

RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO NAS PRÁTICAS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE DE INDIVÍDUOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE

TRACKING DEPRESSION IN PRIMARY HEALTH CARE PRACTICES FOR INDIVIDUALS SICK WITH TUBERCULOSIS

SEGUIMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LAS PERSONAS ENFERMAS DE TUBERCULOSIS

Teresa Cristina Ferreira da Silva¹

Thiago Nascimento do Prado¹

Paula Pinheiro Gerszt¹

Isadora Bianchi Daré¹

Carolina Maia Martins Sales¹

Anne Caroline Barbosa Cerqueira Vieira¹

Ethel Leonor Noia Maciel¹

(<https://orcid.org/0000-0003-2722-0364>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8132-6288>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2398-7130>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7507-6507>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2879-5621>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2464-6423>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4826-3355>)

Descritores

Atenção primária à saúde;

Questionário de saúde do paciente;

Sintomas depressivos; Tuberculose

Descriptors

Primary health care; Patient

health questionnaire; Depressive

symptoms; Tuberculosis

Descriptores

Atención primaria de salud;

Cuestionario de salud del paciente;

Sintomas depresivos; Tuberculosis

Recebido

22 de Janeiro de 2021

Aceito

18 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído de
dissertação de mestrado, intitulada

Sintomatologia depressiva em

pacientes com tuberculose na

região metropolitana do Espírito

Santo, defendida em 2020, no

Programa de Pós-Graduação

em Saúde Coletiva (PPGSC) da

Universidade Federal do Espírito

Santo, Vitória (ES) Brasil.

Autor correspondente

Teresa Cristina Ferreira da Silva

E-mail: teresacristina.fafia@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a sintomatologia depressiva entre pessoas em tratamento da tuberculose em unidades básicas de saúde.

Métodos: Estudo descritivo, de corte transversal realizado entre agosto de 2019 e março de 2020 em municípios metropolitanos do estado do Espírito Santo. Foram coletados dados socioeconômicos, comportamentais e clínicos em entrevista, e rastreados os sintomas depressivos pelo questionário de saúde do paciente.

Resultados: Da amostra de 92 pacientes, predominou o sexo masculino (67%), pretos/pardos (85%), idade média 41,5 anos, (50%) solteiros, sem concluir o ensino fundamental (43%), desempregados (63%), das classes socioeconômicas C, D e E (89%), desamparados por programa de transferência de renda (86%). Rastreados 48% (44) da amostra com sintomatologia depressiva, 81% (74) com gravidade leve a grave, predomínio do sintoma fadiga (84%), presença do humor deprimido e anedonia em 58% (53).

Conclusão: A sintomatologia depressiva na população estudada apresentou frequência relevante e potencial para prejudicar a vida pessoal, social e estado de saúde das pessoas em tratamento da tuberculose. Assim, na perspectiva do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, o rastreamento da depressão e das suas manifestações pode expandir as ações de cuidado e prevenção centradas no paciente com tuberculose e reduzir os efeitos combinados da tuberculose e da depressão.

ABSTRACT

Objective: To describe depressive symptoms among people undergoing tuberculosis treatment in basic health units.

Methods: Descriptive, cross-sectional study conducted between August 2019 and March 2020 in metropolitan municipalities in the state of Espírito Santo. Socioeconomic, behavioral and clinical data were collected in an interview, and depressive symptoms were tracked using the patient's health questionnaire.

Results: From the sample of 92 patients, male (67%), black / brown (85%), average age 41.5 years, (50%) were single, without completing elementary school (43%), unemployed (63%), from socioeconomic classes C, D and E (89%), abandoned by the cash transfer program (86%). 48% (44) of the sample were screened with depressive symptoms, 81% (74) with mild to severe severity, predominance of the fatigue symptom (84%), presence of depressed mood and anhedonia in 58% (53).

Conclusion: Depressive symptoms in the studied population showed a relevant and potential frequency to harm the personal, social and health status of people undergoing tuberculosis treatment. Thus, in the perspective of the National Plan for the End of Tuberculosis, the screening of depression and its manifestations can expand the care and prevention actions focused on the patient with tuberculosis and reduce the combined effects of tuberculosis and depression.

RESUMEN

Objetivo: Describir síntomas depresivos en personas en tratamiento antituberculoso en unidades básicas de salud.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, realizado entre agosto de 2019 y marzo de 2020 en municipios metropolitanos del estado de Espírito Santo. Los datos socioeconómicos, conductuales y clínicos se recopilaron en una entrevista y los síntomas depresivos se rastrearon mediante el cuestionario de salud del paciente.

Resultados: De la muestra de 92 pacientes, hombres (67%), negros / pardos (85%), edad promedio 41,5 años, (50%) eran solteros, sin completar la escuela primaria (43%), desempleados (63%), de las clases socioeconómicas C, D y E (89%), abandonadas por el programa de transferencias monetarias (86%). El 48% (44) de la muestra fueron cribados con síntomas depresivos, 81% (74) con gravedad leve a severa, predominio del síntoma de fatiga (84%), presencia de estado de ánimo depresivo y anhedonia en 58% (53).

Conclusión: Los síntomas depresivos en la población estudiada mostraron una frecuencia relevante y potencial para dañar el estado personal, social y de salud de las personas en tratamiento antituberculoso. Así, en la perspectiva del Plan Nacional para el Fin de la Tuberculosis, el seguimiento de la depresión y sus manifestaciones puede ampliar las acciones de atención y prevención enfocadas al paciente con tuberculosis y reducir los efectos combinados de la tuberculosis y la depresión.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Como citar:

Silva TC, Prado TN, Gerszt PP, Daré IB, Sales CM, Vieira AC, et al. Rastreamento da depressão nas práticas de cuidados primários à saúde de indivíduos adoecidos de tuberculose. *Enferm Foco*. 2021;12(4):675-81.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4469>

INTRODUÇÃO

O estado de sofrimento psíquico dado pela depressão afeta significativamente a capacidade funcional do indivíduo, através de sintomas que englobam a variação do humor, anedonia, alteração do apetite e sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade, dificuldade de concentração e ideação suicida.⁽¹⁾ Tal quadro psicopatológico pode afetar negativamente o desfecho da tuberculose (TB) com abandono do tratamento, resistência medicamentosa, propagação da transmissão e morte.⁽²⁾

Isoladamente, a depressão é encontrada em 4,4% da população mundial,⁽³⁾ em 9,7% brasileiros adultos⁽⁴⁾ e pode alcançar 50% entre pacientes em tratamento de TB.⁽²⁾ Como doença transmissível global, a TB está entre as 10 principais causas de morte, com disseminação e controle preocupante, devido a padrões invariavelmente ligados às condições socioeconômicas e à estrutura do sistema de saúde.⁽⁵⁾ O Brasil está entre países de alta carga da doença tendo 2,2 óbitos/100 mil habitantes e coeficiente de incidência 37,4 casos/100 mil habitantes em 2019, com queda para 31,6 casos/100 mil habitantes em 2020. No estado do Espírito Santo (ES) foram registrados 1.129 casos novos e 1,8 óbitos/100 mil habitantes em 2019.⁽⁶⁾

Neste cenário acrescenta-se o impacto da atual pandemia de COVID 19, iniciada em 2020, mesmo ano do primeiro marco para alcance da meta da Organização Mundial de Saúde de eliminação da TB, possivelmente afetada por implicações sobre o diagnóstico e tratamento oportuno.⁽⁷⁾ Conduto, permanece a meta do Plano Nacional pelo Fim da TB, de reduzir para menos de 10 casos de TB e menos de 1 óbito/100 mil habitantes até 2035.⁽⁸⁾ Para tanto, é fundamental a intervenção baseada nos cuidados e prevenção, integrados e centrados no paciente adoecido por TB,⁽⁵⁾ explorando dimensões subjetivas do adoecer, considerando o indivíduo como único, fragilizado por aspectos psicossociais e emocionais envolvidos no processo de adoecer e no cotidiano assistencial do tratamento.⁽⁹⁾ Assim, é importante ampliar o escopo das práticas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS),⁽¹⁰⁾ durante a terapia antituberculosa, visando identificação e intervenção precoce para diminuir a sobrecarga da depressão.⁽²⁾

Entretanto, a relação sindêmica entre TB e depressão, além de potencializar estes sérios problemas de saúde pública⁽²⁾ é pouco explorada no Brasil,⁽¹¹⁾ a despeito da magnitude no campo da saúde global e agenda 2030, visando acabar com a epidemia de TB e promover a saúde mental e bem-estar.⁽¹²⁾ Este contexto exige melhores práticas para efetivar os atributos primordiais da APS, em cuidado holístico aos usuários do Sistema Único de Saúde.⁽¹³⁾

Portanto, é relevante entender melhor a sobrecarga da depressão em pessoas com TB, especialmente em municípios de mesma região, de alta carga da doença, conhecendo elementos característicos que possam embasar as práticas de cuidados primários no controle da TB e na integralidade do cuidado a pessoa. Desta forma, este estudo tem o objetivo de descrever a sintomatologia depressiva entre pessoas em tratamento da tuberculose em unidades básicas de saúde (UBS).

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal.

A pesquisa foi realizada nas UBS que desenvolvem o Programa de Controle da Tuberculose (PCTB) em quatro municípios da região metropolitana do ES. Este conglomerado urbano compõe-se de 44% da população do estado⁽¹⁴⁾ e reuniu 56% dos casos novos de TB em 2018,⁽¹⁵⁾ além de compor o subcenário epidemiológico 1.3 do Plano Nacional pelo Fim da TB como Problema de Saúde Pública, caracterizado por melhores condições socioeconômicas e possuir populações vulneráveis.⁽⁸⁾

A população estudada foi constituída por 92 pacientes em tratamento de TB ativa. A amostra foi definida utilizando a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, sendo incluídos indivíduos em tratamento de TB ativa há pelo menos duas semanas, de todas formas clínicas, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com idade a partir de 18 anos e de ambos os sexos. Foram excluídas as pessoas em situação de rua, as privadas de liberdade e aquelas sem habilidades mínimas para ler e entender as perguntas dos instrumentos empregados na coleta de dados.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2019 a março de 2020, precedido de treinamento dos entrevistadores e estudo piloto com testagem dos instrumentos propostos.

O convite para participar do estudo ocorreu a medida que compareciam ao PCTB local e após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos foram aplicados em sala reservada, sem outras pessoas presentes, mediante entrevista, com doze minutos de duração, em média, realizada em momento anterior ou posterior ao atendimento pretendido pelo paciente na UBS.

As variáveis independentes foram obtidas empregando formulário elaborado pelos pesquisadores, semiestruturado com questões abertas e fechadas, dispostas em blocos abrangendo características demográficas, socioeconômicas, incluindo classificação (classes: A, B, C, D ou E) da

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa,⁽¹⁶⁾ hábitos de consumo de tabaco, segundo teste *Fagerström Test For Nicotine Dependence*,⁽¹⁷⁾ abuso de drogas, consumo de álcool, conforme versão resumida do *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT C),⁽¹⁸⁾ histórico de saúde geral e dados clínicos epidemiológicos da TB em tratamento, sendo estes últimos obtidos por consulta ao prontuário.

Para as variáveis dependentes solicitou-se autopreenchimento do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), por tradução, questionário de saúde do paciente, instrumento validado no Brasil em 2013,⁽¹⁹⁾ largamente empregado na triagem da depressão no âmbito da APS,⁽²⁰⁾ com sensibilidade entre 77% e 98% e especificidade de 75% a 80% demonstrada em diversos estudos.⁽²¹⁾

O PHQ-9, emprega nove perguntas com quatro opções de respostas, pontuadas de zero a três conforme duração do sintoma peculiar da depressão, ponderando “nenhum dia”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, originando escore de zero a 27 pontos.⁽²²⁾ O desfecho estudado foi presença ou não de sintomas depressivos, considerando escore igual ou superior a 10 pontos no PHQ-9.⁽²⁰⁾ A sintomatologia depressiva foi rastreada avaliando o auto relato a cada pergunta. As pontuações 1, 2 ou 3 determinaram a presença de cada sintoma, enquanto a ausência foi endossada pela pontuação zero.

Para avaliar a gravidade da sintomatologia depressiva foram considerados os escores do PHQ-9 em quatro níveis, distinguindo sintomatologia depressiva leve para pontuação 5 a 9, moderada para 10 a 14 pontos, moderadamente grave 15 a 19 pontos e sintomatologia depressiva grave para os indivíduos com pontuação 20 a 27.⁽²⁰⁾

Para o processamento dos dados, foi realizada dupla entrada no programa Microsoft Office Excel 2016. As informações foram analisadas através do programa estatístico Jamovi, versão 1.1.9.0.⁽²³⁾ A análise descritiva caracterizou a população estudada de acordo com frequências e proporções. Foram utilizadas as estatísticas de valores mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana das variáveis quantitativas.

Foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, inclusive o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob parecer número 3.235.293.

RESULTADOS

A maioria da amostra se distribuiu entre Vila Velha (37%) e Cariacica (35%). O sexo masculino predominou (67%), a idade mínima e máxima foi 18 e 85 anos, com média de

41,5 anos ($\pm 16,7$), 85% autodeclarados pretos/pardos, 50% solteiro, 43% tinham menos de 8 anos de estudo, 63% não estavam empregados. A renda individual e a familiar foi menor ou igual a 3 salários mínimos para 94% e 73%, respectivamente. As classes C, D e E reuniram 89% da amostra e 14% recebia benefícios de programas governamentais de transferência de renda (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas das pessoas em tratamento de tuberculose (n = 92)

Variáveis	Distribuição da amostra n(%)
Município	
Cariacica	32(35)
Serra	14(15)
Vila Velha	34(37)
Vitória	12(13)
Sexo	
Masculino	62(67)
Feminino	30(33)
Faixa etária em anos	
18 - 19	4(4)
20 - 59	74(81)
60 - 87	14(15)
Raça/cor	
Brancos	14(15)
Pretos/Pardos	78(85)
Situação conjugal	
Solteiro	46(50)
Casado/União Estável	34(37)
Viúvo/Separado/Divorciado	12(13)
Anos de estudo	
< 8 anos	40(43)
≥ 8 anos	52(57)
Religião	
Sim	67(73)
Não	25(27)
Empregado	
Sim	34(37)
Não	58(63)
Renda individual (em salário mínimo)*	
0	21(23)
> 0 ≤ 3	65(71)
>3	6(6)
Renda familiar (em salário mínimo)*	
0	1(1)
> 0 ≤ 3	66(72)
>3	19(21)
Não informou	6(6)
Residentes no domicílio	
1 pessoa	11(12)
≥ 2 pessoas	81(88)
Classe socioeconômica	
A-B	10(11)
C	50(54)
D-E	32(35)
Recebendo transferência de renda	
Sim	13(14)
Não	79(86)

*Salário mínimo em 2019 = R\$ 998,00

Sobre dados comportamentais dos entrevistados (Tabela 2), dos 25% de fumantes a maioria era de muito

baixo risco de dependência (11%). O uso de drogas ilícitas foi referido por 21% e o consumo de álcool por 42%, sendo 31% classificados no padrão de risco moderado a severo. Dados do histórico de saúde indicaram 34% com pelo menos uma comorbidade, incluindo 10% de pessoas vivendo com HIV/AIDS, 9% diabéticos, 3% hipertensos. O uso de medicamentos além dos tuberculostáticos não foi verificado em 59%.

Tabela 2. Hábitos de vida e histórico de saúde das pessoas em tratamento de tuberculose (n = 92)

Variáveis	Distribuição da amostra n(%)
Risco de dependência da nicotina	
Não fuma	69(75)
Muito baixo	10(11)
Baixo	5(6)
Médio	4(4)
Elevado	2(2)
Muito elevado	2(2)
Uso de drogas ilícitas	
Sim	19(21)
Não	72(78)
Não informado	1(1)
Padrão de consumo alcoólico	
Não consome	53(58)
Baixo risco	10(11)
Risco moderado, alto e severo	29(31)
Comorbidades	
HIV	9(10)
Diabetes	8(9)
Hipertensão	3(3)
Outras	11(12)
Sem comorbidades	61(66)
Medicamentos em uso	
Não usa	54(59)
Anti-hipertensivo	5(5)
Antirretroviral	6(7)
Hipoglicemiante	6(7)
Psicofármaco	5(5)
Outros	11(12)
Não informado	5(5)

Quanto aos achados clínicos e epidemiológicos (Tabela 3), 72% casos novos, 84% com TB pulmonar, 8% apresentaram TB anteriormente. Tosse (67%) e febre (42%) primeiros sintomas mais citados. Na avaliação diagnóstica, 79% radiografia sugestiva de TB, 74% baciloscopia positiva, 19% cultura positiva, 100% em esquema básico de tratamento, distribuídos 39% na fase intensiva (2 primeiros meses), 61% na fase de manutenção (4 meses subsequentes), 55% referiu efeito adverso, 97% sem Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Entre a população amostral, 48% foram rastreados com indícios de depressão, com escore ≥ 10 pontos. Quanto à gravidade dos sintomas depressivos, 81% apresentou depressão em nível variando do leve ao grave, sendo 33% leve e 19% sintomas sem gravidade. Vale destacar que os níveis

Tabela 3. Características clínico epidemiológicas dos pacientes em tratamento de tuberculose (n = 92)

Variáveis	Distribuição da amostra n(%)	
Tipo de entrada		
Caso novo	66(72)	
Recidiva	5(5)	
Reingresso	5(5)	
Transferência	16(18)	
Forma da TB		
Pulmonar	77(84)	
Extrapulmonar	11(12)	
Pulmonar e extrapulmonar	4(4)	
Histórico de TB		
Sim	7(8)	
Não	85(92)	
Primeiros sintomas (Citados)*		
Tosse	62(67)	
Febre	39(42)	
Sudorese	14(15)	
Dor torácica	20(22)	
Emagrecimento	16(17)	
Fraqueza	15(16)	
Dispneia	4(4)	
Outros	61(66)	
Contato prévio com TB		
Convívio extradomiciliar ou de trabalho	8(9)	
Convívio intradomiciliar ou familiar	23(25)	
Presídio	8(9)	
Sem contato	39(42)	
Não sabe	14(15)	
RX no diagnóstico		
Suspeito	72(79)	
Normal	4(4)	
Não realizado/ Não informado	16(17)	
Baciloscopia diagnóstica		
Positiva	68(74)	
Negativa	13(14)	
Não realizada/Não se aplica	11(12)	
Cultura diagnóstica		
Positiva	17(19)	
Negativa	1(1)	
Não realizada	29(31)	
Em andamento	45(49)	
Histopatológico diagnóstica		
BAAR positivo	6(7)	
Sugestivo de TB	10(11)	
Não sugestivo de TB	1(1)	
Não realizado	75(81)	
Baciloscopia atual		
Positiva	11(12)	
Negativa	41(45)	
Não realizada	31(34)	
Não se aplica	5(5)	
Não informado	4(4)	
Fase/mês do tratamento		
Intensiva	1º	14(15)
	2º	22(24)
	3º	14(15)
Manutenção	4º	15(16)
	5º	9(10)
	6º	18(20)

Continua...

Continuação.

Variáveis	Distribuição da amostra n(%)
Efeitos adversos ^{(citados)*}	
Intolerância gástrica	31(34)
Manifestações cutâneas	13(14)
Mudança de comportamento	7(8)
Outros	16(17)
Sem efeitos adversos	40(44)
Hospitalização por TB	
Sim	19(21)
Não	73(79)
TDO	
Sim	2(2)
Não	89(97)
Não informado	1(1)

*Facultado uma ou mais citações por entrevistado

de gravidade moderada, moderadamente grave e grave são indicativos de transtorno depressivo maior, seus percentuais somados representaram 48% (44) da amostra, conforme os dados apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Sintomatologia depressiva rastreada pelo PHQ-9 em pessoas em tratamento de tuberculose (n = 92)

Escore do PHQ-9	Distribuição da amostra n(%)
< 10	48(52)
≥ 10	44(48)
Gravidade/Escore	n(%)
Nenhuma (0-4)	18(19)
Leve (5-9)	30(33)
Moderada (10-14)	19(21)
Moderadamente grave (15-19)	15(16)
Grave (20-27)	10(11)

Os dados na tabela 5, apontam a frequência dos sintomas depressivos por item do PHQ-9, sendo considerado presente o sintoma, quando manifestado em pelo menos uma parte do tempo (pontuações 1, 2 ou 3 no item do PHQ-9). A pontuação zero definiu a ausência do sintoma. O humor deprimido e anedonia estiveram presentes em 58% da amostra. A fadiga foi evidenciada em 84% e o segundo sintoma de maior predominância foi alteração do apetite, 63%. Ideação suicida foi relatado por 17% e o sentimento de inutilidade e decepção por 39% (Tabela 5). A respeito da questão adicional, ao final dos itens do PHQ-9 e não incluída no escore, inferindo sobre o impacto dos sintomas depressivos sobre o desempenho nas atividades de vida diária e relacionamento com as pessoas, 59% dos participantes do estudo referiu enfrentar dificuldades de magnitude variando até ao extremo e 41% não referiu dificuldades causadas pelos sintomas.

DISCUSSÃO

Entre os pesquisados, a sintomatologia depressiva foi identificada em 48%, percentual notadamente superior ao

Tabela 5. Sintomas depressivos por item do PHQ-9, em pessoas em tratamento de tuberculose (n = 92)

ITEM DO PHQ-9	Distribuição da amostra n(%)
1. Pouco interesse ou prazer	
Presente	53(58)
Ausente	39(42)
2. Sentir-se deprimido(a), sem perspectiva	
Presente	53(58)
Ausente	39(42)
3. Dificuldade para dormir, manter sono ou excesso	
Presente	57(62)
Ausente	35(38)
4. Sentir-se cansado(a), com pouca energia	
Presente	77(84)
Ausente	15(16)
5. Falta de apetite ou excesso	
Presente	58(63)
Ausente	34(37)
6. Sentimento de inutilidade, que decepcionou família ou a si	
Presente	36(39)
Ausente	56(61)
7. Dificuldade de concentração, como ler, ver TV	
Presente	37(40)
Ausente	55(60)
8. Lentidão de movimento, de fala, agitação	
Presente	49(53)
Ausente	43(47)
9. Pensar ser melhor estar morto(a)	
Presente	16(17)
Ausente	76(83)

observado na população adulta brasileira de residentes em região urbana.⁽²⁴⁾ Verifica-se grande heterogeneidade entre estudos de prevalência de depressão em pessoas acometidas pela TB, como em unidade de saúde de município metropolitano do Rio de Janeiro, encontraram 60,2%,⁽¹¹⁾ percentual maior que em nosso estudo. A alternância de percentuais é mostrada em estudos internacionais semelhantes ao nosso, com menores percentuais, a exemplo da Índia (23,6%)⁽²⁵⁾ e Filipinas (16,8%).⁽²⁶⁾ Em contrapartida, a prevalência é superior, como verificado na Etiópia (51,9%)⁽²⁷⁾ e Camarões (61,1%),⁽²⁸⁾ quando consideram o ponto de corte menor que 10 do PHQ-9.

Menor parte dos sujeitos estudados (11%) apresentaram sintomas correspondentes à forma grave da depressão, como ocorreu na Etiópia em percentual mais restrito (2,7%), reforçando a recomendação da identificação e tratamento das manifestações mais graves da depressão para favorecer a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida das pessoas com TB.⁽²⁷⁾ Na Índia, a depressão foi mais prevalente entre pacientes nos primeiros quatro meses de tratamento antituberculose, mas considerando a potencialidade, negativa, dessa interação de patologias, foi recomendada a realização regular, de triagem da depressão durante toda terapia.⁽²⁹⁾

Verificamos em nosso estudo, maior frequência do sintoma fadiga, dentre os nove sintomas que o PHQ-9 avalia, o que pode estar relacionado à sobreposição de sintomas de ambas as condições patológicas. Os participantes deste estudo, com perfil de condições precárias de vida, incluindo o uso de drogas e o perfil clínico da TB se enquadram entre os mecanismos sociais, comportamentais e biológicos que conferem a sobrecarga da doença.^(2,30) Vale destacar que a depressão pode ser desencadeada por efeitos colaterais dos tuberculostáticos⁽³¹⁾ e pelo efeito de repetidas experiências estigmatizantes relacionadas à TB. E, nem todas manifestações da TB derivam de sua própria patogênese e os fatores de risco comportamental, biológico ou social a que se expõe o indivíduo podem desencadear ambas patologias.⁽³⁰⁾

O perfil da população estudada retrata o quadro típico da TB como doença multicausal, que acomete principalmente grupos populacionais vulnerabilizados, especialmente em centros urbanos, característicos do subcenário epidemiológico da TB no Brasil⁸. No perfil de vulnerabilidade social, foram incluídas pessoas sem concluir o ensino fundamental, desempregados, sem renda própria, pertencentes à classe socioeconômica C, D ou E, não contemplados por programa de transferência de renda, além dos autodeclarados pretos/pardos e o sexo masculino. A literatura internacional tem demonstrado o estado depressivo entre pessoas com TB cursando com pobreza, desnutrição, estigma e imunossupressão.^(26,30)

Uma revisão sistemática realizada no Brasil sugeriu que o estigma pode estar relacionado à raça/cor, considerando os transtornos mentais mais presentes entre negros do que em brancos.⁽³²⁾ Podemos sugerir que parte da discriminação sofrida pode estar implícita no auto relato de dificuldade de relacionamento com as pessoas, referido pela maioria dos pesquisados, em resposta ao item adicional do PHQ-9.

A TB afeta mais a homens, dado confirmado em relatório global de 2020,⁽⁵⁾ mas, na depressão, a situação se inverte, sendo mulheres mais afetadas, frequentemente, além de mais impactadas por precárias condições socioeconômicas e de baixa escolaridade.⁽³³⁾

Em comparação com a população geral, pacientes com TB têm um risco significativamente maior de desenvolver depressão como apontou alta prevalência em estudo internacional, mas não verificou associação com religião, sexo, estado civil, comorbidade diabetes ou à fase do tratamento.⁽²⁵⁾

Observamos quase todos entrevistados sem acompanhamento por TDO, fato que compromete o potencial para minimizar o abandono do tratamento e morte, quando não é adequadamente efetivada na APS.^(10,34)

Resguardando a relevância dos resultados, as limitações do estudo são inerentes à natureza descritiva e delineamento transversal, inviabilizando o estabelecimento de relação de temporalidade entre TB e sintomatologia depressiva. Além disso, a precisão dos resultados pode ter sido comprometida pelo tamanho de amostra apresentada.

O conhecimento do fenômeno da sobrecarga da depressão em pessoas durante tratamento antituberculose, mediante triagem da sintomatologia depressiva, pode suscitar consequências práticas no controle da doença, representa tendência inovadora no contexto da APS, fomentando ações intersetoriais, efetivando a integralidade do cuidado holístico no PCTB.

Pelo melhor de nosso conhecimento, este é o primeiro estudo transversal no ES a investigar sintomatologia depressiva exclusivamente, entre pacientes tratando de TB ativa, com o PHQ-9, ponderando tratar-se de instrumento apropriado para aplicação na APS, validado no Brasil para população urbana de porte médio,⁽¹⁹⁾ como os municípios pesquisados.

CONCLUSÃO

A triagem com PHQ-9 observou percentual relevante de indivíduos com TB e sintomatologia depressiva, de gravidade variável e vultosa, predomínio do sintoma fadiga, junto aos sintomas clássicos, humor deprimido e anedonia. Tais achados indicam que a população estudada precisa, de fato, ser identificada e apoiada em suas vulnerabilidades, por ações adicionais na APS. Assim, na perspectiva de eliminação da TB como problema de saúde pública, o rastreamento da depressão e suas manifestações com o PHQ-9 pode expandir ações de cuidado e prevenção centrados no paciente com TB e reduzir efeitos combinados de ambas doenças.

AGRADECIMENTOS

Aos programas de tuberculose das unidades básicas de saúde e pacientes voluntários da pesquisa por acolher os entrevistadores durante a coleta de dados. Ao Laboratório de Epidemiologia (*LabEpi*) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) por ser espaço de conhecimento, reflexão crítica, e afetividade.

CONTRIBUIÇÕES

TCFS: contribuiu com a concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito. TNP e ELNM: contribuíram com a concepção e desenho do estudo; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. PPG e IBD: contribuíram com a coleta, análise e interpretação dos dados. CMMS e ACBCV: contribuíram na aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatry Association (APS). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5 [Internet]. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013 [cited 2020 July 13]. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Sweetland AC, Kritski A, Oquendo MA, Sublette ME, Pala AN, Silva LR, et al. Addressing the tuberculosis-depression syndemic to end the tuberculosis epidemic. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(8):852-61.
- World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global Health estimates [Internet]. Genève: WHO; 2017 [cited 2020 July 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Barros MB, Lima MG, Azevedo RC, Medina LB, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros - PNS 2013. *Rev Saúde Publica*. 2017;51(Supl 1):8s.
- World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2020 [Internet]. Genève: WHO; 2020 [cited 2021 April 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 Abril 10]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2020>
- Maciel LN, Silva PE. Fighting tuberculosis: from 1993 to 2035 during the COVID-19 era. *J Bras Pneumol*. 2021;47(2):e20210033.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Jul 13]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
- Paz EP, Cunha CL, Menezes EA, Santos GL, Ramalho NM, Werner RC. Práticas avançadas em enfermagem: Rediscutindo a valorização do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2018;9(1):41-3.
- Linhares SR, Paz EP. Tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: olhar do profissional. *Enferm Foco*. 2019;10(5):179-84.
- Castro-Silva KM, Carvalho AC, Cavalcanti MT, Martins OS, França JR, Oquendo M, et al. Prevalence of depression among patients with presumptive pulmonary tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(4):316-23.
- Trajman A, Saraceni V, Durovni B. Os objetivos do desenvolvimento sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(6):e00030318.
- Weber ML, Vendruscolo C, Adamy EK, Silva CB. Melhores práticas na perspectiva de enfermeiros da rede de atenção à saúde. *Enferm Foco*. 2020;11(3):87-92.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2020 [citado 2020 Jun 16]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde [citado 2020 Jun 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tuberces.def>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica - Brasil. [citado 2018 Ago 20]. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Teste de Fargestrom [Internet]. Brasília (DF): INCA; 2019 [citado 2019 Nov 23]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fargestrom>
- Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med*. 1998;158(14):1789-95.
- Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-43.
- Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 2019;365(1476):1-10.
- Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(1):67-75.
- Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*. 2002;32(9):509-15.
- The jamovi project. jamovi. Versão 1.1.9.0. [Computer Software]. Sydney, Australia. [Internet]. [cited 2020 Jun 01]. Available from: <https://www.jamovi.org>
- Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18:170-80.
- Salodia UP, Sethi S, Khokhar A. Depression among tuberculosis patients attending a DOTS centre in a rural area of Delhi: a cross-sectional study. *Indian J Public Health*. 2019;63(1):39-43.
- Masumoto S, Yamamoto T, Ohkado A, Yoshimatsu S, Ouerri AG, Kamiya Y. Prevalence and associated factors of depressive state among pulmonary tuberculosis patients in Manila, The Philippines. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18(2):174-9.
- Dasa TT, Roba AA, Weldegebreal F, Mesfin F, Asfaw A, Mitiku H, et al. Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2019;19(82):1-7.
- Kehbila J, Ekabe CJ, Aminde LN, Noubiap JJJ, Fon PN, Monekoso GL. Prevalence and correlates of depressive symptoms in adult patients with pulmonary tuberculosis in the Southwest Region of Cameroon. *Infect Dis Poverty*. 2016;5(51):1-8.
- Shyamala KK, Naveen RS, Khatri B. Depression: a neglected comorbidity in patients with tuberculosis. *J Assoc Physicians India*. 2018;66(12):18-21.
- Zhang K, Wang X, Tu J, Rong H, Werz O, Chen X. The interplay between depression and tuberculosis. *J Leukoc Biol*. 2019;106(3):1-9.
- Rabahi MF, Silva Júnior JL, Ferreira AC, Tannus-Silva DG, Conde MB. Tratamento da tuberculose. *J Bras Pneumol*. 2017;43(5):472-86.
- Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(12):4021-30.
- World Health Organization (WHO). Depression: Key facts [Internet]. Genève: WHO; 2018 [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Reis-Santos B, Pellacani-Posses I, Macedo LR, Golub JE, Riley LW, Maciel EL. Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinants and impact on treatment outcome. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015;19(10):1188-93.