

Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose por coinfetados ou não pelo vírus da imunodeficiência humana*

ASSESSMENT OF TUBERCULOSIS TREATMENT ACCESSIBILITY FOR PATIENTS CO-INFECTED OR NOT WITH THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

EVALUACIÓN DEL ACCESO AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS POR COINFECTADOS O NO POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Ana Maria da Silveira Rodrigues¹, Lúcia Marina Scatena², Sílvia Helena Figueiredo Vendramini³, Sílvia Rita Marin da Silva Canini⁴, Tereza Cristina Scatena Villa⁵, Elucir Gir⁶

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar o acesso ao tratamento das pessoas com tuberculose tanto coinfetadas ou não pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Trata-se de estudo transversal – com utilização do instrumento Primary Care Assessment Tool aplicado a 95 pessoas – que abordou questões sobre o acesso ao tratamento em município do interior paulista. Para avaliação do acesso ao tratamento, utilizou-se o teste t de Student. Os escores médios das variáveis foram analisados individualmente e comparados entre os dois grupos (pessoas com TB e coinfetadas com HIV e pessoas com TB não coinfetadas pelo HIV). Os escores médios mostraram que as coinfetadas pelo HIV apresentaram maiores dificuldades na obtenção do acesso do que as não coinfetadas. Os profissionais visitavam mais vezes as coinfetadas quando comparadas às não coinfetadas; as coinfetadas quase nunca realizavam o tratamento da doença em posto de saúde perto de sua residência. Há, portanto, necessidade de maior integração e comunicação entre os Programas de Tuberculose e DST/aids.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose
HIV
Acesso aos Serviços de Saúde
Direitos do paciente
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

This study aimed to evaluate accessibility to treatment for people with TB co-infected or not with HIV. This cross-sectional study addressed issues regarding accessibility to treatment in a city in the interior of São Paulo state, Brazil. The instrument Primary Care Assessment Tool was utilized with 95 people. To evaluate access to treatment, Student's t test was used. The mean scores of variables were analyzed separately and compared between two groups (people with TB co-infected with HIV and people with TB not co-infected with HIV). Mean scores showed that HIV co-infected people presented greater difficulties in gaining access than those not co-infected. Professionals visited co-infected people more often when compared to those not co-infected; the co-infected people almost never accessed treatment for their disease in the Health Unit nearest their home. There is, therefore, the need for greater integration and communication between the programs for treatment of Tuberculosis and STD/AIDS.

DESCRIPTORS

Tuberculosis
HIV
Health Services Accessibility
Patient rights
Public health nursing

RESUMEN

Se objetivó evaluar el acceso al tratamiento de personas con tuberculosis, coinfetadas o no por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estudio transversal, utilizando el instrumento Primary Care Assessment Tool, aplicado a 95 personas; abordó cuestiones sobre acceso al tratamiento en municipio del interior paulista. Para dicha evaluación, se utilizó el test T de Student. Los puntajes medios de las variables se analizaron individualmente y fueron comparados entre los dos grupos (pacientes con TB coinfetadas y no coinfetadas con HIV). Los puntajes promedio expresaron que los coinfetados con HIV presentaron mayores dificultades de acceso que las no coinfetadas. Los profesionales visitaban más a los coinfetados en comparación con los no coinfetados; los coinfetados casi nunca realizaban tratamiento de su enfermedad en puestos sanitarios cercanos a su domicilio. Existe, consecuentemente, necesidad de mayor integración y comunicación entre los Programas de Tuberculosis y DST/SIDA.

DESCRIPTORIOS

Tuberculosis
VIH
Accesibilidad a los Servicios de Salud
Derechos del paciente
Enfermería en salud pública

* Extraído da tese "Avaliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na perspectiva dos indivíduos co-infetados ou não pelo HIV", Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009. ¹ Enfermeira. Mestre pelo Programa de Enfermagem Fundamental. Professora Assistente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil. anasilveira@famerp.br ² Professora Adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. Imscatena@uol.com.br ³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil. silviahve@gmail.com ⁴ Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. canini@eerp.usp.br ⁵ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br ⁶ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. egir@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), considerada uma doença negligenciada, representa importante causa de morbidade e mortalidade no mundo, principalmente após o advento da aids, em 1981. Este fato modificou o desenvolvimento epidemiológico, o que tornou o seu controle mais complexo⁽¹⁾. Além da aids, outros fatores dificultam o seu controle, como a pobreza, educação precária, habitação ruim ou inexistente, desnutrição, alcoolismo, sub-financiamento de programas da saúde pública, multirresistência às drogas, além do envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios⁽²⁾.

A associação entre a TB e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) preocupa as autoridades sanitárias, pois, a evolução do estado de infecção para o adoecimento entre pessoas imunocompetentes é de 10% ao longo da vida. Já nos infectados pelo HIV essa chance de evolução passa a ser de 8 a 10% ao ano⁽¹⁾.

O município de São José do Rio Preto apresentou, em 2008, um coeficiente de incidência de TB de 28,1/100.000 hab., menor que os valores do Estado de São Paulo (37,5/100.000 hab.) e o Brasil (37,5/100.000 hab.). Em relação à aids, a situação é inversa: 24,7/100 000 hab. 19,5/100 000 hab. e 18,1/100 000 hab., respectivamente⁽³⁻⁵⁾. Esta situação evidencia a importância da epidemia da doença no município, considerando-se que a combinação das duas doenças representa uma preocupação para os responsáveis pela saúde no âmbito local, uma vez que o HIV potencializa a epidemia da TB, assim como é considerada a principal causa de morte nos portadores deste vírus.

A sorologia anti-HIV em pessoas com TB é importante, dada a alta prevalência da co-infecção por *Mycobacterium Tuberculosis* e HIV e por não ser conclusiva a identificação dos co-infectados baseada apenas na história clínica⁽⁶⁾.

As ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) são de competência da Atenção Básica de Saúde desde 2001, podendo ser executadas tanto em serviços, no Programa de Saúde da Família e em ambulatorios tradicionais com modelo de organização vertical e equipe especializada. Em 2006, a TB foi incluída como uma ação estratégica do Plano Nacional de Atenção Básica com indicadores para serem monitorados e avaliados⁽⁷⁾.

No entanto, observa-se que no país, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose não se encontra, ainda, totalmente integrado ao Programa de Controle da aids, estando a rede de assistência deste último, concentrada

nos níveis secundário e terciário de atenção. Por esta razão, desde 2004, foram desenvolvidas tentativas para a incorporação da co-infecção TB/HIV nas políticas de controle da TB, no sentido de investir esforços na mobilização social e se obter os mesmos resultados bem sucedidos do programa de controle da aids⁽⁸⁾. No entanto, ainda persistem as dificuldades para o alcance das metas de controle da TB, diante do impacto negativo de uma doença sobre a outra, principalmente pelas altas taxas de óbitos entre os portadores de HIV sob tratamento da TB⁽⁹⁾.

A organização dos serviços de saúde na lógica da Atenção Básica de Saúde requer o cumprimento da dimensão *acesso*. O acesso é um conceito multidimensional, que exprime um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando necessitam⁽¹⁰⁾. Depende ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos

... o Programa Nacional de Controle da Tuberculose não se encontra, ainda, totalmente integrado ao Programa de Controle da aids, estando a rede de assistência deste último, concentrada nos níveis secundário e terciário de atenção.

receberão os serviços, e em quais condições. Deste modo, o acesso está associado a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão-de-obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento⁽¹¹⁾. Ressalta-se que o acesso é um importante indicador de impacto da Atenção Básica à Saúde. Permite avaliar em que medida este componente vem sendo alcançado, constituindo-se em uma importante ferramenta de aprimoramento do Sistema Único de Saúde⁽¹²⁾. Constituiu-se, portanto, em uma necessidade, diante do cenário descrito, avaliar o acesso ao tratamento da aids e/ou TB, para que a pessoa com TB acometida concomitantemente pelas duas doenças, seja tratada de forma eficaz.

Mediante a exposição da situação, o objetivo do presente estudo foi avaliar o acesso ao tratamento das pessoas com tuberculose e co-infectadas ou não pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.

MÉTODO

Estudo transversal realizado nas Unidades de Saúde que desenvolvem o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do município de São José do Rio Preto-SP, entre junho de 2006 a julho de 2007. Inicialmente foram selecionadas todas as pessoas em tratamento no período e que preencheram os critérios de inclusão: ter idade de 18 anos ou acima; ter diagnóstico confirmado de TB; residir no município no momento do diagnóstico. Em seguida, foram selecionadas as pessoas que realizaram sorologia anti-HIV, incluindo aquelas com resultado negativo.

Para a coleta dos dados utilizou-se como instrumento o questionário *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)⁽¹⁰⁾, sendo adequado e validado para o Brasil por Macinko e Almeida em 2006⁽¹³⁾ e, posteriormente, adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto em 2008⁽¹⁴⁾. Os entrevistados responderam diretamente o questionário que incluiu questões sobre cada dimensão da Atenção Básica à Saúde: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação (ou integração dos serviços), formação profissional e informações gerais e sociodemográficas sobre a pessoa com tuberculose. No presente estudo somente os resultados referentes à dimensão acesso ao tratamento foram contemplados.

O entrevistado respondeu cada item do questionário, segundo uma escala de possibilidade pré-estabelecida, tipo *Likert*, entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta *não sei* ou *não se aplica* e os valores de um a cinco registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) com as afirmações. Para cada questão foi determinado um escore médio que corresponde à soma-tória dos escores (categorias) das respostas das pessoas, dividido pelo total das pessoas entrevistadas. Os escores médios foram classificados como: não satisfatórios (valores próximos entre um e dois); regular (próximo a três) e satisfatório (próximo a quatro e cinco). Em relação às informações gerais e sociodemográficas sobre a pessoa com tuberculose, o entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo escalas variadas de respostas.

Para proceder à coleta de dados, foram investigadas por meio da TBWEB todas as pessoas com TB e coinfectadas pelo HIV no período do estudo. Os entrevistadores receberam treinamento para aplicação do instrumento. Utilizaram-se roteiros explicativos sobre as escalas de respostas do instrumento, direcionadas às pessoas.

As informações gerais e sociodemográficas foram analisadas utilizando-se tabelas de frequências. Foi aplicado o teste qui-quadrado para proporções entre as variáveis *sexo* e *local onde vive* com o grupo de pessoas com TB e co-infectados pelo HIV, e outro grupo de pessoas de TB e não coinfectadas pelo HIV.

Para avaliar o acesso ao tratamento, os dados foram submetidos ao teste *t* de *Student*. Os escores médios das variáveis foram analisados individualmente e comparados entre os dois grupos (pessoas com TB e coinfectadas pelo HIV e pessoas com TB e não coinfectadas pelo HIV).

As análises foram desenvolvidas com o programa *Statística 8.0* (Statsoft).

O projeto da pesquisa foi avaliado e aprovado (protocolo número 0762/2007) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, atendendo às orientações contidas na resolução 196/96 CNS. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Das 106 pessoas em tratamento no período descrito, 11 (10,5%) não foram submetidas ao teste anti HIV.

As pessoas que não foram submetidas ao teste anti HIV foram excluídas da análise. Desta forma, 95 pessoas participaram deste estudo, sendo que: 73 (68,8%) apresentavam TB e não co-infecção pelo HIV; 22 (23,2%) apresentavam TB e co-infecção pelo HIV.

Com referência ao sexo, 63 (66,3%) eram do sexo masculino (64,4% pessoas com TB e 72,7% pessoas com TB e coinfectadas pelo HIV) e 66 (69,5%) das pessoas possuíam ensino fundamental. Quanto a análise da associação entre as variáveis *sexo* com o fato das pessoas serem ou não coinfectadas pelo HIV, observou-se que não houve associação estatística entre as variáveis ($p=0,468$).

Quanto ao local onde viviam estas pessoas, 48 (50,5%) declararam residir em casa própria; 26 (27,4%) em moradia alugada; 15 (15,8%) em casa proveniente de algum tipo de empréstimo e 6 (6,3%) informaram não possuírem residência.

A análise tipo de moradia foi dividida em quatro dos seguintes níveis: alvenaria, madeira, material reciclável, e outros. A maioria das pessoas (98,9%) possuía casa de alvenaria, não havendo casos de moradias feitas de material reciclável ou outros; somente uma pessoa (1,1%) residia em casa de madeira.

Não houve associação entre a co-infecção das pessoas e o local onde viviam ($p=0,970$), pois o fato da pessoa com tuberculose residir em casa própria, alugada, proveniente de empréstimo ou não ter moradia não influenciou diretamente o fato da pessoa com tuberculose ser coinfectada pelo HIV.

Na Tabela 1 constam os escores médios, o desvio-padrão e o valor de *p* significância estatística para a probabilidade do erro tipo I, das variáveis que compõem o acesso ao tratamento por pessoas com diagnóstico de TB e negativo para HIV e coinfectadas com TB e HIV.

As pessoas coinfectadas com TB e HIV apresentaram escores médios inferiores às pessoas com diagnóstico de TB e negativo para HIV para as seguintes variáveis: obter informações por telefone no posto de saúde; dificuldade de marcar consultas por telefone; perder dia de trabalho para se consultar; utilizar meio de transporte para se consultar; gastar com transporte para se consultar; falta de medicamentos para o tratamento da doença; demora em mais de uma hora para ser atendida e realizar o tratamento em um posto de saúde perto de sua casa. Estes escores foram classificados entre não satisfatórios e regulares. Além disso, o escore para a variável realizar o tratamento em um posto de saúde perto de casa foi estatisticamente significativo.

Tabela 1 – Média e desvio-padrão dos escores das variáveis que compõem o acesso ao tratamento por pessoas com TB co-infectadas ou não pelo HIV

Variáveis	Negativo para HIV “n=73”	Positivo para HIV “n=22”	Teste de Student
	Média e Desvio padrão	Média e Desvio padrão	Valor P
Obtenção de consulta em 24 horas, caso passar mal por causa da medicação	4,41±1,32	4,50±1,01	0,771
Obtenção de informações por telefone no posto de saúde	3,73±1,68	3,36±1,81	0,385
Dificuldade em marcar consultas por telefone no posto de saúde	3,47±1,80	3,23±1,88	0,591
Necessidade de perder dia de trabalho para se consultar no posto de saúde	3,23±1,77	2,86±1,93	0,403
Necessidade de utilizar algum meio de transporte para se consultar	1,67±1,41	1,36±1,18	0,356
Necessidade de gastos com transporte para se consultar	2,90±1,86	2,05±1,70	0,056
Falta de medicamentos para o tratamento da doença	4,93±0,30	4,91±0,29	0,760
Demora de mais de 60 minutos para ser consultado	4,55±0,78	4,27±0,94	0,170
Visitas na casa do paciente pelo profissional da saúde para acompanhar o tratamento	2,75±1,60	3,82±1,30	0,005*
Fazer o tratamento da doença em um posto de saúde perto da casa	3,10±1,73	2,23±1,38	0,033*

*Valor P referente ao teste de t para amostras independentes. Em negrito, $p < 0,05$, nível de significância estatística adotado para o teste.

Com relação às pessoas com TB não-coinfectadas pelo HIV, os escores médios foram inferiores aos escores das pessoas coinfectadas com TB e HIV para as seguintes variáveis: obtenção de uma consulta em 24 horas, caso passe-se mal por alguma medicação, e visitas na casa da pessoa por um profissional para acompanhamento do tratamento. Estes escores foram classificados entre não satisfatórios e regulares. O escore para a variável visita à casa da pessoa por um profissional para acompanhamento do tratamento também apresentou significância estatística.

DISCUSSÃO

Quanto à caracterização sociodemográfica das pessoas com TB e coinfectadas pelo HIV, destaca-se a predominância de indivíduos do sexo masculino: 64,4% pessoas com TB e 72,7% coinfectadas pelo HIV.

Esses dados corroboram resultados de outros estudos, que analisaram a variável sexo com associação entre TB e HIV. E encontraram predomínio do sexo masculino, confirmando sua maior vulnerabilidade e prevalência para a co-infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e HIV^(6,15).

Considerando-se a escolaridade, os resultados indicam que o ensino fundamental prevaleceu tanto para as pessoas com TB quanto para as coinfectadas pelo HIV. Outros estudos apontam a mesma realidade, ficando evidente que a baixa escolaridade pode refletir-se em suas condições profissionais, restringindo estas pessoas às condições desfavoráveis de vida e emprego, mantendo seu estado de pobreza e com isso dificultando a sua autopromoção de saúde^(6,16).

Em relação à moradia, a maioria das pessoas residia em casa própria e com estrutura de alvenaria. Estes dados foram consoantes com outra pesquisa⁽¹⁶⁾.

Com referência ao acesso ao tratamento, analisando as variáveis que compõem o presente estudo, verificou-se que na sua maioria os escores mais altos foram verificados entre as pessoas acometidas somente por TB, exceto em duas destas variáveis. As coinfectadas apresentaram maiores escores quando se referia à obtenção de uma consulta em menos de 24 horas. Isto no caso em que as pessoas se sentiam mal e quando o profissional da saúde direcionava-se à casa da pessoa para acompanhar o tratamento.

Ao se sentirem doentes as pessoas tendem a procurar por atendimento em serviços de emergência 24 horas, fora de seu horário de trabalho. Estes serviços, pela própria lógica de funcionamento devem ter o mais fácil acesso com relação aos demais, proporcionando rapidez no atendimento⁽¹⁷⁾.

O fato de apenas as pessoas com TB realizarem o tratamento perto de sua residência pode estar relacionado a aspectos de organização interna das unidades de saúde e não aos geográficos. Também pode estar relacionado com a compatibilidade do horário de atendimento da unidade, com a disponibilidade de horário e tempo de algumas pessoas, qualidade no acolhimento desta pessoa, estigma da doença e inclusive o vínculo entre os profissionais de saúde e pessoas coinfectadas pelo HIV⁽¹⁸⁾.

Em ambos os casos das pessoas analisadas, constataram-se escores médios satisfatório para a falta de medicamentos e no tempo de espera em mais de 60 minutos para serem consultadas.

Nesse contexto, a falta de uma política organizacional adequada vai de encontro ao que se verifica atualmente na saúde em nível nacional. Porém, o que se visualiza nem sempre está correlacionado com a falta de campanhas que prezem por informação ou pela importância de se realizar os exames necessários para se obter o diagnóstico e, por conseguinte, o tratamento de forma mais rápida, mas também se correlaciona com o estigma das pessoas quanto ao diagnóstico e aos exames referentes ao diagnóstico dessas doenças.

As doenças TB e HIV são historicamente estigmatizadas e o impacto negativo gera conseqüências drásticas de abandono do tratamento e elevadas taxas de mortalidade⁽¹⁹⁾.

Estudo científico aborda que as barreiras muitas vezes são impostas pelas próprias pessoas. Conforme o teste de determinação de HIV é considerado discriminatório pelas pessoas e, nestes casos, elas podem optar por não realizá-lo. Esse fato agrava a dinâmica de portadores de TB, pois se verifica que, cerca de 70 das 165 pessoas com TB (42,4%) apresentaram co-infecção por HIV, contrastando o que se verifica em outros estudos que, de maneira geral, abordam índices em torno de 9% a 18%⁽¹⁵⁾.

Além disso, outro fato importante a ser ressaltado refere-se à condição social das pessoas acometidas por estas duas doenças. Todas as variáveis estudadas no acesso ao tratamento podem ser dificultadas por tal condição. Verifica-se que a maioria das pessoas vivendo em condições desfavoráveis de vida e emprego é a que encontra maior dificuldade em relação ao acesso ao tratamento⁽⁶⁾.

O que pode ser analisado de forma mais crítica é o fato de todas as pessoas encontrarem dificuldades em relação ao acesso ao tratamento independentemente de serem acometidas somente por TB ou serem coinfetadas pelo HIV. Em alguns casos, as pessoas coinfetadas pelo HIV apresentam maior facilidade de como obter uma consulta em menos de 24 horas caso sintam-se mal e, além disso, recebem profissionais da saúde em suas casas de forma mais freqüente para acompanhamento do tratamento. Pessoas com TB nem sempre recebem estes serviços de forma adequada – sendo a questão da gravidade da doença como pressuposição para a ocorrência desse fato.

A estreita e forte interação na distribuição destas duas doenças, com a ocorrência de uma repercutindo sobre a ocorrência da outra, demanda que haja interação das ações de controle desenvolvidas pelos programas de TB e de HIV/aids. O trabalho articulado dessas duas áreas permitirá melhor gerenciamento dos recursos direcionados para treinamento de pessoal, para diagnóstico das duas infecções ou doenças e para controle dos respectivos tratamentos. Possibilitará, além disso, que a argumentação técnica tenha força suficiente para ser considerada em todos os níveis de decisão política. A resposta adequada e de acordo com as necessidades a todos os desafios que se impõem deve passar pela sustentabilidade das estratégias

adotadas. Neste sentido, o planejamento das ações deve correr em paralelo com o incentivo ao desenvolvimento de novas opções diagnósticas e terapêuticas, sejam anti-retrovirais, medicamentos anti-TB ou vacinas.

O controle de tratamento das pessoas com co-infecção TB/HIV é ainda mais complexo se comparado às que são acometida somente pela TB, pois esta pessoa com tuberculose não possui uma boa expectativa de vida. Esta doença, apesar dos avanços tecnológicos para a compreensão dos mecanismos de adoecimento, não se conhece a sua cura; dessa forma a desistência do tratamento acontece seja pela descrença num bom resultado ou pela falta de motivação em completar o esquema, pela própria debilidade física em que se encontram fatores relativos aos serviços mencionados com maior frequência como aqueles que propiciam o abandono do tratamento de TB. Esses fatores são: pouca ou nenhuma informação por parte dos profissionais para a pessoa sobre o tratamento da TB, pouca organização no serviço para o controle específico da TB, considerando-se que a prioridade é o tratamento para o HIV, estrutura física que não garante a privacidade, ausência de trabalho em equipe e dificuldades de acesso ao serviço.

A falta de informação sobre a doença, possíveis efeitos colaterais, a importância em completar o esquema de tratamento, mesmo que haja melhora dos sintomas e a grave conseqüência da sua interrupção são fatores que influenciam o abandono do tratamento, uma vez que estão ligados à sensibilização da pessoa com tuberculose para seu agravo⁽²⁰⁾.

Em relação ao tratamento das pessoas com tuberculose e HIV/aids na rede pública de saúde, alguns aspectos merecem consideração, tais como, a estruturação e localização geográfica do atendimento. Como as pessoas coinfetadas necessitam de atenção integral e resolutiva, o atendimento de TB e de HIV/aids em locais distintos dificulta e encarece o acesso à atenção, contribuindo para uma menor adesão ao tratamento⁽⁷⁾.

A pessoa coinfetada tem necessidade de atendimento multidisciplinar que inclua assistência médica, de enfermagem, psicológica, serviço social, acompanhamento jurídico e referências para encaminhamentos a outras especialidades e estruturas de apoio, muitas vezes disponíveis em organizações da sociedade civil. Além disso, a pessoa necessita de estímulo à adesão a ambos os tratamentos, e de estrutura capaz de resgatá-la do abandono ou do uso irregular dos medicamentos, quando necessários.

Dessa forma, o Brasil é praticamente o único país com um grande número de pessoas coinfetadas e uma política de acesso universal à terapia anti-retroviral e, portanto, com condições para estabelecer estratégias que diminuam a morbimortalidade da TB associada ao HIV. A principal medida para o controle da epidemia é o diagnóstico precoce, o tratamento adequado das pessoas bacilíferas e a busca dos contatos⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

Os escores médios obtidos no acesso ao tratamento mostraram que as pessoas coinfectadas pelo HIV apresentaram maiores dificuldades na obtenção deste acesso que as pessoas não coinfectadas. As questões relacionadas à locomoção do paciente ao serviço de saúde (transporte e gasto com transporte) foram as que apresentaram menor desempenho e desta forma merecem maior atenção dos gestores e profissionais de saúde.

As limitações possíveis do estudo podem estar relacionadas ao tamanho da amostra de doentes notificados em

tratamento, viés de memória e informação. Entretanto, os dados encontrados são capazes de fornecerem subsídios que geram discussões quanto ao perfil das pessoas que buscam por tratamento e a organização dos serviços para o diagnóstico da TB, coinfectadas ou não pelo HIV.

Assim, este estudo poderá ser utilizado como subsídio para um planejamento do sistema municipal de saúde, principalmente no que se refere à integração e comunicação entre o Programa Nacional de Controle da Tuberculose e o de Doenças Sexualmente Transmissíveis, fator este, considerado facilitador no acesso das pessoas ao diagnóstico e tratamento da doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle de tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5ª ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT; 2008.
2. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002;35(1):51-8.
3. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Painel de monitoramento 2008. São José do Rio Preto; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de morbidade. D.2.1. Taxa de incidência de AIDS [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2011 mar. 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2009/d0201.def>
5. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de morbidade. D.2.2. Taxa de incidência de tuberculose [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2011 mar. 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2009/d0202.def>
6. Cheade MFM, Ivo ML, Siqueira PHGS, Sá RG, Honer MR. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um Serviço de Referência do Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009;42(2):119-25.
7. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):389-97.
8. Santos Filho ET. Tempos de mudanças para o controle da tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro: PWH-OSI; 2006.
9. Jamal LF, Moherdau F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(1):104-10.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
11. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(3):711-24.
12. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(2):144-57.
13. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e o desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS; 2006.
14. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2009;35(6):610-2.
15. Carvalho LGM, Buani AZ, Zöllner MSAC, Scherma AP. Co-infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). *J Bras Pneumol.* 2006;32(5):424-9.
16. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Villa TC. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(5):527-31.
17. Fekete MC. Planejamento e programação local em saúde: bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Brasília; 2001. p. 201-17.
18. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Cardozo Gonzáles RI, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):825-31.
19. Santos MLSG, Ponce MAZ, Vendramini SHF, Villa TCS, Santos NSGM, Wysocki AD, et al. The epidemiological dimension of TB/HIV co-infection. *Rev Latino Am Enferm.* 2009;17(5):683-8.

-
20. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva SED. Abandonment of tuberculosis treatment among patients co-infected with TB/HIV. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2011 May 12];44(2):383-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_20.pdf
21. Silveira JM, Sassi RAM, Oliveira Netto IC, Hetzel JL. Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana em centro de referência para tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida na Região Sul do Rio Grande do Sul. J Bras Pneumol. 2006;32(1):48-55.