

Controle da Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids¹

Gabriela Tavares Magnabosco²
Livia Maria Lopes³
Rubia Laine de Paula Andrade⁴
Maria Eugênia Firmino Brunello⁵
Aline Aparecida Monroe⁶
Tereza Cristina Scatena Villa⁷

Objetivo: analisar a oferta das ações e serviços de saúde para o controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids em seguimento pelos Serviços de Atenção Especializada ao HIV/aids de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Método:** estudo quantitativo, exploratório, do tipo inquérito. Participaram 253 pessoas vivendo com HIV/aids em seguimento nos serviços, considerando os critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos, residentes no município e não pertencentes ao sistema prisional. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro/2012 a maio/2013, por meio de entrevistas com apoio de um instrumento específico. Os dados foram analisados mediante indicadores e índice composto. **Resultados:** a oferta de ações e serviços para o controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids pelos serviços do município foi considerada regular, reforçando a necessidade de melhor planejamento da assistência de forma integral, articulação dos profissionais nas equipes e entre os serviços da rede, além da formação profissional e educação permanente. **Conclusão:** faz-se necessário a implementação de estratégias que favoreçam ações compartilhadas entre os programas de tuberculose e HIV/aids e entre os diferentes serviços, com o intuito de fortalecer a rede local de atenção objetivando a produção de um cuidado singular, integral e resolutivo.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Tuberculose; Doença Crônica; Sistemas de Saúde.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Prevenção e diagnóstico da tuberculose em pessoas que vivem com aids: análise da assistência prestada", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2010/15521-8.

² PhD, Pós-doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ MSc, Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.







⁴ PhD, Enfermeira, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Magnabosco GT, Lopes LM, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Villa TCS. Tuberculosis control in people living with HIV/AIDS. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2798. [Access   ]; Available in:   . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1187.2798>.mês dia ano
URL

Introdução

A tuberculose (TB), embora seja uma doença cuja cura foi viabilizada há décadas, ainda é reconhecida como um problema de saúde pública atual e persistente. Ligada à pobreza, má distribuição de renda e baixa qualidade nas condições de vida da população⁽¹⁻³⁾, a TB leva a óbito cerca de seis mil pessoas ao ano no Brasil, e é agravada pelo aumento do número de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)⁽⁴⁾. Considera-se que a infecção pelo HIV é um dos mais importantes fatores de risco conhecidos para TB⁽⁵⁻⁶⁾, de modo que as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) estão 21 a 34 vezes mais propensas a desenvolver TB ativa quando comparadas a população geral⁽⁷⁾.

No Brasil, a TB ativa em PVHA é a condição de maior impacto na mortalidade por aids e por TB. Em 2011, entre os casos de TB notificados no SINAN (71 mil), cerca de 10% apresentavam coinfeção TB/HIV, sendo 6% a taxa de letalidade relacionada à sobreposição de ambas infecções⁽⁸⁾.

Nesse sentido, ambos os agravos representam grandes desafios⁽⁹⁾ para os serviços de saúde e para os órgãos governamentais⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Reconhece-se, então, a necessidade da efetiva integração das ações ofertadas tanto dentro do próprio serviço, entre as equipes dos programas de controle da TB (PCT) e do HIV/aids, e entre os diferentes pontos de atenção à saúde para a composição de uma efetiva rede de atenção coerente com a adequada assistência à coinfeção TB/HIV.

Desta forma, pensar na assistência às PVHA, com enfoque no controle da TB, implica na constituição de um plano de cuidados que seja pró-ativo, integrado e contínuo⁽¹²⁾. Entende-se que a dinâmica assistencial tanto para a assistência às PVHA, quanto à TB, deve transcender a mera apreensão de taxas epidemiológicas, pressupondo práticas interdisciplinares que desvelem as relações e condições de vida configuradas em determinado território em situação de vulnerabilidade social, possibilitando melhor planejamento e reorganização das tecnologias de saúde^(11,13).

Ressalta-se que os estudos analisados em levantamento da literatura acerca da temática, nos últimos cinco anos, apontaram para a existência de lacunas na produção do conhecimento científico no que refere-se à incorporação de aspectos relativos ao contexto que envolve os sujeitos e sua articulação com a assistência prestada. Neste sentido, reitera-se a importância do desenvolvimento do presente estudo, de natureza operacional, que possibilitou a identificação das ações e serviços de saúde prestados em consideração à complexidade do manejo dos agravos.

Entendendo que a TB é uma das principais causas de óbito dentre as PVHA, supõe-se maior empenho na prevenção e diagnóstico da mesma nessa população, com articulação e coordenação entre profissionais, ações e serviços de saúde. Neste sentido, o estudo objetivou analisar a oferta de ações e serviços de saúde para o controle da tuberculose nas PVHA no município de Ribeirão Preto-SP.

Método

Estudo descritivo, do tipo inquérito exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no município de Ribeirão Preto, cuja população estimada em 2011 era de 614.759 habitantes⁽¹⁴⁾. Nesse mesmo ano, a rede pública de atenção à saúde no município organizava-se em cinco Distritos Sanitários, do qual faziam parte cinco unidades de pronto atendimento, 76 serviços de atenção primária (Unidades tradicionais, Unidades de Atenção Básica-AB e Unidades de Saúde da Família-USF), cinco unidades de atenção secundária (Unidades Básicas Distritais de Saúde-UBDS), onde se inseriam os cinco Serviços de Atenção Especializada-SAE que integravam o Programa de DST/aids) e nove serviços terciários.

O acompanhamento clínico e terapêutico dos casos de HIV/aids diagnosticados e notificados no município era realizado por equipes especializadas dos SAE, designados com as letras "A", "B", "C", "D" e "E". Merece destaque o fato de que os SAE compartilhavam a mesma estrutura física dos PCT em cada um dos distritos sanitários, sendo que as equipes de saúde dos dois programas, na época do estudo, eram compostas pelos mesmos profissionais.

É importante salientar que o acompanhamento das PVHA infectadas pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, tanto para a infecção latente quanto para a TB ativa, é de responsabilidade das equipes componentes dos SAE. No entanto, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o manejo de ambas as infecções deve ser realizado de forma articulada e integral, ou seja, a responsabilidade deve ser compartilhada entre os Programas de Controle, PCT e HIV/aids.

A população do estudo foi constituída pelas PVHA em acompanhamento nos referidos SAE que atendiam aos critérios de inclusão: casos confirmados de HIV/aids, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no município de estudo e não pertencentes ao sistema prisional.

O cálculo para o tamanho da amostra foi realizado a partir do levantamento do número total de casos confirmados e acompanhados pelos cinco ambulatórios em janeiro/2011, sendo identificados 1.389 casos (249 pertencentes ao Ambulatório A, 374 ao B; 249 ao C; 374

ao D; e 143 ao E). Os parâmetros considerados foram: erro da amostra de 5% ($e=0,05$); intervalo de confiança de 95% ($Z=1,96$) e P (proporção populacional) de 50%. Obteve-se por meio da equação $n_0 = P \cdot (1-P) \cdot Z^2 / e^2$ a amostra mínima de 385 indivíduos. Este valor foi corrigido em relação à população total (1.389), resultando em 302 indivíduos.

Realizou-se o processo de amostragem em duas etapas: estratificação com partilha proporcional segundo o SAE responsável pelo caso e amostragem por conveniência até atingir o tamanho da amostra. Assim, levando-se em consideração o número de indivíduos previsto em cada SAE, 54 deveriam ser entrevistados no SAE A; 81 no B; 54 no C; 81 no D; e 31 no E. Ressalta-se que dos 302 indivíduos abordados 49 se recusaram a participar da pesquisa, computando um total de 253 entrevistados.

Para coleta de dados realizou-se entrevistas utilizando um questionário estruturado elaborado a partir de diretrizes e protocolos que abordam a avaliação organizacional de serviços de saúde voltados para a assistência ao HIV/aids⁽⁷⁻⁸⁾. Esse instrumento passou por procedimentos relacionados à análise de conteúdo, análise semântica e teste piloto para readequações e verificação da viabilidade do mesmo e do método proposto para atender aos objetivos da pesquisa. Para realizar a análise de conteúdo, selecionou-se três profissionais expertises nas áreas temáticas de HIV/aids, TB e saúde pública, para os quais foram enviados carta convite, instrumento de coleta de dados e formulário para apreciação do conteúdo do mesmo. A análise semântica foi realizada a partir do teste piloto, no intuito de "*verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população á qual o instrumento se destina*"⁽¹⁵⁾. No teste piloto, foram entrevistados 17 indivíduos, seguindo os critérios de inclusão preestabelecidos. Ressalta-se que os sujeitos que participaram da etapa do teste piloto não foram contemplados na amostra final considerada neste estudo.

Para este estudo, foram selecionadas as variáveis relacionadas à oferta de ações e serviços de saúde para prevenção da TB nas PVHA: oferta de exames de sangue (CD4 e carga viral), solicitação de Raio X, oferta de prova tuberculínica (PT), solicitação de baciloscopia de escarro (BK), disponibilização de máscara facial, oferta de medicamentos para prevenir o aparecimento de doenças oportunistas, de medicamentos antirretrovirais, de medicamentos para prevenção da tuberculose, questionamento sobre a existência de tosse, febre, emagrecimento e perda de apetite nos sujeitos e nos contatos, questionamento sobre as condições de vida, orientações sobre estado imunológico, doenças

oportunistas, uso correto da Terapia Antirretroviral (TARV), sinais e sintomas da TB, forma de transmissão da TB; cuidados com o ambiente para evitar o adoecimento por TB, cuidados com o ambiente para evitar a transmissão da TB, redução do uso de álcool e drogas e, nutrição e alimentação e solicitação de benefícios sociais do governo. As categorias de respostas das variáveis selecionadas contemplavam escalas dicotômicas, múltipla escolha e *Likert*, com valor entre "um" e "cinco", em que a resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2012 e maio de 2013, nos próprios SAE, em áreas que resguardassem a privacidade e o anonimato dos entrevistados. Os dados foram analisados através do *software* Statistica Statsoft 9.0.

Na primeira etapa da análise dos dados, para identificar a oferta das ações e serviços prestados às PVHA pelos SAE do município foram construídos indicadores a partir das variáveis relacionadas à oferta de ações e serviços. O indicador criado correspondeu ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os entrevistados para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes⁽¹⁶⁾. Desta forma, cada indicador foi classificado em insatisfatório (entre 1 e 2,5 correspondendo a valores até 50% da escala), regular (maior que 2,5 e menor que 3,5 correspondendo a valores entre 50% e 70% da escala) ou satisfatório (acima de 3,5 correspondendo a valores maior que 70% da escala).

Para classificar a oferta de ações e serviços para o controle da TB nas PVHA, foi realizada a mensuração do índice composto, que corresponde a uma média das respostas de todos os respondentes para todas as variáveis selecionadas.

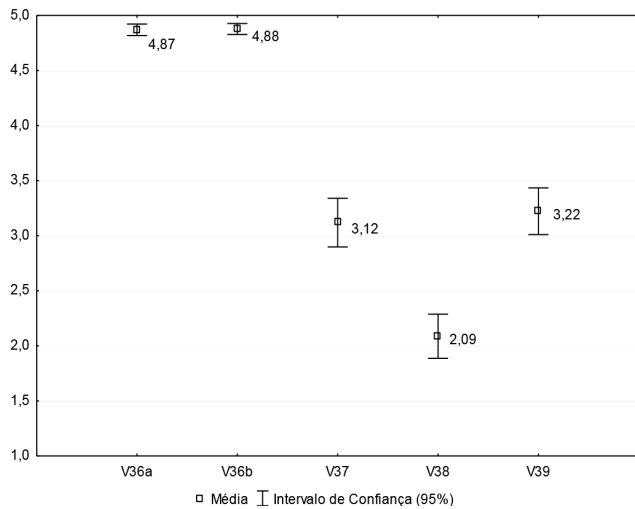
Atendendo à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conforme protocolo nº 1215/2010.

Resultados

A oferta de ações e serviços para o controle da TB nas PVHA apresentou uma média de 3,1 ($dp=1,87$), ou seja, foi classificada como regular pelos participantes da pesquisa.

Os indicadores referentes à oferta de exames de sangue (CD4 e carga viral) foram os melhores avaliados, sendo classificados como satisfatórios pelos entrevistados. Entretanto, a solicitação de Raio X diante de sinais respiratórios, febre e perda de peso foi avaliado como regular, assim como a realização da

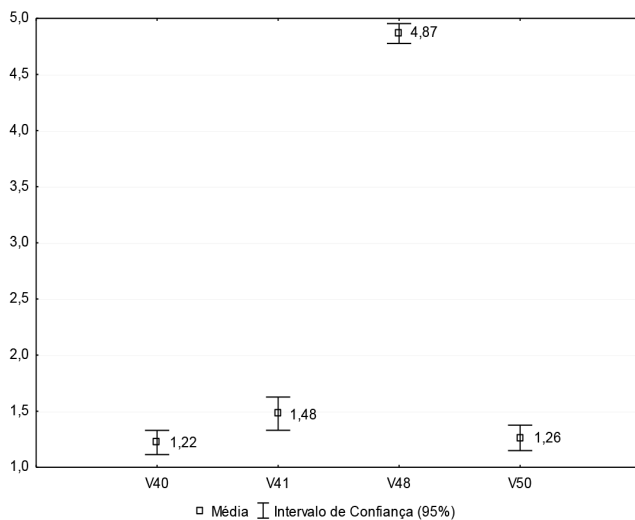
PT para avaliação do risco de infecção pela TB. Já a solicitação da BK diante da existência de tosse com catarro, febre e perda de peso foi classificada como insatisfatória (Figura 1).



V36a – Oferta de exame de sangue (CD4); V36b – Oferta de exame de sangue (carga viral); V37 – Solicitação de Raio X diante de sintoma respiratório, febre, perda de peso; V38 – Solicitação de baciloscopia de escarro diante de tosse com catarro, febre, cansaço; V39 – Realização de prova tuberculínica para avaliação do risco de infecção pela TB.

Figura 1 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis relacionadas à oferta de insumos, ações e serviços de saúde pela equipe de referência para o controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012-2013

Os indicadores disponibilização de máscara facial, oferta de medicamento para prevenir o aparecimento de doenças oportunistas e oferta de medicamento para prevenção da TB (Isoniazida) foram classificados como insatisfatórios pelas PVHA (Figura 2).

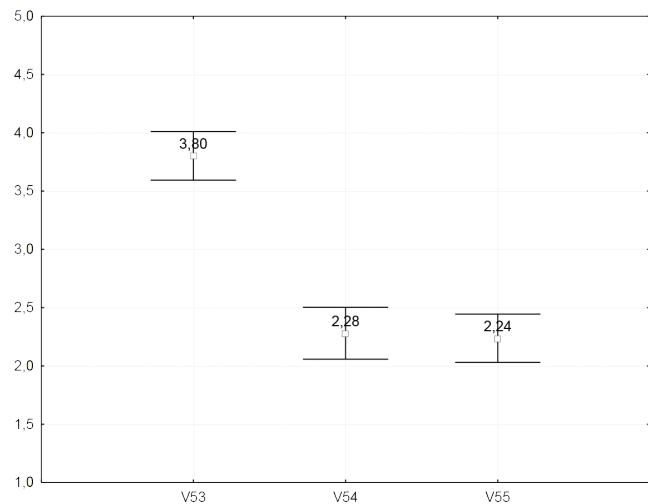


V40 – Disponibilização de máscara facial; V41 – Oferta de medicamentos para prevenir o aparecimento de doenças oportunistas; V48 – Oferta

de medicamentos antiretrovirais; V50 – Oferta de medicamentos para prevenção da tuberculose

Figura 2 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis relacionadas à oferta de ações e serviços de saúde pela equipe de referência para o controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012-2013

Quanto aos indicadores relacionados à investigação da TB nas PVHA, o questionamento por parte dos profissionais sobre a existência de sinais e sintomas sugestivos de TB, tosse, febre, emagrecimento e perda de apetite foi classificado como regular, sendo que o indicador referente ao questionamento sobre a existência de tais sinais e sintomas em contatos que residem com os indivíduos, obteve um desempenho insatisfatório (Figura 3).

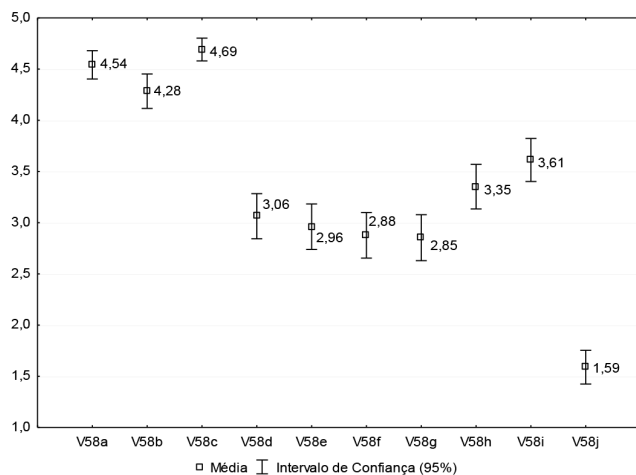


V53 – Questionamento sobre a existência de tosse, febre, emagrecimento e perda de apetite; V54 – Questionamento sobre a existência de tosse nos contatos do caso em acompanhamento; V55 – Questionamento sobre as condições de vida (emprego, moradia, alimentação).

Figura 3 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis relacionadas ao questionamento acerca de sinais e sintomas sugestivos de tuberculose e oferecimento de incentivos alimentícios e sociais pela equipe de referência para o controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012-2013

No que refere a oferta de orientações pela equipe de referência, a maior parte dos indicadores foram considerados como regular, sendo importante enfatizar que as orientações relacionadas à TB enquadram-se entre estes indicadores. No entanto, o oferecimento de informações sobre estado imunológico, doenças

oportunistas e uso correto da TARV, obteve desempenho satisfatório. Encontrou-se como insatisfatório o indicador relacionado à oferta de orientações para a solicitação de benefícios sociais do governo (Figura 4).



V58a – Oferta de orientações sobre estado imunológico; V58b – Oferta de orientações sobre doenças oportunistas; V58c – Oferta de orientações sobre uso correto da TARV; V58d – Oferta de orientações sobre sinais e sintomas da tuberculose; V58e – Oferta de orientações sobre forma de transmissão da TB; V58f – Oferta de orientações sobre cuidados com o ambiente para evitar o adoecimento por tuberculose; V58g – Oferta de orientações sobre cuidados com o ambiente para evitar a transmissão da tuberculose; V58h – Oferta de orientações sobre redução do uso de álcool e drogas; V58i – Oferta de orientações sobre nutrição e alimentação; V58j – Oferta de orientações sobre solicitação de benefícios sociais do governo.

Figura 4 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis relacionadas à oferta de orientações pela equipe de referência para o controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012-2013

Discussão

Identificou-se o direcionamento de ações por parte das equipes dos SAE do município à estabilização do HIV/aids nos indivíduos, com predomínio de atividades clínicas e biológicas. Nesse sentido, evidencia-se a avaliação satisfatória dos entrevistados com relação à oferta de exames de sangue (CD4 e carga viral) e medicamentos da TARV. Esta situação pode relacionar-se à consolidação das estratégias de manejo e controle da aids, desvelando o empenho programático na manutenção de adequada abordagem clínica das PVHA em acompanhamento⁽¹⁷⁾. É imprescindível destacar o importante papel desempenhado por representantes da sociedade civil brasileira na conquista das políticas públicas para a assistência ao HIV/aids, o que contribui significativamente para o acesso universal e gratuito à TARV, implantado no Brasil desde 1996, o que causou um

impacto relevante na morbimortalidade com aumento da sobrevivência por aids no país⁽¹³⁾.

Ressalta-se que o uso regular da TARV se transforma em um importante fator de proteção contra o desenvolvimento da TB nesta população⁽¹⁸⁾. Ademais, estudos demonstram que o uso da TARV pode prevenir mortes entre coinfetados TB/HIV⁽¹⁹⁻²¹⁾, desta forma, seu uso deve ser implementado o mais rápido possível nos indivíduos diagnosticados com HIV⁽⁷⁾. No entanto, o uso isolado da terapia não garante a efetiva prevenção da coinfeção TB/HIV. Há que se pensar ainda, no cuidado de forma integral, considerando o estilo de vida, as condições socioeconômicas e culturais como fatores de vulnerabilidade ao contágio.

Desta maneira, a atenção às PVHA deve abranger ações educativas com relação à prevenção, forma de transmissão, sinais e sintomas e importância do diagnóstico precoce da TB, além de estratégias de trabalho em equipe que busquem a suspeição e detecção oportuna dos casos de TB nestes indivíduos⁽⁸⁾.

Com relação aos exames diagnósticos para TB (Raio X, PT e BK), os resultados mostram uma oferta regular e insatisfatória, apesar de reconhecida a vulnerabilidade das PVHA em desenvolver a doença. Esta baixa solicitação pode estar relacionada às dificuldades dos indivíduos em reconhecer os sinais e sintomas da doença não os relatando durante as consultas de seguimento, da mesma maneira que, aos profissionais de saúde, desconsiderando a possibilidade de existência de outras comorbidades atreladas ao HIV/aids, como a TB.

Outro aspecto que pode influenciar na conduta profissional é a inespecificidade dos sinais e sintomas da doença em indivíduos com HIV. Nestes casos, o diagnóstico da TB é dificultado por apresentar achados radiográficos atípicos, BK e cultura de escarro negativos e maior índice de TB extrapulmonar⁽²²⁾.

Outro motivo para a não solicitação dos exames, diz respeito à retaguarda dos serviços de saúde e laboratórios para a realização dos mesmos. Em Ribeirão Preto, no período de coleta dos dados, o aparelho de Raio X estava disponível em apenas uma unidade de PA do município, sendo a estrutura do SAE C acoplada a esta unidade. Ou seja, a solicitação “regular” deste exame diagnóstico pode ter sido influenciada por esta fragilidade.

Estudo realizado em três capitais, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador, mostrou que a baixa solicitação de BK também foi um resultado que chamou atenção⁽²³⁾, principalmente pelo fato do exame ser de baixo custo e determinante para o diagnóstico dos casos pulmonares de TB. Corroborando com os achados, outro estudo realizado em São José do Rio Preto/SP encontrou que esse exame ainda é pouco priorizado pelas equipes

de saúde, mesmo sendo preconizado como método principal para a descoberta de casos de TB⁽²⁴⁾.

Com relação à PT, sabe-se que esta é preconizada pelo MS a ser realizada ao menos uma vez por ano nas PVHA com objetivo de investigar e diagnosticar precocemente uma possível infecção por TB⁽⁸⁾. Porém, neste estudo, observou-se que a realização da PT foi classificada de forma regular pelos entrevistados. Seguindo esta tendência, a OMS traz que, mesmo com o conhecimento da importância da interação entre as duas endemias, somente cerca de 25% das PVHA atendidas em serviços de saúde especializados realizaram triagem para TB em 2009⁽⁷⁾. A carência de profissionais treinados para leitura do exame no município pode ter relação com a baixa realização da PT pelos serviços. Reitera-se que os profissionais treinados para execução deste exame fazem parte das equipes dos PCT, reforçando a necessidade de integração e articulação entre ambos os programas SAE e PCT.

A oferta insatisfatória da Isoniazida para prevenção da TB pode estar relacionada à baixa realização da PT pelos SAE do município, ou ainda à ausência da infecção. O esquema de tratamento da tuberculose tem eficácia de aproximadamente 95% reduzindo a transmissão da doença. No entanto, problemas na adesão ao tratamento, como o uso irregular do medicamento e o abandono do tratamento, podem ser apontados como fatores importantes que afetam a efetividade e, conseqüentemente, o controle da tuberculose no Brasil⁽²⁵⁾.

A oferta de medicamentos para prevenir doenças oportunistas também foi classificada como insatisfatória. Os entrevistados relataram apenas o uso da associação de *trimetoprima e sulfametoxazol* de forma assistemática. É importante ressaltar que existe a provisão dos medicamentos para prevenção de doenças oportunistas na rede, e observou-se nos prontuários a prescrição dos mesmos pelos infectologistas. Sendo assim, pode-se pensar em um viés de compreensão do entrevistado, confundindo o uso destes medicamentos como sendo parte do referido "coquetel" que compõe a TARV e não como relacionados à prevenção de outras situações relativas ao quadro.

No que diz respeito aos questionamentos feitos às PVHA para investigação da TB, identificou-se desempenho insatisfatório e regular, o que pode evidenciar a baixa utilização de um planejamento do cuidado às PVHA. Essa situação pode estar relacionada à formação acadêmica biologicista e centrada em uma única patologia/órgão/sistema, à ausência ou pouca evidencia da realização de educação permanente que privilegie a abordagem de novos conhecimentos e recomendações, e ainda, ao aspecto negligenciável imposto à TB até mesmo em

um contexto de vulnerabilidade ao desenvolvimento da doença que é o das PVHA.

Desta forma, a capacitação permanente dos profissionais de saúde assume papel fundamental para o controle da TB, com destaque à inserção de treinamentos e supervisões contínuas na prática das equipes para identificar falhas e dificuldades no processo, aprimorando as habilidades adquiridas⁽²⁶⁾. A superação deste obstáculo inclui ainda o preparo do profissional nas universidades envolvendo a integração ensino-serviço-pesquisa com, por exemplo, a inclusão dos *guidelines* do programa de controle da TB, e tempo suficiente para o ensino teórico e a prática, a fim de capacitar a lidar com a doença e sua prevenção⁽¹¹⁾.

No que diz respeito à oferta de orientações por parte da equipe, fica novamente evidente a importância dada às questões relacionadas especificamente ao HIV/aids, de modo que as orientações se limitaram aos esclarecimentos quanto ao uso correto da TARV, efeitos colaterais e imunodeficiência decorrente da multiplicação do HIV. Com relação às orientações sobre TB, nota-se uma oferta regular desta ação, o que reitera negligenciamento da doença frente ao cuidado prestado, envolvendo aqui tanto as questões técnicas e clínicas quanto de informação e educação em saúde para com o paciente.

Fica evidente que a equipe especializada tem focado suas ações no tratamento clínico, pouco explorando a dimensão do cuidar em nível mais ampliado, possivelmente em função da sobrecarga de trabalho, além da rotatividade de recursos humanos, o que prejudica a manutenção de profissionais preparados.

Orientações sobre as doenças pautadas na abordagem individual configuram importantes elementos para educação e empoderamento da pessoa para a percepção de sinais e sintomas da doença, da mesma maneira que para melhorar a adesão ao tratamento e fortalecimento do vínculo entre o profissional e indivíduo^(3,22,26). Assim, avançar em propostas de educação em saúde capazes de conscientizar as PVHA quanto à elevada probabilidade de infecção por TB pressupõe extrapolar questões técnicas e, de forma articulada à subjetividade e ao conhecimento dos mesmos, sensibilizando-os com relação às formas de transmissão, cuidados preventivos, reconhecimento de sinais e sintomas e busca dos serviços de saúde^(24,27-28).

Ainda aliada à questão social, a oferta de benefícios alimentares e sociais pela equipe de acompanhamento também foi classificada como insatisfatória pelos entrevistados. As dimensões sociais e econômicas são um desafio a ser conquistado e inserido no plano de cuidado. Esclarece-se, neste aspecto, que apenas os SAE A, B e D contavam com a presença de assistente social na equipe,

sendo estes profissionais não disponíveis todos os dias, nem tampouco oferecidos a todos os indivíduos, somente àqueles cuja equipe julgava pertinente. No momento da coleta dos dados, a unidade de saúde que aloja o SAE C, contava com a presença do assistente social no quadro de funcionários, no entanto, o mesmo era responsável apenas pela cobertura das demais especialidades atendidas no serviço. Esta situação reflete, além de aspectos organizacionais do sistema de saúde, questões inerentes à integração entre os profissionais das diferentes equipes do mesmo serviço, bem como destes com equipes de outros serviços e/ou especialidades. Reforça-se, mais uma vez, a fragmentação do cuidado e das relações profissionais. Há que se avançar na busca de estratégias que favoreçam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com utilização de tecnologias centradas nas relações interpessoais, na viabilização de ações conjuntas objetivando a resolutividade às demandas e necessidades das PVHA⁽¹¹⁻¹²⁾.

Reconhece-se como limitações do estudo a possibilidade de ocorrência de viés de memória e viés de seleção em função da amostragem por conveniência. Ademais, o estudo contemplou apenas a percepção das PVHA entrevistadas, ou seja, estão impregnadas por componentes pessoais e subjetivos que envolvem a satisfação com o atendimento prestado.

Conclusões

A oferta de ações e serviços para o controle da TB nas PVHA do município foi considerada regular, reforçando a necessidade de melhor planejamento da assistência a cada indivíduo. Faz-se indispensável a adoção de uma postura que propicie a conexão entre os diferentes protagonistas do cuidado e que permita a construção pela equipe de um projeto assistencial comum entre os programas de TB e de HIV/aids, coerente com as necessidades reconhecidas e atreladas a ambas as condições e que esteja disponível para acesso dos profissionais de todos os SAE e PCT.

O desafio que se impõe é pensar uma integralidade da atenção capaz de articular oferta de ações e serviços de saúde para o controle da TB nas PVHA focalizada no interior de cada processo de trabalho com uma uniformização na forma de organizar a assistência por meio da integração entre os profissionais, as equipes e os diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Referências

1. Brunello MEF, Chiaravallotti NF, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidade

- para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):556-63.
2. Bertolozzi MR, Takashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Medicina*. 2014;93:83-9.
3. Souza WV, Ximenes R, Albuquerque MFM, Lapa TM, Portugal JL, Lima MLC, et al. The use of socioeconomic factors in mapping TB risk areas in city of northeastern Brazil. *Pan Am J Public Health*. 2000;8(6):403-10.
4. Hino P, Villa TCS, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012;16:157-62.
5. Sonnenberg P, Murray J, Glynn JR, Shearer S, Kambashi B, Godfrey-Faussett P. HIV-1 recurrence, relapse, and reinfection of tuberculosis after cure: a cohort study in South African mineworkers. *Lancet*. 2002;359:90.
6. Cahn P, Perez H, Ben G, Ochoa C. Tuberculosis and HIV: a partnership against the most vulnerable. *J Int Assoc Phys AIDS Care*. 2003;2(3):106-23.
7. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: WHO report 2011. 2011. [Acesso 17 jan 2015]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf.
8. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para o manejo da coinfeção TB/HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS. Brasília (DF): Secretaria Executiva; Ministério da Saúde; 2013. 28 p.
9. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface*. 2015;19:5-6.
10. Khan FA, Abdullah Al-Motairi JM, Benedetti A, Harries A, Menzies D. An Updated Systematic Review and Meta-analysis on the Treatment of Active Tuberculosis in Patients with HIV Infection. *Clin Infect Dis*. 2015;55(8):1154-63.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana; 2012. 132 p.
13. Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSBE, et al. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev Saúde Pública*. 2013;47:137-46.
14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). [Internet]. Ribeirão Preto (SP): População e estatísticas vitais - Perfil municipal; 2012 [Acesso 20

- jul 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.
15. Pasquali, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Instituto de Psicologia. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999.
16. Macinko J, Almeida C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
17. Buchalla CM, Paiva V. Da Compreensão da Vulnerabilidade Social ao Enfoque Multidisciplinar. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):117-9.
18. Rezende ELLF, Vasconcelos AMN, Pereira MG. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. *Braz J Infect Dis*. [Internet]. 2010 [Acesso 28 out 2014]; 14(6):558-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702010000600003&lng=en.
19. Santoro-Lopes G, Pinho AM, Harrison LH, Schechter M.. Reduced risk of tuberculosis among brazilian patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with highly active antiretroviral therapy. *Brief report HIV/AIDS*. 2002;34:543-47.
20. Karim SSA, Naidoo K, Grobler A, Padayatchi N, Baxter C, Gengiah G, et al. Timing of initiation of antiretroviral drugs during tuberculosis therapy. *New Engl J Med*. 2010;362(8):697-706.
21. Maruza M, Albuquerque MF, Braga MC, Barbosa MT, Byington R, Coimbra I, et al. Survival of HIV-infected patients after starting tuberculosis treatment: a prospective cohort study. *Int J Tuberculosis Lung Dis*. 2012;16(5):618-24.
22. Barbosa EL, Levino A. Análise da coinfeção TB/HIV como fator de desenvolvimento da tuberculose multidroga resistente: uma revisão sistemática. *Rev Pan-Am Saude*. 2013;4(4):57-66.
23. Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;20(2):188-94 .
24. Wysocki AD, Ponce MAZ, Scatolin BE, Andrade RLP, Vendramini SHF, Ruffino Netto A, et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):440-7.
25. Ferreira ACG, Silva-Júnior JLR, Conde MB, Rabahi MF. Desfechos clínicos do tratamento de tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia. *J Bras Pneumol*. 2013;39(1):76-83.
26. Monroe AA, Gonzalez RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
27. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(2):369-77.
28. Buregyeya E, Kulane A, Colebunders R, Wajja A, Kiguli J, Mayanja H, et al. Tuberculosis knowledge, attitudes and health-seeking behavior in rural area Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;5(7):938-42.

Recebido: 30.7.2015

Aceito: 15.3.2016

Correspondência:

Tereza Cristina Scatena Villa
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: tite@eerp.usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.