

INTEGRALIDADE NO CUIDADO: ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS COM TUBERCULOSE

Completeness in caring: study of quality of life in clients with tuberculosis

Integralidad en el cuidado: estudio de la calidad de vida de los clientes con tuberculosis

Sheila Nascimento Pereira de Farias, Célia Regina da Silva Medeiros², Elisabete Pimenta Araújo Paz³, Alexandrina de Jesus Serra Lobo⁴ e Liane Gack Ghelman⁵

Recebido em 17/06/2013, reapresentado em 26/08/2013 e aprovado em 09/09/2013

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida dos sujeitos em tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro. Métodos: Estudo transversal do tipo descritivo-correlacional, com uma amostra de intencional de 102 clientes. Utilizou-se o instrumento da Rede TB e o WHOQoL-bref. Resultados: Pela análise inferencial constata-se que a QV global está mais associada ao domínio psicológico, seguido do ambiente, das relações sociais e, por último, ao físico. Face aos resultados, pode-se concluir que a TB atinge todo o universo do indivíduo, dadas as suas implicações físico-orgânicas, psicoafetivas e sociais. Conclusão: Na prestação de cuidados de enfermagem, importa valorizar a avaliação que a própria pessoa faz da sua vida e saúde, além da sua individualidade e subjetividade, para assegurar a integralidade da assistência.

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

Abstract

Objective: This study aimed to analyze the QOL of subjects in TB treatment at a health facility in Rio de Janeiro. Methods: Cross-sectional study with a descriptive-correlational design and a purposeful sample of 102 patients. We used the instrument of the TB Network and WHOQoL-bref. Results: The inferential analysis revealed that overall QOL is more associated with the psychological domain, followed by the environment, social relationships and, lastly, the physical domain. In view of the results, we can conclude that TB affects the entire universe of the individual, given its physical-organic, psycho-affective and social implications. Conclusion: In providing nursing care, it is important to value the patients' assessment of their life and health, besides their individuality and subjectivity, to assure comprehensive care.

Keywords: Tuberculosis. Quality of life. Nursing

Resumen

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo analizar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de la tuberculosis en un centro de salud en Rio de Janeiro. Métodos: Estudio transversal descriptivo-correlacional, con una muestra intencional de 102 clientes. Se utilizó el instrumento de Red TB y WHOQOL-BREF. Resultados: Para el análisis inferencial, se constata que la QV global es más asociada con el dominio psicológico, seguido por el ambiente, las relaciones sociales y por último con el físico. Dados los resultados, podemos concluir que la tuberculosis afecta a todo el universo de la persona, teniendo en cuenta sus implicaciones físico-orgánico, psicoafectivas y social. Conclusión: En la prestación de cuidados de enfermería importa valorar la evaluación que la propia persona hace de su vida y salud, además de su individualidad y subjetividad, para garantizar una atención integral.

Palabras clave: Tuberculosis. Calidad de vida. Enfermería

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

⁴Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado. Chaves, Portugal.

⁵Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

autor correspondente: Sheila Nascimento Pereira de Farias E-mail: sheilaguadagnini@gmail.com

INTRODUÇÃO

A integralidade considera a rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção de agravos, recuperação e restauração da saúde, para a realização do cuidado por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com constituição de saberes e de ações que se interpenetram no trabalho em saúde¹.

Tal como expresso na Constituição Brasileira (art.198, 1988), deve-se priorizar o “atendimento integral” para as atividades preventivas na intervenção das doenças e suas complicações, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode ser compreendida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades.²

No âmbito das ações em saúde, enfatiza-se que a interação com os clientes deve ser pautada por valores emancipatórios fundados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado em saúde que se deseja obter. É necessário um esforço coordenado da equipe para a produção e a promoção do cuidado em prol dos usuários, procurando estabelecer vínculos, condutas e priorizando as suas necessidades, o que favorecerá o atendimento às suas demandas e a satisfação com os serviços.³

Para o desenvolvimento de ações de saúde aos clientes com tuberculose (TB) na perspectiva da integralidade, é necessária a aproximação integral com os sujeitos que prestam o cuidado. Desta forma, é possível compreender no contexto das práticas de saúde, as ações focalizadas no primeiro nível de atenção com sentidos na materialização da integralidade, bem como as estratégias de consolidação da própria universalização e da equidade, que espelham os grandes desafios de concretização do direito à saúde em um país de profundas desigualdades como o Brasil⁴.

A TB é um importante problema de saúde pública no Brasil, pelo expressivo quantitativo anual de adoecimentos que acomete a população. No Brasil, no ano de 2008, foram notificados 68.147 casos novos de TB (coeficiente de incidência de 35,59 por 100.000 habitantes), dos quais 56.172 foram formas pulmonares bacilíferas (coeficiente de incidência de 29,33 por 100.000 habitantes) e 9.712 extrapulmonares (coeficiente de incidência de 5,07 por 100.000 habitantes). O Rio de Janeiro é o segundo estado com o maior número absoluto de casos no Brasil; porém, em

número de mortes por TB, é o estado que apresenta maior taxa de mortalidade.⁵

A TB acomete pessoas em seus melhores anos de vida em relação a estudos, trabalho e estabelecimento de relações sociais. O adoecimento leva à interrupção ou adiamento de projetos pessoais, o que para alguns pode significar uma completa mudança em suas vidas. As alterações no cotidiano decorrentes da doença podem causar apatia ou falta de vontade para desempenhar as atividades que o indivíduo estava acostumado a executar⁶.

A identificação e o tratamento adequado dos pacientes com TB pulmonar constituem uma das medidas prioritárias de controle da enfermidade e tem merecido especial atenção, uma vez que a TB pulmonar é a forma mais transmissível da doença, sendo os bacilíferos importante fonte de infecção para seus contatos intradomiciliares. Todavia, para surgir um caso de TB pulmonar, não existe uma única causa e nem só a presença do bacilo no ambiente pulmonar, mas sim a progressão da doença, a soma de fatores físicos, sociais e emocionais que concorrem para o adoecimento pelo *Mycobacterium tuberculosis*⁵.

É relevante mencionar a frequente associação da TB com outras doenças, como insuficiência renal, neoplasias, silicose, alcoolismo e *diabetes mellitus* e, ainda, com o uso de corticoides. Porém, uma das associações mais prevalentes da TB é com a infecção pelo vírus HIV. Nos casos de TB pulmonar, é muito importante detectar os contatos das pessoas acometidas, pois estes podem estar com a doença e transmiti-la, o que contribui para o aumento de casos, sendo primordial que estes contatos também compareçam ao serviço de saúde para realização de exames e esclarecimentos sobre a doença. De modo geral, na avaliação do portador de tuberculose e de seus contatos, é fundamental considerar diferentes aspectos, como o estado funcional, o bem-estar psicológico e sua posição diante da própria vida, o que vai implicar diretamente na sua qualidade de vida (QV)⁷

A Organização Mundial de Saúde definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁸. Assim, os profissionais de saúde podem influenciar diretamente na QV, tanto positiva como negativamente, pelas suas intervenções no processo saúde-doença. Neste contexto, é preciso entender que a QV em pessoas com TB é uma reunião complexa de doença, pobreza, estigma, discriminação e a falta de tratamento combinado com a vida familiar, trabalho e atividades sociais. Além disso, a doença afeta não apenas a pessoa infectada, mas também sua família, comunidade e país⁹. Pela avaliação da QV relacionada à

saúde, busca-se conhecer como o doente com tuberculose convive com a doença e a influência do tratamento no seu contexto de vida.

Uma melhor compreensão das vivências dos doentes com TB pode ajudar a aprimorar os esquemas terapêuticos, a adesão ao tratamento e o bem-estar destas pessoas, promovendo o sucesso do seu processo terapêutico¹⁰. A falta de consciência ou de conhecimento sobre a doença poderá conduzir o portador de TB a uma percepção errada do impacto da tuberculose em sua vida e saúde, que pode afetar a adesão ao esquema terapêutico adequado. Considera-se ainda que a integralidade do cuidado resulta em melhor QV. Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos usuários em tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo-correlacional, de base quantitativa. O referencial teórico-metodológico foi baseado no conceito de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde⁸. O estudo foi realizado com 102 portadores de TB atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da Área de Planejamento 2.2, que funciona no horário das 7 às 17h e oferece os serviços dos programas de: saúde da mulher, diabetes e hipertensão, saúde do idoso, hanseníase, imunização, controle de TB e possui laboratório de análises clínicas, para realização de exames, incluindo baciloscopias e cultura de escarro.

Para participação na pesquisa, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: idade a partir de 18 anos; estar inscrito no programa de controle da tuberculose da policlínica; ter iniciado o tratamento medicamentoso; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2010, antes da consulta médica agendada, em uma sala destinada para os participantes da pesquisa. Utilizou-se o instrumento formulado pela Rede Brasileira de Pesquisa em TB—Rede TB para a caracterização dos sujeitos e o instrumento WHOQoL-Bref para a análise da QV⁸.

O WHOQoL-Bref contém 26 perguntas das quais 24 são distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Apresenta ainda duas questões gerais, uma se refere à autopercepção da QV e a outra à satisfação com a saúde. Cada domínio é representado por várias facetas e suas questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada –

extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom), todas graduadas em cinco níveis (um ao cinco). A escala do tipo Likert é muito utilizada em inquéritos populacionais. Os cinco escores de respostas são mais aconselháveis pela sua capacidade de medir os extremos, bem como os valores intermediários da acessibilidade, tornando-se factível classificá-la em níveis satisfatórios, regulares e insatisfatórios¹¹.

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17 for Windows, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde.

O projeto foi avaliado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Hospital Escola São Francisco de Assis (EEAN-HESFA) e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e autorizado sob os protocolos de número 077/09 e 214/09, respectivamente

RESULTADOS

Em relação à caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (Tabela 1): 64% são homens; 35% têm entre 18 e 29 anos; 40% são casados; 52% informaram ter o ensino fundamental incompleto; 27% estão empregados e 62% recebem entre 1 e 3 salários mínimos.

Quanto às variáveis relacionadas à Qualidade de Vida, observa-se na Tabela 2 que as médias encontradas pelos diferentes domínios foram semelhantes (sem diferenças estatisticamente significativas), demonstrando certa homogeneidade entre esses aspectos na vida dos indivíduos analisados. A maior média nos escores dentre os domínios foi alcançada nas relações sociais ($63,82 \pm 15,43$), seguidas do domínio psicológico e do domínio físico, com resultados muito similares ($56,91 \pm 11,97$ e $57,99 \pm 10,15$, respectivamente). O domínio social apresentou a pontuação máxima (83,33), por sua vez o domínio ambiental obteve o menor escore (21,88).

No que se refere à Tabela 3, onde se apresenta a análise inferencial da Qualidade de Vida global com os seus domínios, constata-se que é mais forte com o psicológico ($r=0,860$; $p=0,000$), seguido do ambiente ($r=0,757$; $p=0,000$), das relações sociais ($r=0,686$; $p=0,000$) e, por último, com o físico ($r=0,581$; $p=0,000$).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos clientes com TB.

<i>Variáveis</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo	Feminino	37	36%
	Masculino	65	64%
Idade	18-29	36	35%
	30-39	20	20%
	40-49	20	20%
	50-59	14	14%
	Mais de 60	12	12%
Estado civil	Solteiro	36	35%
	União estável	14	14%
	Casado	41	40%
	Separado	4	4%
	Viúvo	7	7%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	53	52%
	Ensino fundamental completo	32	32%
	Ensino médio	10	10%
	Ensino superior	7	7%
Ocupação	Desempregado	8	8%
	Empregado	28	27%
	Do lar	18	18%
	Autônomo	20	20%
	Estudante	10	10%
	Aposentado	6	6%
	Serviços gerais	12	12%
Renda familiar	Sem renda fixa	13	13%
	Entre 1 e 3 salários mínimos	63	62%
	Entre 3 e 5 salários mínimos	25	25%
	Mais de 5 salários mínimos	1	1%

Tabela 2. Média da Qualidade de Vida nos diferentes domínios.

<i>Domínios</i>	<i>Média ± desvio-padrão</i>	<i>Máximo (%)</i>	<i>Mínimo (%)</i>
Físico	57,99 ± 10,15	71,43	39,29
Psicológico	56,91 ± 11,97	75,00	25,00
Relações Sociais	63,82 ± 15,43	83,33	25,00
Ambiente	50,70 ± 11,11	68,75	21,88

Tabela 3. Análise inferencial da QV com os seus domínios

	<i>QV global</i>	<i>P value</i>
Físico	0,581	0,000
Psicológico	0,860	0,000
Relações Sociais	0,686	0,000
Ambiente	0,757	0,000

DISCUSSÃO

Destaca-se que a maioria dos usuários é do sexo masculino, referiu ter ensino fundamental incompleto e possui baixa renda, dando-nos uma indicação de que existe uma maior prevalência de TB em indivíduos com estas características socioeconômicas, tal como confirmado em outros estudos^{12,13}. As baixas renda e escolaridade evidenciam uma vulnerabilidade social, que influencia na obtenção de informações sobre a doença e cuidados terapêuticos. Verifica-se ainda que a maioria dos participantes vive com família e/ou companheiro(a), proporcionando-lhes apoio no que se refere aos cuidados e à manutenção da saúde, podendo o ambiente familiar oferecer maior suporte psicológico, emocional e físico no dia-a-dia¹⁴.

A avaliação da qualidade de vida tem recebido atenção especial nos últimos anos, especialmente nos casos de indivíduos portadores de 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 tratamento, 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 existencial¹².

A satisfação com a vida e a sensação de bem-estar pode, muitas vezes, ser afetada pelo diagnóstico de uma doença crônica como a tuberculose. Assim, considera-se que a conquista de uma vida com qualidade pode ser construída e consolidada, em um processo que inclui a promoção da saúde e a atuação dos profissionais voltada à adequação às necessidades dos portadores¹⁵.

Embora exista alguma confusão entre o estado de saúde física e qualidade de vida, entende-se que a qualidade de vida refere-se a uma consequência direta do próprio estado de saúde¹⁶. Na análise dos escores em geral, pode-se considerar que os clientes portadores de TB apresentaram boa Qualidade de Vida. Destaca-se no estudo o ambiente como o domínio mais negativo. Neste sentido, a transmissão da TB está diretamente associada às condições de vida da população, devendo-se investigar as condições dos domicílios dos doentes-foco, priorizando os casos com inadequada ventilação e superpopulação, uma vez que ambientes fechados facilitam a transmissão, e os contatos domiciliares são aqueles que apresentam o maior risco de contrair a doença⁵.

Em relação ao domínio psicológico, percebe-se que o conhecimento do diagnóstico e as implicações do seu tratamento associam-se à instabilidade emocional, requerendo auxílio para o ajustamento psicológico e enfrentamento da doença¹⁷. Além do sofrimento causado pela doença em si, o estigma e o preconceito social são aspectos relevantes que impactam negativamente no transcurso do tratamento e na qualidade de vida dos indivíduos portadores de tuberculose. Embora os sujeitos

do estudo apresentem melhores resultados nos domínios físico e das relações sociais, é fato que a TB obriga a reajustes na vida cotidiana, assim como a redefinição de si mesmo e das relações com os outros. A capacidade de interação social é fundamental, tendo em vista a necessidade destes clientes conquistarem e manterem redes de apoio social que visem à promoção da sua QV¹⁵.

Apesar de os sintomas desconfortáveis da TB e dos medicamentos poderem causar reações adversas durante o tratamento, os avanços terapêuticos permitiram a melhoria do impacto na saúde física e psicológica destas pessoas. Atualmente, com o advento de tratamento eficaz, o doente de TB já não é visto pela sociedade como um perigo coletivo, embora o preconceito ainda seja presente na sociedade. Para o portador de TB já é possível entender que, ao adoecer, as limitações sentidas não o condenam a uma morte social, familiar e profissional, embora em alguns momentos este sentimento perpassa o seu dia-a-dia. Na maioria das vezes, as limitações são consequências de sua própria condição física muito afetada pela doença¹².

Com intuito de promover condições que melhorem a qualidade de vida da pessoa com tuberculose na perspectiva da integralidade das ações, os profissionais que atuam no programa de controle são desafiados à resolução dos problemas contingenciais que afetam diretamente a pessoa e os de sua convivência. A monitorização dos problemas vivenciados por estes sujeitos e o apoio adequado podem otimizar a adesão ao tratamento, aumentando o número de casos de sucesso terapêutico. Para isso, os gestores de cuidados de saúde devem incluir em sua análise, além de indicadores de mudança na frequência e agravamentos da doença, indicadores de bem-estar, pois só assim poderão compreender a essência dos cuidados de saúde prestados¹⁸.

Embora a TB seja curável, existe ainda “um impacto significativo sobre a QV” da pessoa doente. Mesmo que os sujeitos do estudo tenham referido apresentar boa QV, é necessário reconhecer que a TB muda a vida das pessoas, principalmente em relação ao tratamento medicamentoso.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, pode-se concluir que a TB atinge todo o universo do indivíduo, em função das consequências físico-orgânicas, psicoafetivas e sociais. Verificou-se que a QV global está mais associada ao domínio psicológico e ambiental. Assim, ressalta-se que, na relação existente entre a qualidade de vida e a integralidade, há a necessidade de que as ações de saúde sejam implementadas e consolidadas com pactuação entre o doente, o profissional e a família. Destaca-se que o princípio norteador da integralidade das ações favoreça a implementação de estratégias para o incremento da qualidade de vida dos clientes, em especial no atendimento das doenças estigmatizadas, como é o caso da

TB, pois os profissionais de saúde com suas práticas são elementos-chave na melhoria das condições físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos sob sua responsabilidade.

Assim, na prestação de cuidados de enfermagem em que a integralidade da atenção em saúde perpassa o atendimento das necessidades de cada indivíduo singular, quer estas necessidades estejam implícitas ou explícitas, importa valorizar a subjetividade e a individualidade de cada sujeito, justificando-se a importância da avaliação que a própria pessoa faz da sua vida e saúde. Este é um aspecto central quando pensamos em redução de danos e de vulnerabilidade social, com vistas ao êxito do processo terapêutico e ao alcance de melhores níveis de qualidade de vida para os usuários das unidades de saúde.

Cabe considerar como limitação deste estudo o tamanho da amostra, sugerindo-se que outros estudos com ampliação do tamanho amostral possam ser realizados na perspectiva da avaliação da qualidade de vida, como aspecto relevante no tratamento e controle da tuberculose em comunidades.

REFERÊNCIAS

- 1-Pinheiro R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. REME rev. min. enferm. 2005 abr-jun; 9(2): 174- 179.
- 2- Viegas, S.M.F, Penna, C.M.M .A Construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc Anna Nery. 2013 jan -mar; 17(1): 133-41.
- 3-Viegas SMF, Hemmi APA, Santos RV, Penna CMM. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. Physis (Rio J.) (Online). 2010 [Citado 2012 maio 28]; 20(3): 769-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a05.pdf>>.
- 4-Valentim IVL, Krueel AI. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva (Online). 2007 Jun [Citado 2012 maio 28];12(3): 777-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=en&nrm=iso>.
- 5- Ministério da Saúde (Brasil). Manual Técnico para o controle da TB: cadernos de atenção básica. Brasília (DF): MS; 2010.
- 6-Silva JR., Barbosa J. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo; 2008.
- 7-LEMOS, Larissa de Araújo; FEIJAO, Alexandra Rodrigues; GIR, Elucir and GALVAO, Marli Teresinha Gimenez. Aspectos da qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose. Acta paul. enferm. (Online). 2012 [citado 2013 set. 05], 25(n. esp.): 41-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>
- 8-Fleck MPA. A avaliação de QV: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
- 9-Dhuria M, Sharma N, Ingle GK. Impacto of tuberculosis on the quality of life. Indian J. Community Med. 2008; 33(1): 58-9.
- 10- Dourado VZ. Influência de características gerais na QVde pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol. 2004 maio-jun; 30(3): 207-14.
- 11-Arcêncio, R.A. et al. City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo state, Brazil. 2008 maio; Int. Tuberc. Lung. Dis;12(5): 27-531.
- 12-Miranda AE, et al. Tuberculosis and AIDS co-morbidity in Brazil: linkage of the tuberculosis and AIDS databases. Braz J Infect Dis. 2009; 13(2):137-41.
- 13- Neto LMS et al. Enteroparasitosis prevalence and parasitism influence in clinical outcomes of tuberculosis patients with or without HIV co-infection in a reference hospital in Rio de Janeiro (2000-2006). Braz J Infect Dis. 2009;13(6): 427-32.
- 14-Neves, L.A.S et al, Perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos com tuberculose. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(3): 704-10.
- 15-Guo N, Marra F, Marra CA. Measuring health-related quality of life in tuberculosis: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2009; 18(1): 7-14.
- 16- Rodrigues ILA , Souza MJ. Representações Sociais de clientes sobre a TB: desvendar para melhor cuidar. Esc Anna Nery . 2005 abr; 9(1): 90-7.
- 17-Pungrassami P, Kipp AM, Stewart PW, Chongsuvivatwong V, Strauss RP, Van Rie A. Tuberculosis and aids stigma among patients who delay seeking care for tuberculosis symptoms. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(2): 181-7.
- 18-Eram U, Khan IA, Tamanna Z, Khan Z, Khaliq N, Abidi AI. Patient perception of illness and initial reaction. Indian J Community Med. 2006; 31(3): 198.