

Relatos de uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas entre pacientes em tratamento para tuberculose

Reports of tobacco, alcohol and illicit drug use among patients undergoing treatment for tuberculosis

DOI:10.34119/bjhrv3n5-278

Recebimento dos originais: 08/09/2020

Aceitação para publicação: 21/10/2020

Roberta Lima de Oliveira

Enfermeira Assistencial, especialista da Fundação de Medicina tropical Dr. Heitor Vieira Dourado -FMT/HVD: Av: Pedro Teixeira, 25, Dom Pedro, Cep 69040-000, Manaus, Brasil.
E-mail: roberta.enf1@outlook.com

Louan Soares de Azevedo

Odontologia da Universidade Nilton Lins, programa de iniciação científica-PIBIC. Av. Prof. Nilton Lins, 3259 – Flores, CEP: 69058-030 – Manaus, AM – Brasil.
E-mail: louansoares@gmail.com

Elizabeth da Silva de Macêdo

Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Nilton Lins-UNINILTON LINS. Av. Prof. Nilton Lins, 3259 – Flores, CEP: 69058-030 – Manaus, AM – Brasil.
E-mail: elizabethmacedos@gmail.com

Maria Luana Pereira Aguiar

Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Nilton Lins-UNINILTON LINS. Av. Prof. Nilton Lins, 3259 – Flores, CEP: 69058-030 – Manaus, AM – Brasil.
E-mail: luanaaguiar28@gmail.com

Adriana Sales de Abreu

Enfermeira especialista assistencial na Fundação de Medicina tropical Dr. Heitor Vieira Dourado -FMT/HVD: Av: Pedro Teixeira, 25, Dom Pedro, Cep 69040-000, Manaus, Brasil.
E-mail: adrianajg0227@gmail.com

Layne Beatriz Privado

Enfermeira especialista assistencial na Fundação de Medicina tropical Dr. Heitor Vieira Dourado -FMT/HVD: Av: Pedro Teixeira, 25, Dom Pedro, Cep 69040-000, Manaus, Brasil.
E-mail: layne_enfermagem@hotmail.com

Maria Helane Belizario Nascimento

Enfermeira especialista assistencial na Fundação de Medicina tropical Dr. Heitor Vieira Dourado -FMT/HVD: Av: Pedro Teixeira, 25, Dom Pedro, Cep 69040-000, Manaus, Brasil.
E-mail: belizariohelanee@gmail.com

Hellen Ziza Valente Portela de Azevedo

Assistente social da Fundação de Medicina tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD: Av: Pedro Teixeira, 25, Dom Pedro, Cep 69040-000, Manaus, Brasil.
E-mail: ziza.adventistas@gmail.com

Arimatéia Portela de Azevedo

Mestre em Enfermagem, Presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD. Docente da Universidade Nilton Lins/UNINILTONLINS. Manaus (AM), Brasil.
E-mail: arimateia@fmt.am.gov.br

RESUMO

Introdução: A incorporação da prevenção ao tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas entre as pessoas com tuberculose deve ser sempre evidenciada. **Objetivo:** registrar a ocorrência de relatos de tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas entre pacientes com tuberculose internados. **Metodologia:** tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo de uma amostra de conveniência composta de informações obtidas por meio de entrevistas a paciente (beira-leito) em convalescência de tuberculose pulmonar, ainda em pleno tratamento, sendo bacilífero ou não. **Resultado:** Foram entrevistados 51 pacientes em isolamento por aerossol, destes 63,6% eram do gênero masculino e em algum momento durante o tratamento 10% fizeram uso de drogas ilícitas, 55% cigarros e 35% consumiram bebidas alcoólicas. **Conclusão:** cabe o amparo multiprofissional para suprir algumas necessidades humanas básicas pois é notório a existência de descontinuidade do tratamento em virtude de recaídas pelo desejo de voltar a utilizar algumas substâncias viciantes.

Palras-chave: tuberculose, tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas, infectologia

ABSTRACT

Introduction: The incorporation of prevention of smoking, alcoholism and use of illicit drugs among people with tuberculosis must always be evidenced. **Objective:** to register the occurrence of reports of smoking, alcoholism and use of illicit drugs among hospitalized tuberculosis patients. **Methodology:** this was a descriptive, prospective study of a convenience sample composed of information obtained through interviews with a patient (bedside) in convalescence of pulmonary tuberculosis, still in full treatment, whether bacilliferous or not. **Result:** 51 patients in aerosol isolation were interviewed, of whom 63.6% were male and at some point during treatment 10% used illicit drugs, 55% cigarettes and 35% consumed alcoholic beverages. **Conclusion:** it is up to the multiprofessional support to meet some basic human needs, as there is a notable discontinuity of treatment due to relapses due to the desire to return to using some addictive substances.

Key words: tuberculosis, smoking, alcoholism, illicit drugs, infectious diseases

1 INTRODUÇÃO

O tratamento das pessoas tabagistas com tuberculose é de suma importância, além de promover um atendimento oportuno para o cessamento do uso do tabaco durante o tratamento de tuberculose^{1,2}.

O paciente deve ser estimulado a cessar o tabagismo durante o tratamento de tuberculose portanto, melhores práticas assistenciais à pessoa com tuberculose que deseja abandonar o uso do tabaco devem ser estabelecidas pelos serviços que realizam a atenção à tuberculose e ao tabagismo^{4,9}.

Sabe-se que a tuberculose (TB) é uma doença bacteriana crônica, infectocontagiosa e de distribuição universal prevalente e para o seu controle é necessário o desenvolvimento de estratégias sob os aspectos humanitários, econômicos e de Saúde Pública^{5,12}.

Essa enfermidade é transmitida principalmente por via aérea, de uma pessoa a outra. A infecção ocorre, primeiramente, pela inalação de gotículas que contenham os Bacilos de Koch (BKs) expelidas pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa com a doença ativa nas vias respiratórias (pulmão ou garganta). A TB não é transmitida através de apertos de mão, compartilhamento de comida, bebida ou escovas de dente, contato com roupas de cama, assentos sanitários ou beijo^{3,6}.

Quando as bactérias causadoras da TB entram em contato com o hospedeiro, três situações podem ocorrer: a resposta imune do hospedeiro elimina completamente o agente; o sistema imune não consegue controlar a replicação dos bacilos, causando a tuberculose primária; ou o sistema imune consegue conter as bactérias em granuloma, de forma latente, podendo provocar a tuberculose pós-primária ao escapar do sistema imune⁷.

O tabagismo foi identificado como um fator de risco para a tuberculose desde 1918. Durante a última década, vários estudos científicos vêm demonstrando uma significativa associação entre os tabagismos ativo e passivo e a tuberculose⁹.

Assim como o tabagismo, a tuberculose (TB) permanece como um dos principais problemas de saúde pública na maioria dos países do mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*¹⁶.

Pesquisas mostraram que o alcoolismo, drogadição, tabagismo, efeitos adversos do tratamento, baixo nível de escolaridade, baixo nível socioeconômico, estado geral debilitado, melhora dos sintomas são fatores que levaram ao abandono do tratamento da tuberculose⁸.

Estima-se que, em todo o mundo, 1,3 bilhão de pessoas consuma tabaco e que a maioria delas viva em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, onde as taxas de tuberculose

também são maiores. Portanto, o maior impacto do tabagismo em termos de problemas de saúde pública relacionados à infecção é o aumento do risco de tuberculose^{9, 10}.

A associação entre o consumo de álcool e a tuberculose é longamente conhecida, embora tenha havido resultados não conclusivos relacionados a vários fatores, porque ainda não se sabe se o risco aumentado de tuberculose é devido ao uso de álcool causando danos ao fígado e deficiência nutricional, ou por fatores sociais, como aglomeração, desnutrição, falta de moradia e prisão, independentemente do consumo de álcool. No entanto, estudos demonstram que o uso de álcool altera significativamente a resposta imune, aumentando a suscetibilidade a doenças respiratórias, como a tuberculose¹¹.

Dados epidemiológicos sugerem que a relação entre tuberculose e uso de drogas ilícitas está aumentando, levando a um problema de saúde pública, pois envolve aspectos políticos, humanos, sociais e econômicos¹⁴.

A presença de usuários de drogas ilícitas infectados por tuberculose em famílias e comunidades é um fator crucial na manutenção da cadeia da transmissão da tuberculose. Entre os usuários de drogas ilícitas, a infecção por *M. tuberculosis* e a progressão para a doença ativa, são promovidas por vários fatores¹³.

A exposição à fumaça do tabaco está significativamente associada com recidiva de TB e sua mortalidade. Notadamente há um sinergismo negativo entre as duas doenças citadas. O fumo, alterando todos os mecanismos de defesa da árvore respiratória e reduzindo a concentração de oxigênio no sangue colabora com a gravidade das lesões necrotizantes, além de prejudicar e tornar mais lenta a cicatrização, o que pode gerar sequelas mais extensas¹⁰.

Como o uso do tabaco vem a cada dia sendo mais aceito como fator de risco para desenvolvimento da TB doença, a colaboração entre os programas de controle da TB e do tabaco em nível nacional pode ser verdadeiramente benéfica e gerar resultados positivos com impacto na saúde pública^{9, 10}.

Existem vários fatores associados ao abandono do tratamento dentre eles há cinco fatores principais: aspectos sociodemográficos; aspectos relacionados aos serviços de saúde e ao tratamento da doença; a ocorrência de outras doenças, principalmente crônicas; o cuidado em saúde e o uso de drogas^{15, 16}.

Esse fator pode ser atribuído às dificuldades inerentes à um processo de dependência química, em detrimento da responsabilidade necessária e exigida pelo Serviço de Saúde para manter a regularidade do tratamento, existindo uma estreita relação entre o uso de drogas, lícitas

ou ilícitas, com a não adesão ao tratamento da TB, tanto auto administrada quanto supervisionada¹⁷.

Um dos principais motivos do abandono de tratamento de tuberculose está associado ao consumo de drogas, e em especial ao consumo de álcool e tabagismo. O uso de múltiplas drogas (tabaco, álcool, maconha e crack) no grupo 60 do abandono estava presente em 52% dos pacientes, enquanto nos pacientes que concluíram o tratamento esse número foi de 9,3%. No entanto, o uso de drogas ditas lícitas no grupo que concluiu o tratamento se mostrou bastante presente⁷.

A Posição socioeconômica desfavorável (pobreza), sexo masculino, idade adulta, comorbidade de tuberculose e Aids, diabetes, alcoolismo, dependência química, tabagismo, má nutrição e barreiras de acesso aos serviços de saúde têm sido associados à tuberculose na literatura científica. O reconhecimento dos fatores associados à ocorrência de tuberculose expõe a complexidade do problema e a necessidade de estabelecerem-se novas estratégias para o seu enfrentamento. O alcoolismo exerce influência sobre o prognóstico e o tratamento da tuberculose (TB), visto que há alta incidência de casos e de formas mais avançadas de TB pulmonar entre pacientes alcoolistas¹³.

O Papel que a fumaça do cigarro desempenha na patogênese da tuberculose está relacionado à disfunção ciliar, a uma resposta imune reduzida e a defeitos na resposta imune de macrófagos, com ou sem uma diminuição da contagem de CD4, aumentando a suscetibilidade à infecção por *Mycobacterium tuberculosis*¹⁹.

A necessidade da inclusão familiar como um ponto positivo ao tratamento e reabilitação do doente é necessária de modo a favorecer que tenham maior compreensão das formas de transmissão, permitindo que essas pessoas possam manter suas relações pessoais e íntimas de forma mais confiante¹⁸.

Além de tudo, o Ministro da Saúde tem se pautado, particularmente no combate à coinfeção Tuberculose – TB/Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e na perspectiva da descentralização das ações de controle com ênfase absoluta na atenção básica^{2, 18}.

O estilo arriscado de vida desses usuários; as condições de habitação superlotadas; a acumulação e o isolamento de pessoas em ambientes fechados para o consumo de drogas ilícitas; a partilha de materiais como cachimbos; a desnutrição e a tosse grave apresentadas por muitos usuários; a propagação da infecção por imunodeficiência humana (HIV) entre usuários de drogas ilícitas; e o elevado número de detentos tem aumentado o número de infectados pelo Bacilo de *Koch*¹⁷.

A coinfeção tuberculose/HIV alterou as perspectivas de controle da tuberculose no mundo, levando a um aumento na incidência e em sua morbidade e mortalidade. O risco de adoecimento por tuberculose é 20-37 vezes maior em infectados pelo HIV, destacando-se como uma das principais causas de morte entre esses¹⁷.

A tuberculose é responsável por mais de um quarto das mortes entre pessoas que vivem com o HIV, e a doença é um dos critérios de definição de AIDS. Destaca-se que, relativamente, mais mulheres apresentam a coinfeção tuberculose/HIV em países onde a taxa de infecção pelo HIV é maior que 1%. As medidas propostas para o controle dessa epidemia incluem, principalmente, o diagnóstico precoce e a profilaxia da tuberculose, assim como a terapia antirretroviral para infectados pelo HIV¹⁸.

A TB é a principal doença oportunista entre pessoas HIV positivas, enquanto o HIV é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da TB. Hoje grande parte dos estudos se concentra em problemas associados no diagnóstico das duas doenças, incluindo o medo e o estigma do teste do HIV por pacientes com tuberculose¹⁴.

De acordo com diretrizes da OMS o esquema de tratamento deve ser feito com a utilização de 04 drogas (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), durante seis meses sem sofrer interrupções. Este esquema de tratamento foi iniciado no Brasil somente a partir de 2010. Como o uso do tabaco vem a cada dia sendo fator de risco para desenvolvimento da TB doença, a colaboração entre os programas de controle da TB e do tabaco em nível nacional pode ser verdadeiramente benéfica e gerar resultados positivos com impacto na saúde pública¹⁰.

Entretanto, quando ocorre uma interrupção da terapia o protocolo é alterado e são utilizados outros medicamentos que apresentam efeitos colaterais mais acentuados e maior duração no tratamento entre 18 e 24 meses¹⁴.

Portanto, é importante identificar os principais problemas enfrentados durante o tratamento no intuito de que sejam elaboradas e implantadas intervenções que contribuam para adesão ao tratamento e conseqüente declínio das taxas de morbidade e mortalidade relacionadas a essa patologia¹³.

Homens são mais vulneráveis à infecção e adoecimento por TB em decorrência de estarem mais suscetíveis aos fatores de risco para doença, tais como: maior presença no mercado de trabalho, menor utilização dos serviços de saúde, maior prevalência de infecção pelo HIV, etilismo e uso abusivo de drogas⁵.

Portanto, o objetivo principal deste estudo foi registrar a ocorrência de relatos de tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas entre pacientes com tuberculose internados.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo de uma amostra de conveniência composta de informações obtidas por meio de entrevistas a paciente (beira-leito) em convalescência de tuberculose pulmonar, ainda em pleno tratamento, sendo bacilífero ou não. A coleta de dados aconteceu seguindo a seguinte ordem: apresentação dos objetivos do estudo ao paciente, assinatura do TCLE e coleta das informações sobre o perfil social e clínico e o provável uso de drogas ilícitas, álcool ou fumo durante o tratamento. Foram utilizados para a pesquisa apenas informações de pacientes internados maiores que dezoito anos, que aceitaram participar da pesquisa.

Este estudo foi executado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEP conforme a portaria 466/12 com o número de CAAE 08533019.6.0000.0005 e comprovante número de parecer: 3.213.887. O estudo foi realizado em um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas no Amazonas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 51 pacientes em isolamento por aerossol, destes, 63,6% eram do gênero masculino, 81,8% informaram ser divorciado, 63,6% tinham filhos e 38,1% se declararam serem os únicos provedores do lar e a idade destes eram entre 23 a 50 anos. Também 18,1% relataram que não tiveram nenhum tipo de orientação sobre como se comportar em isolamento durante a internação.

Quadro 01: perfil socioeconômico dos pacientes internados com tuberculose no período proposto;

Tipo de perfil	Resultados	
➤ Perfil familiar	Status	%
Número de filhos	>De três	85,7
Declara-se chefe de família	Sim	38,1
➤ Perfil financeiro	Status	%
Ocupação	Desempregado	71,4
Renda	Sem renda familiar	19,5
➤ Perfil da moradia	Alvenaria	80,9
➤ Tipo de residência	Alugada	23,8
➤ Grau de instrução	Ensino fundamental	47,6

Fonte: Dados da pesquisa

Autores enfatizam que a pobreza aumenta o risco de HIV/AIDS e TB, por promover maior exposição e vulnerabilidade às infecções, como também à capacidade diminuída para lidar com

as consequências da doença em razão da deficiência de acesso a serviços preventivos, diagnósticos e curativos¹⁶.

A Distribuição espacial dos coeficientes de incidência TB/HIV apresentou correspondência com níveis socioeconômicos dos moradores dos setores censitários, onde as áreas com piores níveis eram as que apresentavam maiores incidências. Deste modo, verifica-se que o agravamento das condições sociais e econômicas resulta em uma degradação significativa das condições de vida, aumentando a vulnerabilidade e, conseqüentemente, o risco de adoecer por TB/HIV¹².

Gráfico 01: Demonstrativo de quantos utilizaram fumo, drogas ilícitas ou álcool antes ou durante o tratamento;



Fonte: Dados da pesquisa

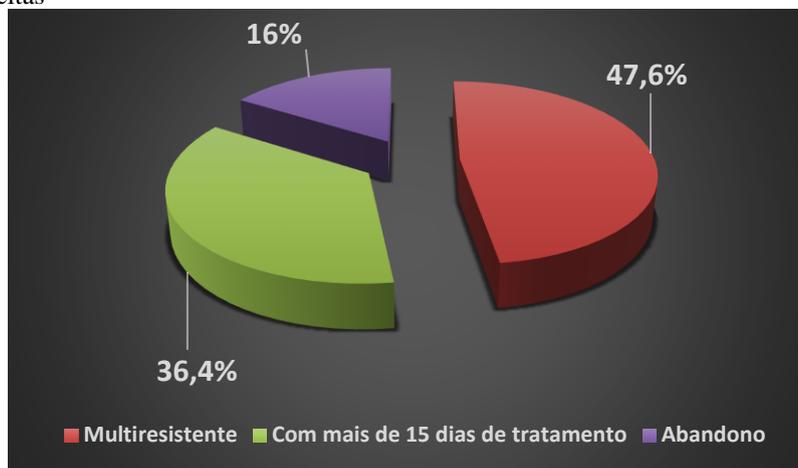
As taxas de mortalidade relacionadas à tuberculose são significativamente maiores em fumantes do que em não fumantes. Os autores estimaram que o tabagismo produzirá mais de 18 milhões de casos de tuberculose e de 40 milhões de mortes se o número de fumantes em todo o mundo continuar a aumentar na taxa atual. Eles também estimaram que, entre 2010 e 2050, o tabagismo será responsável por um aumento de 7% no número de novos casos de tuberculose (de 256 milhões para 274 milhões) e um aumento de 66% no número de mortes relacionadas à tuberculose (de 61 milhões para 101 milhões), o que torna ainda mais problemático alcançar os objetivos de controle da tuberculose estabelecidos pela OMS¹⁸.

Segundo a OMS, aproximadamente 10% das pessoas que vivem em grandes centros urbanos consomem substâncias psicoativas, independentemente do sexo, idade, nível de escolaridade ou status social. Isso foi confirmado em um estudo sobre grandes centros urbanos no Brasil¹⁹.

O Abuso de álcool influencia não apenas a incidência de tuberculose, mas também sua evolução clínica e seus desfechos. Os indivíduos com TUA são considerados mais infectáveis que

aqueles que não a têm, pois o TUA tem sido associado à descoberta de doença cavitária. Atualmente, a via de administração mais utilizada é a inalação, especialmente sob a forma de crack (ou base livre) por fumo^{1,19}.

Gráfico 02: Registrar os casos de abandono de tratamento tendo como fator predisponentes a dependência de álcool, tabaco ou drogas ilícitas



Fonte: Dados do estudo

A Prevalência de casos de TB entre homens é comum em todas as faixas etárias. Isso ocorre devido à maior exposição dos homens a fatores de risco para a TB, ou em virtude das diferenças culturais no desempenho de papéis entre os sexos, que engloba, entre outros, a procura limitada pelos serviços de saúde por parte dos homens, além do estilo de vida de cada indivíduo⁸.

O consumo de drogas ilícitas, álcool e tabaco associado à TB representa um grande desafio para a saúde global, pois cria uma vulnerabilidade social que dificulta o controle da doença. Além de a interação nociva destas drogas com o organismo do doente comprometer sua capacidade de compreensão sobre a importância do tratamento, e dificultar a atuação dos profissionais de saúde, geralmente a abordagem deste problema ocorre de forma fragmentada, por meio de ações e programas coordenados por infectologistas, psiquiatras e pneumologistas, ao invés de uma abordagem integrada⁴.

Além do alcoolismo e das drogas ilícitas, o tabagismo também ocupa espaço importante na manutenção da cadeia de transmissão da TB, assim como na sua potencialização. Fumar aumenta o risco da tuberculose de infecção latente (TBIL), da progressão da TB ativa, de atraso e negatificação do exame de escarro, reduz a adesão ao tratamento, aumenta a recidiva e contribui para a multirresistência. Os fumantes apresentam risco 2,5 vezes maior de TB recorrente, comparados aos não fumantes, além de apresentarem menor adesão ao tratamento. Ainda, a inalação da fumaça de forma passiva, pode aumentar o risco de TB intra-domiciliar¹¹.

Considerando a vulnerabilidade que permeia a relação TB versus consumo de drogas lícitas e ilícitas, é imprescindível que os profissionais dos serviços de atenção básica identifiquem doentes nestas condições, orientando-os e implementando medidas que busquem a redução do consumo de drogas, para potencializar a eficácia do tratamento. A comunicação entre profissional de saúde e doente é fundamental para a criação de vínculo e o estabelecimento de um relacionamento de confiança, que permita o bom andamento do tratamento, especialmente quando se trata de usuários de drogas ilícitas⁷.

4 CONCLUSÃO

Embora a tuberculose represente grandes riscos, o uso de álcool, drogadição e tabagismo são fatores que implicam na saúde. A abordagem sobre o controle do consumo desses produtos durante o tratamento para a tuberculose torna-se ainda mais relevante quando trata-se de pacientes imunossuprimidos. Cabe o amparo multiprofissional para suprir algumas necessidades humanas básicas pois é notório a existência de descontinuidade do tratamento em virtude de recaídas pelo desejo de voltar a utilizar algumas substâncias viciantes.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA RR, et al. Cocaine-induced pulmonary changes: HRCT findings. *J Bras Pneumol*. 2015;41(4):323-30. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000000025>
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 66, p. 56-57, 8 abr. 2013.*
3. BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico – Especial Tuberculose, 2012. Visualizado em outubro de 2019 em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3563.pdf>
4. CARVALHO RN et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. *Saúde Debate* 2014;38(102):572-81. Visualizado em março de 2020 em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1313/4131>
5. CHAVES EC et al. Diagnóstico da tuberculose pulmonar em idosos de um hospital universitário no período 2009-2013, Belém, Pará. *REV BRAS Ciênc do envelhecimento humano (RBCEH)*, v.13, n.3, p.299-308, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v13i2.6558>
6. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, Possibilidades de atuação da psicologia na ação programática da tuberculose [Internet]. 2.ed. Brasília, DF; 2013. [acesso em 2017 fev. 14]. Disponível em: http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/conasemscrepop_grafica4.pdf.
7. FARIA NMX, FIORI NS, MEUCCI RD, FASSA AG. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em fumicultores do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016;32(7):e00123115. Visualizado em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1313/4131>
8. FIORI NS, FARIA NMX, MEUCCI RD, FASSA AG. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em fumicultores do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016;32(7):e00123115. Visualizado em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1313/4131>
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011. Tratamento diretamente observado (tdo) da tuberculose na atenção básica. Visualizado em outubro de 2019 em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3152.pdf>
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2010. Visualizado em outubro de 2019: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Percep%C3%A7%C3%B5es Pacientes.pdf>

11. NOVOTNY TE, et al. HIV/AIDS, tuberculose e tabagismo no Brasil: uma sindemia que exige intervenções integradas. *Cad Saúde Pública* 2017;33Sup3:e00124215. Visualizado em março de 2020 em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1313/4131>
12. PEDRO HSP, et al. Cenário atual da tuberculose. *Hansen Int* 2014; 39 (1):40-55. Visualizado em fevereiro de 2019: http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12229
13. PORTELA MC, et al. Programa de controle da tuberculose e satisfação dos usuários, rio de janeiro. *revista de saúde pública*, v. 48, n.3, p. 497-507, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0497.pdf >.
14. RABAHI MF, et al. Tratamento da tuberculose. *jornal brasileiro de pneumologia*, v.43, n.5, p.472-486, 2017. Disponível em: . Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562016000000388>
15. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – Ministério da Saúde (Brasil). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Visualizado em março de 2020 em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34574/1/2018_ClarisseLisboaDeAquinoRocha.pdf
16. SILVA DR, et al. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. *JBrasPneumol.* 2018;44(2):145-152. Visualizado em fevereiro de 2019: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n2/pt_1806-3756-jbpneu-44-02-00145.pdf
17. UNITED Nations Office on Drugsand Crime [homepage onthe Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugsand Crime; c2017 [cited 2017 Dec1]. World Drug Report 2017 [about2screens]. Availablefrom: <https://www.unodc.org/wdr2017/index.html>.
18. WHO LIBRARY Cataloguing- Priority research questions for tuberculosis/human immunodeficiency virus (TB/ HIV) in HIV-prevalent and resource-limited settings. WHO/HTM/TB/2010.8. Visualizado em outubro de 2019 em: http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2012/n_01/06.pdf
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e diretrizes Terapêuticas - dependência à nicotina. *Diário Oficial da União: seção 1*, ano 153, n. 118, p. 68-69, 22 jun. 2016.