



Adesão medicamentosa e qualidade de vida de pacientes com tuberculose multirresistente

Medication adherence and quality of life in patients with multidrug-resistant tuberculosis
Adherencia a la medicación y calidad de vida en pacientes con tuberculosis multirresistente

Site doi: <https://doi.org/10.17058/reci.v16i.19888>

Submetido: 12/09/2025


Aceito: 02/01/2026

Disponível online: 17/02/2026

Autor correspondente:


E-mail: jvbc2@academico.ufpb.br


Endereço: Conjunto Pres. Castelo Branco III, João Pessoa, Paraíba, Brasil.


Tacyla Rayssa Carneiro Amorim¹ 


Débhora Ísis Barbosa e Silva¹ 


Tainara Barbosa Nunes² 


Conceição Maria de Oliveira^{3,4,5} 

Maria Mariana Barros Melo da Silveira^{6,7} 

Amanda Tavares Xavier⁸ 

Fábio Henrique Portella Corrêa de Oliveira⁹ 

Keylla Talitha Fernandes Barbosa¹⁰ 

João Victor Batista Cabral¹¹ 

¹Residência em Enfermagem em Pneumologia, Hospital Otávio de Freitas, Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Guarabira, Guarabira, Paraíba, Brasil.

³Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁴Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁵Faculdade de Medicina de Olinda, Olinda, Pernambuco, Brasil.

⁶Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁷Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁸Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

⁹Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

¹⁰Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

¹¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.



Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

Artigo Original

RESUMO

Justificativa e Objetivos: O aumento de casos de tuberculose multirresistente (TB-MDR) está associado a desafios na adesão terapêutica e impactos na qualidade de vida (QV). Este estudo buscou avaliar a adesão medicamentosa e a QV de pacientes com TB-MDR. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo, conduzido no Nordeste brasileiro, seguindo diretrizes STROBE. Participaram 50 pacientes submetidos a entrevistas com instrumento semiestruturado. A adesão foi avaliada pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). A QV foi mensurada pelo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF). **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino (56%), 18-45 anos (60%), negros (86%), solteiros (58%), com renda ≤ 1 salário-mínimo (98%) e ensino médio incompleto (68%). Conforme o BMQ, 80% dos pacientes apresentavam adesão ao tratamento; 80%, potencial adesão para o regime; 82% foi negativo para barreiras de crenças; e 92% foi negativo para barreiras de recordação. Conforme a WHOQOL-BREF, 50% dos entrevistados consideraram que sua QV não era ruim, nem boa. Ao considerar os resultados por domínios, obteve-se uma variação de 1,63 a 3,59 nas médias. O domínio das relações sociais apresentou a menor média (1,63 \pm 0,662) de pontos. Já a maior média foi obtida no domínio psicológico (3,59 \pm 0,958). **Conclusão:** Evidenciou-se alta adesão terapêutica conforme critérios do BMQ, contrastando com disparidades na QV, especialmente no domínio relacional. Os dados reforçam a necessidade de intervenções psicossociais direcionadas, visando mitigar as lacunas identificadas e garantir a sustentabilidade do tratamento.

Descritores: Tuberculose multirresistente. Adesão à Medicação. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Background and Objectives: The increasing incidence of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) is associated with challenges in treatment adherence and impacts on quality of life (QoL). This study aimed to evaluate medication adherence and QoL in patients with MDR-TB. **Methods:** A cross-sectional, descriptive, and quantitative study was conducted in Northeastern Brazil, following the STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology (STROBE) statement. In total, 50 patients participated in interviews using a semi-structured instrument. Adherence was assessed using the Brief Medication Questionnaire (BMQ). QoL was measured using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). **Results:** Most participants were male (56%), 18-45 years old (60%), Black (86%), single (58%), with an income ≤ 1 minimum wage (98%), and incomplete high school (68%). According to the BMQ, 80% were adherent to treatment; 80% showed potential adherence to the regimen; 82% tested negative for belief barriers; and 92% tested negative for recall barriers. According to the WHOQOL-BREF, 50% considered their QoL to be fair. When considering the results by domain, the average scores ranged from 1.63 to 3.59. The social relationships domain had the lowest average (1.63 \pm 0.662), while the psychological domain had the highest average (3.59 \pm 0.958). **Conclusion:** High therapeutic adherence was demonstrated according to the BMQ criteria, contrasting with disparities in QoL, especially in the social relationships domain. The data reinforce the need for targeted psychosocial interventions to mitigate the identified gaps and ensure treatment sustainability.

Keywords: Multidrug-Resistant Tuberculosis. Medication Adherence. Quality of Life.

RESUMEN

Justificación y Objetivos: El aumento de casos de tuberculosis multirresistente (TB-MDR) se asocia con desafíos en la adherencia al tratamiento e impactos en la calidad de vida (CV). Este estudio buscó evaluar la adherencia a la medicación y la CV de pacientes con TB-MDR. **Método:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo en el Nordeste de Brasil, siguiendo las directrices STROBE. Cincuenta pacientes participaron en entrevistas con un instrumento semiestruturado. La adherencia se evaluó mediante el Cuestionario Breve de Medicación (BMQ). La CV se midió utilizando la World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). **Resultados:** La mayoría de los participantes eran del sexo masculino (56%), de entre 18-45 años (60%), negros (86%), solteros (58%), con ingresos ≤ 1 salario mínimo (98%) y escuela secundaria incompleta (68%). Según el BMQ, el 80% de los participantes se adhirió al tratamiento; el 80% mostró una posible adherencia al régimen; el 82% dio negativo en la prueba de barreras de creencias; el 92% dio negativo en las pruebas de barreras de recuerdo. Según el WHOQOL-BREF, el 50% consideró que su calidad de vida no era ni mala ni buena. Al considerar los resultados por dominio, las puntuaciones promedio oscilaron entre 1,63 y 3,59. El dominio de relaciones sociales tuvo el promedio más bajo (1,63 \pm 0,662), mientras que el dominio psicológico tuvo el promedio más alto (3,59 \pm 0,958). **Conclusión:** Se demostró una alta adherencia terapéutica según los criterios del BMQ, en contraste con las disparidades en la calidad de vida, especialmente en el dominio relacional. Los datos refuerzan la necesidad de intervenciones psicossociales específicas para mitigar las brechas identificadas y garantizar la sostenibilidad del tratamiento.

Palabras Clave: Tuberculosis multirresistente. Adherencia a la Medicación. Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, prevenível e curável. Em função da manutenção e do aumento de suas taxas de incidência e de prevalência, ela é considerada um problema de saúde pública e, sobretudo nos países em desenvolvimento, é classificada como negligenciada. A ocorrência da TB está fortemente associada a comorbidades e ela acomete principalmente populações vulneráveis, estando relacionada à desigualdade social, à pobreza, à diminuição da produtividade da classe trabalhadora e à redução da qualidade de vida (QV), com frequentes complicações relacionadas à adesão medicamentosa e ao abandono do tratamento.¹

A tuberculose multirresistente (TB-MDR) ocorre quando há resistência, pelo menos, à isoniazida e à rifampicina, sendo uma dessas importantes complicações. Existem dois modos de desenvolvimento da resistência à TB: a resistência primária, que resulta da infecção de um indivíduo sem cuidado prévio por uma cepa já resistente, e a resistência adquirida, que decorre da má adesão aos fármacos, de esquemas inadequados e de drogas de baixa qualidade.^{2,3}

Embora o diagnóstico e o tratamento da TB estejam disponíveis, a prevalência da doença permanece elevada, sobretudo após a pandemia de Covid-19, que reverteu anos de progresso no controle da TB. Em relação à TB-MDR, sabe-se que a taxa de cura é significativamente menor do que a observada na TB sensível, o que acentua a importância de estratégias de vigilância, prevenção e tratamento. Contudo, para a TB-MDR, apenas cerca de um terço das pessoas tem acesso ao tratamento adequado.⁴

Fatores como diagnóstico precoce e tratamento oportuno são determinantes para o prognóstico e a redução das taxas de mortalidade. No entanto, o aumento no número de TB-MDR ocorre principalmente devido à dificuldade de adesão terapêutica e aos sucessivos abandonos do tratamento, impactando negativamente a situação epidemiológica.^{1,5} Estima-se que, em 2020, cerca de 99 milhões de pessoas tenham adoecido por tuberculose no mundo, resultando em aproximadamente 1,5 milhão de óbitos e cerca de 500 mil casos de TB-MDR.⁶

O tratamento para TB-MDR é mais prolongado, com duração entre 18 e 20 meses, e requer medicamentos mais caros e associados a maior ocorrência de eventos adversos, o que pode dificultar a adesão ao regime terapêutico. A adesão ao tratamento é definida como um processo de negociação entre usuários e profissionais de saúde, no qual se identificam as responsabilidades de cada parte para fortalecer a autonomia individual e o autocuidado. No entanto, o desconhecimento sobre a doença, a longa duração do tratamento, a ocorrência de eventos adversos e aspectos psicológicos e sociais são

fatores que podem dificultar o autocuidado, comprometer a adesão e prejudicar a QV.⁷

Este estudo objetivou avaliar a adesão medicamentosa e a QV de pacientes com tuberculose multirresistente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado em um hospital de referência para doenças infectocontagiosas, no ambulatório de pneumologia, na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, entre março e junho de 2022, seguindo as recomendações STROBE.

Um total de 65 indivíduos diagnosticados com TB-MDR estavam em acompanhamento no serviço durante o período do estudo. Participaram da pesquisa indivíduos selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão adotados: idade ≥ 18 anos, de ambos os sexos, com pelo menos dois meses de acompanhamento no serviço. Foram excluídos aqueles com desorientação e os que, além da TB-MDR, apresentavam outras doenças respiratórias. Desse modo, a amostra foi composta por 50 participantes.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas presenciais com aplicação de um questionário semiestruturado elaborado pelos autores, contemplando informações sociodemográficas, clínicas, medicações em uso, tempo do esquema de tratamento para TB-MDR, sintomas prévios e após o início do tratamento, além de antecedentes hospitalares. A coleta de dados foi complementada pela revisão de prontuários para confirmação das informações. Outras medicações associadas não foram avaliadas.

A adesão terapêutica foi avaliada pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), um instrumento validado composto por três domínios que identificam barreiras relacionadas à adesão, às crenças e à recordação do tratamento. Uma pontuação maior ou igual a 1 em qualquer domínio indica potencial positivo para não adesão ao tratamento farmacológico. Além disso, por meio da mensuração do escore total, é possível classificar a adesão em: aderente (nenhuma resposta positiva), provavelmente aderente (uma resposta positiva), provável baixa adesão (duas respostas positivas) e baixa adesão ao tratamento medicamentoso (três ou mais respostas positivas).⁸

A QV foi mensurada por meio do instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF) (versão em português), composto por 26 itens distribuídos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala do tipo Likert, na qual pontuações mais altas indicam melhor QV, exceto nos itens 3, 4 e 26, que apresentam escore inverso. Os escores devem ser analisados conforme as seguintes classificações: “necessita melhorar” (1,0 a 2,9 pontos), “regular” (3,0 a

3,9 pontos), “boa” (4,0 a 4,9 pontos) e “muito boa” (escore igual a 5,0).⁹

Os dados coletados foram compilados e armazenados no software Microsoft Office Excel® e posteriormente importados para o sistema computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0®, para análise. A abordagem analítica baseou-se em estatística descritiva univariada e inferencial. Para variáveis categóricas, utilizaram-se distribuições de frequências absolutas e relativas. Para variáveis contínuas, calcularam-se a média, a mediana, o desvio-padrão e a amplitude (valores mínimos e máximos). Os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados com base no total amostral (N = 50), utilizando o método de Wilson para proporções.

Para comparar as frequências entre as cinco categorias de classificação da QV (Muito ruim, Ruim, Nem ruim nem boa, Boa, Muito boa) realizou-se uma análise de comparações pareadas utilizando o teste do qui-quadrado (χ^2) para tabelas 2x2, sem correção de continuidade. Em casos em que mais de 20% das células apresentavam frequência esperada inferior a 5, optou-se pelo uso do teste exato de Fisher. Considerando o total de dez comparações realizadas, aplicou-se o ajuste de Bonferroni para controlar o erro do tipo I, estabelecendo um nível de significância corrigido de $\alpha = 0,005$.

Cabe destacar que durante todo o processo da pesquisa foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os pacientes aceitaram participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi apreciada e aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer nº 5.263.921.

RESULTADOS

Foram entrevistados 50 pacientes com TB-MDR, sendo a maioria do sexo masculino (n = 28; 56%), com faixa etária entre 18 e 45 anos (n = 30; 60%), que se autodeclararam negros (n = 43; 86%), solteiros (n = 29; 58%), que não concluíram o ensino médio (n = 34; 68%), estavam desempregados ou afastados das atividades (n = 35; 70%) e afirmaram receber até um salário mínimo (n = 49; 98%). A maioria, 98% (n = 48) teve resultado negativo para testagem de HIV.

A piridoxina® (n = 36; 72%), o levofloxacino® (n = 32; 64%) e o etambutol (n = 32; 64%) foram os principais medicamentos em uso. Em relação à internação hospitalar pela TB, 74% não relataram internação no último ano. Verificaram-se, como principais sintomas prévios ao tratamento, a tosse há mais de três semanas (n = 34; 68%), emagrecimento (n = 27; 54%) e febre vespertina (n = 25; 50%). Quanto aos sintomas atuais, foram relatados (após o tratamento)

dores articulares (n = 35; 70%) e ganho de peso (n = 32; 64%). Na variável de tempo do esquema de tratamento para TB-MDR em meses, 96% (n = 46) relataram que o tratamento estava sendo realizado em 18 meses. Ademais, 82% (n = 41) não relataram efeitos adversos em relação ao tratamento, todavia, 6% (n = 3) referiram perda auditiva e 10% (n = 5) alteração na pigmentação da pele em alguma área do corpo (Tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva das características clínicas dos casos de TB-MDR. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022 (n=50).

Variável	N (%)
Medicamentos em uso	
Piridoxina®	36 (72)
Etambutol	32 (64)
Levofloxacino®	32 (64)
Terizidona	24 (48)
Pirazinamida	18 (36)
Linezolid®	16 (32)
Bedaquilina®	15 (30)
Amicacina®	10 (20)
Claritromicina®	10 (20)
Clofazimina	9 (18)
Moxifloxacino®	8 (16)
No último ano, precisou ser internado por causa da TB	
Não	37 (74)
Sim, apenas 1 vez	9 (18)
Sim, de 2 a 3 vezes	4 (8)
Sintomas prévios	
Tosse > três semanas	34 (68)
Emagrecimento	27 (54)
Febre vespertina	25 (50)
Sudorese noturna	17 (34)
Sintomas atuais após o tratamento	
Dores articulares	35 (70)
Ganho de peso	32 (64)
Tosse	18 (36)
Emagrecimento após o início do tratamento	5 (10)
Efeitos adversos da medicação	
Não apresentou	41 (82)
Perda auditiva	3 (6)
Alteração na pigmentação da pele	5 (10)

Legenda: TB: Tuberculose.

Quanto às características do tratamento medicamentoso conforme o BMQ, a categoria adesão apresentou a maior frequência (80%), com IC95% variando de 34 a 45 indivíduos, indicando uma estimativa relativamente precisa e consistente com o tamanho amostral. Quanto ao regime, a proporção de indivíduos classificados com potencial adesão foi elevada (80%), com IC95% entre 34 e 45, reforçando a robustez dessa estimativa. No domínio das crenças, a maioria dos participantes foi classificada como negativa para barreiras de crenças (82%), com IC95% de 35 a 46, sugerindo alta prevalência desse perfil e boa precisão da estimativa. Por fim, na dimensão de recordação, observou-se elevada proporção de participantes negativos para barreiras de recordação (92%), com um intervalo de confiança estreito (IC95%: 41–49), indicando alta precisão da estimativa (Tabela 2).

Tabela 2. Desempenho BMQ associado à adesão dos pacientes ao tratamento da tuberculose nos últimos sete dias. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022 (n=50).

Variável	Categoria	N	Proporção	IC95% (N)
Adesão	Abandono	1	0,02	0-5
	Adesão	40	0,80	34-45
	Provável adesão	6	0,12	3-12
	Provável baixa adesão	0	0,00	0-3
	Baixa adesão	3	0,06	1-8
Regime	Potencial adesão	40	0,80	34-45
	Potencial não adesão	10	0,20	6-17
Crença	Negativo para barreiras de crenças	41	0,82	35-46
	Positivo para barreiras de crenças	9	0,18	5-15
Recordação	Negativo para barreiras de recordação	46	0,92	41-49
	Positivo para barreiras de recordação	4	0,08	2-10

Com base nos resultados da avaliação da QV por WHOQOL-BREF, observou-se que as categorias nem ruim, nem boa e boa apresentaram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas com as categorias extremas (muito boa, muito ruim e ruim), com valores de χ^2 variando entre 9,00 e 26,84 ($p < 0,001$ a $p = 0,0027$). Especificamente, a categoria nem ruim, nem boa diferiu significativamente das classificações muito boa ($\chi^2 = 21,42$; $p < 0,001$), muito ruim ($\chi^2 = 24,01$; $p < 0,001$) e ruim ($\chi^2 = 26,84$; $p < 0,001$). Similarmente, a categoria boa apresentou diferenças significativas em relação às categorias muito boa ($\chi^2 = 9,00$; $p = 0,0027$), muito ruim ($\chi^2 = 10,98$; $p < 0,001$) e ruim ($\chi^2 = 13,28$; $p < 0,001$). Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias extremas muito boa x muito ruim, muito boa x ruim e muito ruim x ruim ($p > 0,39$), nem entre as categorias intermediárias nem ruim, nem boa x boa ($\chi^2 = 3,35$; $p = 0,067$) (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação da QV conforme WHOQOL-Bref dos pacientes com TB-MDR. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022 (n=50).

Comparação	χ^2 **	gl**	p-valor
Nem ruim, nem boa x Muito boa	21,42	1	< 0,001
Nem ruim, nem boa x Muito ruim	24,01	1	< 0,001
Nem ruim, nem boa x Ruim	26,84	1	< 0,001
Boa x Muito boa	9,00	1	0,0027
Boa x Muito ruim	10,98	1	< 0,001
Boa x Ruim	13,28	1	< 0,001
Nem ruim, nem boa x Boa	3,35	1	0,067
Muito boa x Muito ruim	—	—	> 0,39
Muito boa x Ruim	—	—	> 0,39
Muito ruim x Ruim	—	—	> 0,39

Legenda: *Teste de qui-quadrado; **Grau de liberdade.

Ao considerar os resultados por domínios da WHOQOL-BREF, obteve-se uma variação de 1,63 a 3,59 nas médias. O domínio das relações sociais, que considera questões sobre satisfação com amigos e familiares, apoio social e vida sexual, apresentou a menor média, com 1,63±0,662 pontos. Já a maior média foi obtida no domínio psicológico (3,59± 0,958), em que há questões sobre o sentido da vida, concentração, aceitação e sentimentos negativos (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação por domínios da QV conforme WHOQOL-Bref dos pacientes com TB-MDR. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022 (n=50).

Domínio	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Físico	50	3,37	3,14	0,716	2,29	5,00
Psicológico	50	3,59	3,08	0,958	2,00	5,00
Relações sociais	50	1,63	1,33	0,662	1,00	3,67
Meio ambiente	50	3,10	3,00	0,786	1,88	5,00

Legenda: *Teste de qui-quadrado; **Grau de liberdade.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos indivíduos diagnosticados com TB-MDR reforça a relação da doença com questões sociais. A maior prevalência observada no sexo masculino está alinhada a dados anteriores, que associam esse acometimento a fatores culturais e econômicos.¹⁰ Homens geralmente buscam menos serviços de saúde preventivos, o que pode retardar o diagnóstico e o tratamento adequados. Além disso, observa-se na população masculina maior exposição ao agente etiológico devido a interações sociais fora do domicílio.^{11,12} Embora as mulheres enfrentem mais barreiras para iniciar o tratamento, os homens tendem a apresentar maior resistência à adesão ao plano terapêutico, uma vez que a crença em sua própria resistência física, frequentemente associada à masculinidade, dificulta a mudança de hábitos.¹³

Em relação à idade, o número de casos de TB-MDR vem aumentando nas últimas décadas, principalmente entre os indivíduos na faixa etária economicamente ativa, como evidenciado neste estudo. É oportuno ressaltar que em países em desenvolvimento, a maioria dos indivíduos com TB encontram-se entre 15 e 59 anos, período em que se encontram em maior produtividade social, o que pode acarretar retardo no crescimento econômico e prejuízo no desenvolvimento da sociedade, além de maior tempo de exposição e contato com outros indivíduos.¹⁴

A baixa escolaridade, a alta taxa de desemprego e a baixa renda dos pacientes com TB-MDR, pontos elencados neste estudo, podem se associar à vulnerabilidade social e ao menor acesso à informação e à educação. A adesão ao tratamento da TB está condicionada a barreiras sociais e financeiras, influenciando a qualidade do diagnóstico e a eficácia da terapêutica. Indivíduos com baixa escolaridade têm menor compreensão sobre a doença e a importância da adesão ao tratamento, o que pode levar a taxas mais altas de abandono do tratamento. Este fator é crucial, uma vez que a adesão inadequada contribui para o desenvolvimento de resistência medicamentosa, complicando ainda mais o manejo da doença.¹⁵ Ademais, a pobreza e a falta de estabilidade econômica são fatores críticos que afetam a adesão. O baixo nível de escolaridade está associado a uma série de más

condições socioeconômicas, como baixa remuneração, condições de vida insalubres, aglomeração nos domicílios e redução de suporte social e econômico.

O sucesso do tratamento da TB com medicamentos de primeira linha foi estimado em 86%, enquanto a taxa de sucesso para tratamento da TB-MDR foi de 59%. Estima-se que, em 2020, cerca de 2,1 milhões de pessoas foram diagnosticadas com TB resistente à rifampicina, o que representa quase 71% do total de 3 milhões de casos de TB pulmonar confirmados por meio de exames bacteriológicos.¹⁶ Frente a essa problemática, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou ao esquema terapêutico o medicamento pretomanida, utilizado no tratamento da TB-MDR. A incorporação da pretomanida no esquema terapêutico busca reduzir o tempo de tratamento e, dessa forma, aumenta adesão medicamentosa e a cura do paciente.¹⁷

Os resultados mostraram que muitos pacientes relataram persistência de sintomas, como dores articulares e tosse, mesmo após o início do tratamento. A presença contínua de sintomas pode ser desmotivadora e impactar negativamente a adesão ao regime terapêutico. É mandatório que os profissionais de saúde forneçam educação adequada aos pacientes sobre a natureza do tratamento, incluindo a possível persistência de sintomas e a importância de continuar o tratamento até o final, mesmo se os sintomas melhorarem.¹⁷

Efeitos adversos dos medicamentos, como alteração na pigmentação da pele e perda auditiva, também foram relatados. Esses efeitos adversos são significativos e podem influenciar negativamente a QV e a adesão ao tratamento. Estratégias para monitorar e gerenciar os efeitos adversos devem ser parte integrante do cuidado dos pacientes com TB-MDR.^{4,18}

Ao avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, observou-se alto percentual de adesão entre os pacientes. A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios no manejo da TB-MDR; sua resistência pode resultar em resistência secundária, aumentando a complexidade e os custos do tratamento. A adesão é influenciada por múltiplos fatores, incluindo o conhecimento do paciente sobre a doença, apoio social e a presença de efeitos adversos dos medicamentos.¹⁹ Quanto ao abandono de tratamento, no Brasil houve um aumento progressivo entre 2013 e 2019 e queda da proporção de tratamento completo nesse período. Esse fato revela a conhecida fragilidade das políticas públicas de controle da doença e de manutenção do tratamento.²⁰ No período de 2018 a 2019, o abandono apresentou taxas de 12,0% para tuberculose sensível e 27,8% para TB-MDR.²¹

A avaliação da QV revelou variações significativas nos diferentes domínios. O domínio das relações sociais apresentou a menor média, indicando que a TB-MDR afeta negativamente as interações sociais dos pacientes.

A capacidade de manter redes de apoio social é fundamental para a promoção da QV desses pacientes. A doença pode levar ao isolamento social e ao estigma, que são barreiras adicionais à adesão ao tratamento e à reabilitação psicossocial. Desemprego, falta de suporte social, isolamento social e efeitos colaterais das medicações para tuberculose associam-se à dificuldade de adesão ao tratamento e são elementos individuais que causam impacto na QV.²²

A instabilidade emocional e a necessidade de ajustamento psicológico são comuns entre os pacientes, ressaltando a importância do apoio psicológico durante o tratamento. Programas de apoio que incluam aconselhamento psicológico e grupos de apoio podem ser benéficos para melhorar o bem-estar emocional e a adesão ao tratamento.²³⁻²⁵

A avaliação da QV tem recebido atenção especial nos últimos anos, especialmente nos casos de indivíduos com doenças crônicas e/ou em tratamento prolongado. Esse fato é decorrente da mudança na forma de avaliar a condição geral do paciente, que passou a ser realizada não apenas pelos profissionais responsáveis pelo cuidado, mas também pelo próprio indivíduo. A percepção da QV, além de subjetiva, é complexa e dinâmica, sendo 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.²⁵

Este estudo evidencia que a alta adesão terapêutica à TB-MDR em contextos de vulnerabilidade socioeconômica não se traduz em melhoria efetiva da QV psicossocial, reforçando a necessidade de abordagens que integrem suporte material, emocional e educativo. Como limitações, ressalta-se que o desenho transversal inviabiliza inferir causalidade entre adesão e variáveis de QV, e a homogeneidade da amostra (predomínio de baixa renda e escolaridade) pode restringir a aplicabilidade dos resultados a populações com perfis diversificados. Para futuras pesquisas, sugere-se a combinação de métodos longitudinais e qualitativos para explorar como determinantes sociais interagem dinamicamente com a QV ao longo do tratamento.

Conclui-se que os resultados deste estudo identificam a alta adesão terapêutica e disparidades significativas na QV, sobretudo no âmbito das relações sociais. A originalidade da pesquisa reside em evidenciar que, mesmo em contextos de vulnerabilidade socioeconômica, a adesão medicamentosa pode ser elevada, mas não garante bem-estar psicossocial, apontando lacunas críticas nos sistemas de apoio aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Santos TA, Martins MMF. Perfil dos casos de reingresso após abandono do tratamento da tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Colet*. 2018; 26(3):233-240. doi: [10.1590/1414-462X201800030235](https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030235)
2. Rodriguez-Morales AJ, Abara A, Ntoumi F, et al. World Tuberculosis Day 2023 – Reflections on the spread of drug-resistant tuberculosis by travellers and reducing risk in forcibly displaced populations. *Travel Med Infect Dis*. 2023; 53:102568. doi: [10.1016/j.tmaid.2023.102568](https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2023.102568)
3. Ballesterio JGA, Garcia JM, Bollela VR, et al. Management of multidrug-resistant tuberculosis: main recommendations of the Brazilian guidelines. *J Bras Pneumol*. 2020; 46(2):e20190290. doi: [10.36416/1806-3756/e20190290](https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20190290)
4. Akalu TY, Clements ACA, Wolde HF et al. Prevalence of long-term physical sequelae among patients treated with multi-drug and extensively drug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2023; 57:101900. doi: [10.1016/j.eclinm.2023.101900](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101900)
5. Ferreira DP, Souza FA, Motta MCS. Prevalência da coinfeção HIV/TB em pacientes de um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro. *Rev Fund Care Online*. 2019; 11(2):358-362. doi: [10.9789/2175-5361.2019.v11i2.358-362](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.358-362)
6. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
7. Oliveira LGF, et al. Incidência da tuberculose na Bahia: o retrato de uma década. *RevISE [Internet]* 2020; 4(0):79-88. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/index.php/revise/article/view/1856/1022>
8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74. doi: [10.1097/00005650-198601000-00007](https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007)
9. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21:19-28. doi: [10.1590/S1516-44461999000100006](https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006)
10. Fregona G, Cosme LB, Moreira CMM, et al. Risk factors associated with multidrug-resistant tuberculosis in Espírito Santo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51. doi: [10.1590/S1518-8787.2017051006688](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006688)
11. Lima CM, Arruda HAA, Rocha RPS, et al. Desafios de enfermeiras frente à saúde do homem na atenção básica. *Res Soc Dev*. 2021; 10(1). doi: [10.33448/rsd-v10i1.11885](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11885)
12. Yang BR, Kang YA, Heo EY, et al. Regional differences in the incidence of tuberculosis among patients with newly diagnosed diabetes mellitus. *Clin Respir J*. 2018; 12(4):1732-1738. doi: [10.1111/crj.12737](https://doi.org/10.1111/crj.12737)
13. Silva TC, Pinto ML, Orlandi GM, et al. Tuberculosis from the perspective of men and women. *Rev Esc Enferm USP*. 2022; 56. doi: [10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0137pt](https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0137pt)
14. Martins JP, Machado RC, Conceição ADA, et al. Epidemiological Profile of Tuberculosis Cases Related to Treatment Abandonment in Maranhão from 2017 to 2020. *Braz J Dev [Internet]*. 2021; 7(6):59-102. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/31394>
15. Arroyo LH, Yamamura M, Ramos A, et al. Determinants of multidrug-resistant tuberculosis in São Paulo-Brazil: a multilevel Bayesian analysis of factors associated with individual, community and access to health services. *Trop Med Int Health*. 2020; 25(7):839-849. doi: [10.1111/tmi.13409](https://doi.org/10.1111/tmi.13409)
16. Tan ZM, Lai GP, Pandey M, et al. Novel Approaches for the Treatment of Pulmonary Tuberculosis. *Pharmaceutics*. 2020; 10;12(12):1196. doi: [10.3390/pharmaceutics12121196](https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12121196)
17. Denominato PM. O Nitroreductases como alvo terapêutico na tuberculose [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2022.
18. Ategyeka PM, Muhoozi M, Naturinda R, et al. Prevalence and factors associated with reported adverse-events among patients on multi-drug-resistant tuberculosis treatment in two referral hospitals in Uganda. *BMC Infect Dis*. 2023; 23(1):149. doi: [10.1186/s12879-023-08085-3](https://doi.org/10.1186/s12879-023-08085-3)
19. Freitas GL, França GEM, Souza TR, et al. Diagnóstico e acompanhamento da tuberculose – diferenças entre população geral e populações vulnerabilizadas. *Cogitare Enferm*. 2022; 27(0):e83607. doi: [10.5380/ce.v27i0.83607](https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83607)
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>
22. Teixeira LM, Palmeira IP, Matos WDV, et al. Concepções sobre tratamento e diagnóstico da tuberculose pulmonar para quem a vivencia. *Esc Anna Nery*. 2023; 27. doi: [10.1590/2177-9465-EAN-2022-0156pt](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0156pt)
23. Büsselmann M, Nigel S, Otte S, et al. High Quality of Life Reduces Depression, Hopelessness, and Suicide Ideations in Patients in Forensic Psychiatry. *Front Psychiatry*. 2020; 10:1014. doi: [10.3389/fpsy.2019.01014](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01014)
24. Ferreira MCAS, Fernandes RAQ. Mulheres detentas do Recife-PE: saúde e qualidade de vida. *Esc Anna Nery*. 2020; 24(4). doi: [10.1590/2177-9465-EAN-2020-0062](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0062)
25. Tornu E, Quarcoopome L. Correlates of quality of life among persons living with tuberculosis: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2022; 17(11):e0277192. doi: [10.1371/journal.pone.0277192](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277192)

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Tacyla Rayssa Carneiro Amorim contribuiu para a pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, elaboração de tabelas, conclusões, revisão e estatísticas. **Débhora Ísis Barbosa e Silva** contribuiu para a administração de projetos, pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, conclusões, revisão e estatísticas. **Tainara Barbosa Nunes** contribuiu para a redação do resumo, metodologia, interpretação dos resultados, conclusões, revisão e estatísticas. **Conceição Maria de Oliveira** contribuiu para a redação do resumo, revisão e estatísticas. **Fábio Henrique Portella Corrêa de Oliveira** contribuiu para a redação do resumo, revisão e estatísticas. **Amanda Tavares Xavier** contribuiu para a administração de projetos, aquisição de fundos, pesquisa bibliográfica, revisão e estatísticas. **Maria Mariana Barros Melo da Silveira** contribuiu para a

administração de projetos, aquisição de fundos, pesquisa bibliográfica, revisão e estatísticas. **Keylla Talitha Fernandes Barbosa** contribuiu para a administração de projetos, pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, conclusões, revisão e estatísticas. **João Victor Batista Cabral** contribuiu para a administração de projetos, pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, conclusões, revisão e estatísticas.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Como citar este artigo: Amorim TRC, Silva DIB, Nunes TB, Oliveira CM, Oliveira FHPC, Xavier AT, Silveira MMBM, Barbosa KTF, Cabral JVB. Adesão medicamentosa e qualidade de vida de pacientes com tuberculose multirresistente. Rev Epidemiol Control Infect [Internet]. 12º de março de 2026; 16. Disponível em: <https://seer.unisc.br/index.php/epidemiologia/article/view/19888>