, o aumento da influência do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em alguns países e também, em alguns casos, as políticas de saúde inadequadas, implicaram que o controlo da tuberculose passasse para segundo plano.

O Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose faz especial enfoque nas metas prioritárias definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS): sucesso terapêutico, capacidade de detecção e prevenção da resistência. A sistematização dos indicadores tem em vista o acompanhamento da implementação da Estratégia DOTS (Direct Observed Therapy Short Course), da OMS, adoptada em Portugal desde 1994³. Com a adopção dos regimes de DOTS, elemento estratégico importante, conseguiu-se uma grande redução no tempo de tratamento. A quimioterapia sob Toma Directamente Observada (TOD) é o principal componente do tratamento utilizado para o controlo da TB. O abandono do tratamento por parte dos

doentes constitui um desafio antigo para os profissionais que trabalham no controlo desta doença, o qual só se reduz com o êxito na obtenção da adesão do doente. Os casos de desistência, abandono, interrupções da toma da medicação, favorecem o aparecimento de mutações do bacilo que se tornam resistentes aos fármacos, causando um emergente problema na actualidade que é a TB resistente e extensivamente resistente⁴.

A implementação da estratégia DOTS na gestão do tratamento da TB implica benefícios inquestionáveis⁵, no entanto, muito embora a TB seja curável, existe ainda “um impacto significativo sobre a qualidade de vida” da pessoa doente⁶. No tratamento padronizado, com supervisão e apoio aos doentes, pretende-se uma quimioterapia padronizada de curta duração para todos os casos, administrada em condições de gestão adequadas, incluindo a TOD⁷. A OMS, recomenda que, dependendo das condições locais, a TOD pode ser realizada em instalações de saúde, no trabalho, na comunidade ou em casa. Deve ser dada especial atenção aos mais pobres e aos grupos mais vulneráveis da população. A acção dos serviços de saúde pode passar pela aproximação aos locais onde os doentes vivem, assegurando que os serviços são gratuitos ou fortemente subsidiados, oferecendo apoio psicológico e jurídico^{8,9}. A OMS, emitiu ainda linhas orientadoras sobre a padronização dos tratamentos. Estas orientações enfatizam os tratamentos de curta duração, bem como as combinações de fármacos de dose fixa para promover a adesão ao tratamento e reduzir o risco de desenvolvimento de resistências aos medicamentos, assim como estes devem ser fornecidos de forma gratuita a todos os doentes¹⁰⁻¹². Deste modo, este estudo teve como objectivo principal conhecer a qualidade de vida da pessoa com tuberculose em regime de toma observada.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Este é um estudo exploratório, descritivo e transversal. A população foi constituída por todos os doentes com TP em regime de TOD que no ano de 2008, frequentavam os Centros Diagnósticos Pneumológicos do distrito do Porto. A partir daqui foram seleccionados todos os doentes com TP em regime de TOD, desde que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão: i) confirmação do diagnóstico de TB pulmonar, excluindo-se todas as outras variantes de TB; ii) encontrar-se pela primeira vez a realizar o tratamento, excluindo-se recidivas e casos multirresistentes; iii) ter iniciado, no mínimo, o tratamento há 30 dias. A nossa amostra ficou assim delimitada a 151 respondentes (23,0% da população total).

Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados: i) um questionário com questões relacionadas com as características demográficas dos indivíduos

inquiridos, questões relacionadas com o contexto de tratamento e questões socioeconómicas, nomeadamente, com a utilização da escala de Graffar a qual consiste em cinco categorias de classificação (profissão e nível educacional dos pais, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro habitado), que, adicionadas, classificam o indivíduo de acordo com cinco níveis socioeconómicos, sendo a classe I (classe alta): famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9, classe II (classe média alta): famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13, classe III (classe média): famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17, classe IV (classe média baixa): famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21 e classe V (classe baixa): famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25; ii) o questionário do estado de Saúde SF-36, versão 1, validado para a população Portuguesa^{13,14}. O SF-36 é uma medida breve de avaliação do Estado de Saúde, cujo acrónimo SF significa forma reduzida (*short-form*), e o número corresponde ao número de itens do questionário. É uma das medidas mais utilizadas na investigação em contexto de saúde e de doença para avaliar a qualidade de vida. Este questionário contém 36 itens, um de Transição em Saúde e 35 itens que se agrupam em oito escalas ou dimensões e cada uma delas fornece uma nota entre “0” e “100”, em que 100 expressa a melhor percepção de saúde. A Função Física é composta por 10 itens, medindo a limitação para a execução de actividades físicas desde as menos exigentes às mais extenuantes. Por sua vez, as dimensões Desempenho Físico (4 itens) e Desempenho Emocional (3 itens), medem limitações ao nível da saúde dos indivíduos em termos da execução de trabalho. A Dor Corporal (2 itens), engloba a intensidade da dor e o seu impacto nas actividades normais dos indivíduos. A Saúde em Geral (5 itens), procura avaliar a percepção geral da saúde, incluindo resistência à doença, aparência saudável e saúde actual. Já a Vitalidade (4 itens), engloba níveis de fadiga e de energia, captando as diferenças de bem-estar. A Função Social (2 itens), mede as relações interpessoais, através das actividades sociais e do seu impacto nos problemas emocionais e físicos. Por último, a Saúde Mental (5 itens), mede ansiedade, depressão, bem-estar psicológico e perda de controlo.

Relativamente aos procedimentos éticos, foi efectuado o pedido de autorização por escrito à Administração Regional de Saúde da Norte, tendo sido obtida autorização para a realização do estudo nos cinco Centros Diagnósticos Pneumológicos do distrito do Porto. Os questionários foram distribuídos nos vários Centros Diagnósticos Pneumológicos, onde foram explicados os objectivos do estudo e os critérios de inclusão bem como todo o processo logístico inerente à sua distribuição e recolha. A cada doente com critérios de inclusão no estudo, foi apresentado um questionário onde constava uma nota prévia com a apresentação dos investigadores, a

explicação dos objectivos do estudo, bem como a garantia da confidencialidade e do anonimato dos dados. Após a obtenção do consentimento do doente e do preenchimento do questionário, este era introduzido num envelope fechado e posteriormente encaminhado para os investigadores.

No que diz respeito ao tratamento dos dados recorreremos inicialmente à análise univariada (estatística descritiva), através das frequências absolutas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) e, para o teste de hipóteses, e devido ao facto da nossa amostra incluir poucos elementos e não seguir uma distribuição normal, recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney.

RESULTADOS

Através da análise do quadro 1, podemos verificar que é notória a predominância da TP no sexo masculino (64,9%). Prevaleceu a faixa etária dos 35-44 anos, com uma média de idades de 42,3 anos e um desvio padrão de 16,4, sendo a idade máxima de 85 anos e a mínima de 15 anos. Encontraram-se maioritariamente indivíduos solteiros, detentores do 1º ciclo de escolaridade e pertencentes predominantemente à classe média.

Pela análise do quadro 2, os indivíduos do sexo masculino apresentavam níveis superiores de qualidade de vida (QDV) na dimensão *Dor Física*, quando comparados com o sexo oposto (71,7% vs 62,6%). A mesma relação pode ser observada nas dimensões: *Vitalidade*, *Função Social* e *Saúde em Geral*, embora de forma discreta. As mulheres apresentavam melhores médias na QDV relacionada com a *Função Física*, *Desempenho Físico*, *Emocional* e *Saúde Mental*. Em termos de significância estatística e através do Teste de Mann-Whitney, verifica-se que apenas existe significância na dimensão *Dor Física* ($p=0,023$).

Quando relacionamos a qualidade de vida com a idade dos doentes com TB (quadro 3), verificamos que os indivíduos pertencentes aos grupos etários mais baixos (15-24 anos) detinham melhores médias na QDV relacionadas com a *Saúde em Geral* e com a *Vitalidade*. Os jovens adultos (25-34 anos) apresentavam melhores médias na *Função Física*, no *Desempenho Físico* e no *Desempenho Emocional*. No grupo etário mais elevado (>64 anos), são encontradas as menores médias de QDV nas dimensões *Função Física*, *Dor Física* e *Saúde em Geral*, obtendo, no entanto, a segunda melhor média para a *Função Social*. Nesta dimensão, eram os indivíduos com idades superiores a 45 anos que apresentavam os melhores níveis de QDV. Conclui-se, através do teste Kruskal-Wallis, que existe significância nas dimensões *Função Física* ($p=0,000$), *Saúde em Geral* ($p=0,001$) e na dimensão *Função Social* ($p=0,031$). Assim, os indivíduos com idades entre os 15 e

Quadro 1 - Dados gerais da amostra – distrito do Porto (norte de Portugal) - 2008

Características	N	%
Sexo		
Feminino	53	35,1
Masculino	98	64,9
Idade		
15-24	25	16,5
25-34	30	19,9
35-44	33	21,9
45-54	31	20,5
55-64	14	9,3
>64	18	11,9
Estado Civil		
Casado/união de facto	62	41,1
Solteiro	69	45,7
Viúvo	6	4,0
Divorciado	14	9,2
Nível de instrução		
Ensino Superior	17	11,3
Ensino Secundário	34	22,5
3º Ciclo	33	21,9
2º Ciclo	20	13,2
1º Ciclo	45	29,8
Analfabeto	2	1,3
Nível Sócio-Económico		
Classe Alta	10	6,6
Classe Média Alta	35	23,2
Classe Média	62	41,0
Classe Média Baixa	37	24,5
Classe Baixa	7	4,7

os 34 anos apresentavam as melhores médias na *Função Física* e na *Saúde em Geral*, contrariamente à *Função Social*, onde os indivíduos com idades superiores aos 54 anos é que eram os detentores das melhores médias.

Constata-se, pela análise do quadro 4, que os indivíduos solteiros apresentavam melhor QDV nas actividades relacionadas com a *Função Física*, com o *Desempenho Físico*, com a *Saúde em Geral* e com o *Desempenho Emocional*. Eram os indivíduos divorciados que apresentavam os melhores níveis de *Saúde Mental*, contrariamente às médias obtidas por eles e pelos indivíduos viúvos nas dimensões *Desempenho Emocional*, *Saúde em Geral* e *Desempenho Físico*. Recorrendo ao teste Kruskal-Wallis, verificam-se

Quadro 2- Médias e desvios-padrão das dimensões do SF-36, por sexo – distrito do Porto (norte de Portugal) – 2008

Dimensões do SF-36	Sexo	N	Média	DP
Função Física	Masculino	98	58,1	28,4
	Feminino	53	59,15	29,8
Função Desempenho Físico	Masculino	98	38,7	38,6
	Feminino	53	41,5	40,4
Dor Física	Masculino	98	71,7	28,0
	Feminino	53	62,2	25,0
Saúde Geral	Masculino	98	56,4	22,6
	Feminino	53	55,4	21,3
Vitalidade	Masculino	98	33,4	20,0
	Feminino	53	27,4	15,1
Função Social	Masculino	98	49,5	20,5
	Feminino	53	46,9	19,4
Saúde Mental	Masculino	98	36,5	17,0
	Feminino	53	37,0	16,7
Desempenho Emocional	Masculino	98	44,2	42,4
	Feminino	53	54,7	42,9

diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Função Física* ($p=0,010$) e na dimensão *Desempenho Emocional* ($p=0,030$), onde os indivíduos solteiros se apresentam com as melhores médias.

Pela observação do quadro 5, os indivíduos pertencentes à classe média alta apresentavam melhor QDV na *Função Física*, no *Desempenho Físico*, na *Saúde em Geral* e no *Desempenho Emocional*, contrariamente à classe média baixa que apresentava a menor QDV na dimensão *Função Física* e a classe baixa na dimensão *Saúde em Geral*. Através da aplicação do teste Kruskal-Wallis, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Função Física* ($p=0,014$) e na *Saúde em Geral* ($p=0,030$).

DISCUSSÃO

Não constitui, de forma alguma, uma surpresa a predominância do número de elementos do sexo masculino relativamente ao sexo oposto (64,9% vs 35,1%), o que em muito se afigura à relação masculino/feminino de 2/1, referida no Plano Nacional de Luta contra a Tuberculose¹. A superioridade do número de casos masculinos também acontece noutros estudos relacionados com doentes com TB^{15,16}. Verifica-se, neste estudo, que os homens apresentavam menos *Dor Física* do que as

Quadro 3- Médias e respectivos desvios-padrão das dimensões do SF-36, por grupo etário – distrito do Porto (norte de Portugal) – 2008

Dimensões do SF-36 (n=25)		Grupo etário					
		15-24 (n=30)	25-34 (n=33)	35-44 (n=31)	45-54 (n=14)	55-64 (n=18)	>64
Função Física	Média	69,6	72,0	64,0	48,3	51,7	33,0
	DP	26,8	22,0	26,9	30,8	20,8	25,3
Função Desempenho Físico	Média	39,0	53,3	43,9	29,0	39,2	29,1
	DP	36,8	42,4	41,4	37,1	32,0	37,6
Dor Física	Média	67,1	67,6	77,4	70,2	68,2	53,7
	DP	30,3	23,1	23,9	28,3	24,9	31,9
Saúde Geral	Média	72,0	56,1	55,4	52,8	53,3	42,7
	DP	16,1	19,1	20,3	22,0	28,2	21,9
Vitalidade	Média	37,0	27,7	35,0	30,6	26,7	27,7
	DP	16,0	15,6	23,3	15,4	17,4	21,7
Função Social	Média	42,8	47,6	42,8	50,6	60,2	56,3
	DP	17,4	21,3	18,2	17,6	24,5	21,0
Função Mental	Média	34,7	35,0	39,1	37,3	37,6	35,5
	DP	10,5	12,9	20,1	20,3	19,2	16,3
Desempenho Emocional	Média	53,3	60,0	53,5	34,4	35,7	42,5
	DP	44,0	40,4	44,04	43,4	40,2	39,2

Quadro 4- Médias e respectivos desvios-padrão das dimensões do SF-36, por estado civil – distrito do Porto (norte de Portugal) – 2008

Dimensões do SF-36 (n=62)		Estado civil			
		Casado/união de facto (n=69)	Solteiro (n=6)	Viúvo (n=14)	Divorciado
Função Física	Média	50,0	66,3	50,0	61,0
	DP	29,3	27,1	27,0	27,1
Função Desempenho Físico	Média	35,0	46,7	29,1	30,3
	DP	36,6	40,6	40,0	40,6
Dor Física	Média	67,3	68,6	74,0	69,8
	DP	27,7	27,5	33,4	24,4
Saúde Geral	Média	53,8	60,6	43,5	48,9
	DP	23,3	20,4	15,8	23,2
Vitalidade	Média	30,5	32,2	23,9	33,9
	DP	20,9	17,1	9,2	17,7
Função Social	Média	53,4	44,5	50,0	46,9
	DP	18,8	20,4	26,7	18,9
Saúde Mental	Média	39,9	32,5	32,5	43,5
	DP	19,9	12,5	16,1	16,6
Desempenho Emocional	Média	43,0	57,9	33,3	16,1
	DP	43,0	42,2	42,1	41,7

Quadro 5 - Médias e respectivos desvios-padrão das dimensões do SF-36, por nível sócio-económico (escala de Graffar) – distrito do Porto (norte de Portugal) – 2008

Dimensões do SF-36 (n=10)		Escala de Graffar				
		Classe alta (n=35)	Classe média alta (n=62)	Classe Média (n=37)	Classe média baixa (n=7)	Classe baixa
Função Física	Média	59,0	71,7	58,0	48,2	50,0
	DP	32,3	21,5	30,5	28,0	25,8
Função Desempenho Físico	Média	30,0	48,5	39,5	33,7	42,8
	DP	40,4	41,9	42,3	28,9	42,6
Dor Física	Média	57,7	67,9	71,5	65,4	74,6
	DP	28,1	25,1	28,8	25,2	36,1
Saúde Geral	Média	48,4	62,4	58,5	51,1	39,5
	DP	25,6	22,7	20,8	20,3	23,2
Vitalidade	Média	20,6	26,7	35,7	32,4	25,0
	DP	18,1	15,4	24,0	18,5	16,4
Função Social	Média	50,0	47,7	47,9	51,3	42,8
	DP	18,1	15,4	24,0	18,5	16,4
Função Mental	Média	34,0	32,8	37,2	41,4	29,8
	DP	7,1	12,5	18,4	18,6	19,7
Desempenho Emocional	Média	53,3	60,0	47,3	36,9	42,8
	DP	42,1	41,8	43,3	41,4	46,0

mulheres, o mesmo acontecendo num estudo recente¹⁷, em que os homens apresentaram uma pontuação média de QDV superior ao sexo oposto.

Relativamente à idade, constata-se que entre a idade dos 15-54 anos, correspondia uma percentagem de 78,9%, semelhante aos dados divulgados pela Direcção Geral da Saúde² referentes aos países em desenvolvimento, em que 75% dos casos estão na idade de maior produtividade económica (15-54 anos). A média de idade obtida foi de 42,35 anos, o que em muito se assemelha à média de idades de 41,60 anos, encontrada noutro estudo realizado no Porto¹⁸. Apuraram-se correlações significativas com a idade que permitem dizer que neste grupo em estudo, são os indivíduos pertencentes às faixas etárias mais jovens (15-44) que detinham melhores médias na QDV relacionadas com a *Saúde em Geral* e com a *Função Física*. A inverter esta tendência, encontra-se a *Função Social*, onde os indivíduos pertencentes a faixas etárias com idades superiores a 44 anos apresentavam níveis de QDV superiores aos mais jovens, até porque a TB é também causadora de perturbação nas interações com os amigos e nas relações sociais e de lazer⁶.

Em relação ao estado civil, encontram-se

maioritariamente indivíduos no estado de solteiro (45,7%), seguindo-se o estado de casado/união de facto com 41,1%, dados semelhantes a um estudo realizado em 2004⁶. São os indivíduos solteiros e divorciados os que apresentavam melhor QDV nas actividades relacionadas com a *Função Física*. Os indivíduos solteiros mantinham as melhores médias relacionadas com o *Desempenho Emocional*, contrariamente aos divorciados que apresentam a média mais inferior neste domínio da QDV, o que poderá estar relacionado com as perturbações conjugais provocadas pela doença⁶.

No que diz respeito ao nível socio-económico, percebe-se uma maior representatividade nos indivíduos pertencentes à classe média (41,2%), sendo apenas 6,6% pertencentes à classe alta. A menor percentagem encontrava-se na classe baixa, com 4,6%. Estes resultados parecem contrariar vários estudos, onde a maioria dos doentes pertencem a classes baixas^{4,6}. No entanto, vários autores afirmam que a TB não é uma doença exclusivamente dos pobres^{19,20}. No presente estudo, os indivíduos pertencentes à classe média alta apresentavam significativamente melhores níveis nas dimensões relativas à *Função Física* e à *Saúde em Geral*. Nestas mesmas dimensões, são os

mais desfavorecidos economicamente que apresentavam menores níveis de QDV, o que parece ser explicado pelo baixo poder sócio-económico como responsável por deficiências relacionadas com o tratamento, com a procura de cuidados médicos ou a insuficiente informação sobre saúde.

Num estudo realizado nos Estados Unidos da América foi verificado que a TB afectava todos os domínios da qualidade de vida, incluindo a percepção geral da saúde, sensação somática, saúde psicológica, bem-estar espiritual, físico e o desempenho dos papéis sociais²¹. O mesmo aconteceu num estudo realizado na Índia onde foi constatado que os doentes com TB apresentavam médias inferiores em todos os domínios da qualidade de vida quando comparado com um grupo controlo. O domínio mais afectado foi o físico, seguido do psicológico²².

Nos indivíduos que foram alvo do nosso estudo, constatou-se que os valores médios da qualidade de vida oscilavam entre 31,3 no domínio da Vitalidade e 68,4 no domínio da Dor Física. Com excepção da Dor Física, da Função Física e da Saúde em Geral, os valores médios obtidos são inferiores a 50, em 5 das 8 dimensões possíveis, sugerindo uma qualidade de vida frágil a nível da Vitalidade (31,3), Saúde Mental (36,7) e Desempenho Físico (39,7), até porque a TB é uma doença com um impacto significativamente negativo e substancialmente abrangente na qualidade de vida da pessoa doente^{6,22}, observando-se o declínio referente aos aspectos físicos, relacionados com a capacidade motora de desempenhar tarefas durante a doença^{21,22}.

CONCLUSÕES

A OMS assumiu, desde 1993, o combate à TB, encarando esta doença como uma séria ameaça à saúde pública mundial. As políticas de controlo da TB, lançadas pela mesma organização, através da Estratégia DOTS, consistem em cinco medidas que encerram o princípio chave de incrementar o uso de regimes de tratamento estandardizados, dispensados num ambiente de apoio assistencial amigável e atractivo para os doentes. O tratamento sob o regime de TOD é encarado como uma evidente garantia para a obtenção de um objectivo inquestionável da estratégia DOTS, que é o aumento nas taxas de cura acima de 85%. Para que o controlo da TB aconteça, é necessário organizar os serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB. Deve ser considerada a flexibilidade das equipas no acompanhamento da TOD do doente, podendo a supervisão ocorrer nos serviços de saúde, no domicílio ou mesmo no local de trabalho.

Na envolvimento de todos estes contributos, eleva-se o doente como foco central da prestação de cuidados, podendo a sua cooperação ser um auxílio precioso para

a compreensão de factores promotores da melhoria dos cuidados prestados. Sendo o doente, a pessoa mais importante dos serviços de saúde e acreditando que “a qualidade é ir ao encontro das necessidades do doente – quer estas sejam explícitas ou implícitas”, é importante conhecer a qualidade de vida da pessoa com tuberculose em regime de toma observada, no sentido de compreender para melhorar, possibilitando a promoção de estratégias pró-activas e de redução de danos, na perseguição do sucesso terapêutico.

Pretende-se que a informação aqui gerada permita aos gestores responsáveis pela implementação do Plano Nacional de Luta contra a Tuberculose, a detecção de pontos de melhoria, passíveis de serem implementados nos serviços de saúde.

Mesmo sabendo que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, a dimensão da amostra e a limitação da mesma somente a um distrito do Norte de Portugal, pretende-se contribuir para a concretização de estratégias que promovam a elevação da qualidade do serviço de saúde prestado ao doente. Sugere-se, desde já, que se proceda regularmente a uma auscultação das necessidades e expectativas do doente, porque são eles os utilizadores dos serviços prestados pelas unidades de saúde e é para eles que todo o trabalho é dirigido, não fazendo sentido outro objectivo, que não, a melhoria da qualidade de vida, neste caso, do doente com tuberculose pulmonar em regime de toma observada.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Direcção Geral da Saúde: Tuberculose Multiresistente: Orientações técnicas para controlo, prevenção e vigilância em Portugal. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose. Lisboa, 2008.
2. Direcção Geral da Saúde: Luta Contra a Tuberculose: desenvolvimento e reorganização do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Lisboa; 2006.
3. Direcção Geral da Saúde: Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose: ponto da situação epidemiológica e de desempenho ano 2002. Lisboa; 2003.
4. REIGOTA R, CARANDINA L: Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP: Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000. Boletim de Pneumologia Sanitária 2002; 10(1):23-30.
5. PANDIT N, CHOUDHARY S: A study of treatment compliance in directly observed therapy for tuberculosis. Indian Journal of Community Medicine 2006; 31(4):241-43.
6. MARRAC, MARRAF, COX V, PALEPU A, FITZGERALD J: Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. Health and

Quality of Life Outcomes 2004; 2(58):1-10.

7. VILLA T, ASSIS E, OLIVEIRA M, ARCÊNCIO R, GONZALES R, PALHA P: Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1): 98-104.
8. GONZALES R, MONROEA, ASSIS E, PALHA P, VILLAT, NETTO A: The performance of health services in providing dots in households to control tuberculosis. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4): 628-34.
9. GOMES A, DUARTE L: The concepts of bonding and the relation with tuberculosis control. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2): 365-72.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva; 2006.
11. BRUNELLO M, CERQUEIRA D, PINTO I, ARCÊNIO R, GONZALEZ R, VILLA T, SCATENA L: Health care professional - patient bond in the tuberculosis patient care. Acta Paul Enferm 2009; 22(2): 176-82.
12. ARCÊNCIO R, OLIVEIRA M, CARDOZO-GONZALES R, RUFFINO-NETTO A, PINTO I, VILLA T: City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brasil, 2005 Int J Tuberc Lung Dis 2008; 12(5): 527-31.
13. FERREIRA P: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. Acta Médica Portuguesa 2000; 13: 55-63.
14. FERREIRA P: Criação da versão portuguesa do MOS SF 36. Parte II - Testes de validação. Acta Médica Portuguesa 2000; 13: 119-27.
15. REIGOTA R, CARANDINA L: Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP: Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000. Boletim de Pneumologia Sanitária 2002; 10(1): 23-30.
16. CORLESS I, NICHOLAS P, WANTLAND D, MCINERNEY P, NCAMA B, BHENGU B: The impact of meaning in life and life goals on adherence to a tuberculosis medication regimen in South Africa. International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases 2006; 10(10):1159-65.
17. UNALAN D: Quality of life in active and inactive cases with tuberculosis and its relationship to the levels of state-trait anxiety. Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9(1):22-30.
18. ANTAS A, MENESES R: Qualidade de vida de indivíduos com tuberculose pulmonar em tratamento ambulatorio. Tese de mestrado não-publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto; 2007
19. World Health Organization: Treatment of tuberculosis: Guidelines for national programme (3rd ed.). Geneva; 2003.
20. TOCQUE K, BELLIS M, BEECHING N, SYED Q, REMMINGTON T, DAVIES P: A case-control study of lifestyle risk factors associated with tuberculosis in Liverpool, North West England. European Respiratory Journal 2001; 18(6):959-64.
21. HANSEL N, WU A, CHANG B, DIETTE G: Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. Quality of Life Research 2004; 13(3):639-52.
22. DHURIA M, SHARMA N, INGLE G: Impact of Tuberculosis on the quality of life. Indian Journal of Community Medicine 2008; 33(1):58-59.