



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

AGUINALDO JOSÉ DE ARAÚJO

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS
COINFECTADAS COM O HIV**

CAMPINA GRANDE – PB

2018

AGUINALDO JOSÉ DE ARAÚJO

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS COINFECTADAS
COM O HIV**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

CAMPINA GRANDE – PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A659a Araújo, Aginaldo José de.
Adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas
coinfectadas com o HIV [manuscrito] : / Aginaldo José de
Araújo. - 2018.
73 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade
Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Pesquisa, 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de
Figueiredo, Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Tuberculose. 2. HIV. 3. Terapia combinada. 4. Saúde
pública.

21. ed. CDD 614.542

AGUINALDO JOSÉ DE ARAÚJO

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DE PESSOAS
COINFECTADAS COM O HIV**

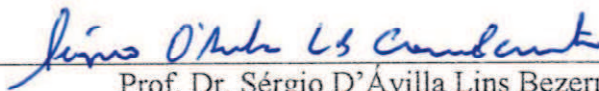
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Saúde Pública.

APROVADO EM: 16/04/2018

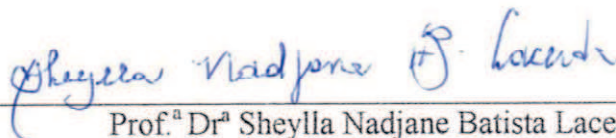
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba
Orientadora



Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba
Examinador 1



Prof.^a Dr.^a Sheylla Nadjane Batista Lacerda
Faculdade Santa Maria
Examinador 2

*Aos usuários do Sistema Único de Saúde,
DEDICO.*

AGRADECIMENTOS

A gratidão é a essência do *ser humano*. Este, é um espaço pequeno demais para agradecer a todos que contribuíram diretamente e indiretamente para que eu chegasse nesta etapa. É um sonho que torna-se realidade da forma mais afável possível.

Por mais que eu enderece nominalmente os meus agradecimentos, haverão aqueles que por ventura não me vieram à memória neste momento, porém, jamais os esquecerei.

Realizar este sonho não seria possível sem o meu *Guia Divino*, o qual sempre está ao meu lado, em todos os momentos. A *Ele*, agradeço pela vida e por todas as bênçãos alcançadas.

A minha orientadora *Prof^ª Tânia*, por acreditar em minha capacidade e compreender os meus desejos. Mais que uma orientadora acadêmica, é uma orientadora de vida, que com tanta ternura, aliviou os desafios que encontrei para chegar até aqui.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UEPB, que contribuíram na minha formação crítico-científica, o que foi imprescindível para a escrita deste trabalho.

Ao *Prof^º Jozemar*, por toda dedicação, paciência e responsabilidade em contribuir com o desenvolvimento deste estudo.

A *Rosi e Lívia*, amigas que me deram suporte em todos os momentos do curso, com quem compartilhei os conhecimentos, as conquistas, angústias e apreensões. Com elas, esta caminhada tornou-se mais segura e prazerosa.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde, que juntos, temos aprendido e contribuído no enfrentamento da tuberculose como problema de saúde pública. Em especial a *Ana Caroline*, que tem colaborado substancialmente nas atividades coletivas.

A *Amanda, Mona, Silmara, Tati* e aos demais colegas de turma, com quem compartilhei experiências exitosas no decorrer do curso.

A *Maria Rita*, mãe e responsável por minha existência e por alimentar meus sonhos. É nela que encontro todas as forças que preciso para seguir a minha jornada. Serei eternamente grato.

Aos meus irmãos *Beto, Dinha, Dão e Valdinho*, que acreditam e apostam na realização dos meus sonhos.

Aos profissionais de saúde que encontrei durante a realização da pesquisa e que contribuíram de forma inestimável para concretização da mesma.

A Universidade Estadual da Paraíba, a qual me sinto confortável em dizer que é minha segunda casa, a qual vivenciei todas as experiências possíveis enquanto estudante.

Ao Ministério da Educação e a CAPES, que através do Programa de Demanda Social, contribuíram para a minha permanência no curso, durante 17 meses. Os outros 7 meses foram financiados por minha mãe, agricultora, com baixa escolaridade e que sabe o quão a Educação é transformadora.

*Noutros tempos a morte / Tinha asas e voava / Hoje ela
me veio / Montando um cavalo / E eu irei na garupa /
Numa viagem veloz / Putupum,putupum /*

*Onde eu compro a passagem / No meu leito de doente /
Para o país sossegado / País louro da morte / Onde um
pulmão escavado / Serve de passaporte, /
Putupum,putupum*

*É um país sossegado / Que não tem hemoptise; / É uma
terra decente, / Sem escarros no chão, / Putupum,putupum.
País sem suores frios, / Sem cadeiras de lona, / Sem
bacilos de Koch / Putupum,putupum / E onde o vil
pneumotórax / Por certo é ignorado /
Putupum,putupum Putupum.*

Jamil Almansur Haddad

Araújo AJ. Adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas coinfectadas com o HIV. [Dissertação]. Campina Grande: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB; 2018.

RESUMO

Introdução: O controle da coinfeção Tuberculose-HIV representa um desafio para a saúde pública, visto que, apesar da existência de diagnóstico e tratamento disponíveis, a tuberculose (TB) é responsável por mais de um quarto das mortes nos indivíduos com Aids. Além disso, as pessoas que vivem com o HIV/Aids são as que mais abandonam o tratamento da TB. **Objetivo:** Investigar a adesão ao tratamento da tuberculose em doentes coinfectados com o HIV. **Materiais e métodos:** Estudo transversal descritivo de abordagem quanti-qualitativa, realizado em dois municípios do estado da Paraíba: João Pessoa e Campina Grande. A população estudada correspondeu a todos os doentes coinfectados TB-HIV que obtiveram o diagnóstico da TB no ano de 2016 e que realizaram o tratamento da TB (N=51). A amostra censitária foi obtida através dos seguintes critérios de inclusão: doentes maiores de 18 anos, com tratamento da TB finalizado até 30 de junho de 2017 e com capacidade de comunicação e compreensão preservadas; e de exclusão: doentes que não residiam nos locais de estudo e os institucionalizados e/ou privados de liberdade (n=35) e a amostra por saturação teórica dos dados foi n=22. A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2017, através de entrevistas que utilizaram um instrumento semiestruturado e um gravador de voz. Os dados quantitativos foram analisados através da construção de tabelas de frequências simples e medidas descritivas e técnicas da estatística inferencial bivariada, com uso do pacote estatístico *SPSS-ver 13.0*, tendo sido aplicados testes estatísticos, ao nível de 5% de significância. A análise qualitativa ocorreu através da Análise de Conteúdo, cumprindo-se as fases de pré-análise, exploração do material e processo de categorização. A realização da pesquisa obedeceu as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba. **Resultados:** Houve predominância do sexo masculino, da fase adulto-jovem, baixa escolaridade, com exposição à violência, do impedimento de realizar atividades ocupacionais após o adoecimento, diagnósticos tardio da TB e realizados em hospitais públicos. Os casos novos, a forma pulmonar, cura da TB e a falta de antituberculostáticos e antirretrovirais também foram evidenciados. Além disso, os depoimentos dos entrevistados revelaram facilidades e dificuldades na adesão ao tratamento da TB. **Conclusão:** O estudo identificou características sociais, de saúde-doença e cuidado em saúde de doentes que desenvolveram a coinfeção TB-HIV. Revelou facilidades e dificuldades vivenciadas pelos doentes durante o tratamento da TB e fragilidades nos serviços de assistência especializada em rastrear e diagnosticar a TB em PVHA. Houveram evidências de que a exposição à violência, o afastamento de atividades ocupacionais e a falta de medicamentos durante o tratamento foram desafios durante o processo de adesão.

Palavras-chave: Tuberculose. Coinfeção. HIV. Terapia combinada. Saúde pública.

Araújo AJ. Adherence to the treatment of tuberculosis in people co-infected with HIV. [Dissertation]. Campina Grande: Post-Graduation Program in Public Health, State University of Paraíba - UEPB; 2018.

ABSTRACT

Introduction: The control of Tuberculosis-HIV co-infection is a challenge for public health, insofar as, despite the existence of available diagnosis and treatment, tuberculosis (TB) is responsible for more than a quarter of deaths in individuals with AIDS. Moreover, people living with HIV/AIDS are the ones who most abandon TB treatment. **Objective:** To investigate adherence to tuberculosis treatment in patients co-infected with HIV. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach carried out in two cities of the state of Paraíba: João Pessoa and Campina Grande. The study population corresponded to all TB-HIV co-infected patients who had TB diagnosis and treatment in the year 2016 (N = 51). The census sample was obtained through the following inclusion criteria: patients over 18 years who completed TB treatment by June 30, 2017 and with preserved communication and comprehension skills; and exclusion: patients who did not live in the study sites, and those institutionalized and/or deprived of liberty (n = 35) and the theoretical saturation of the data was n = 22. Data collection was during July to October 2017, through interviews that used a semi-structured instrument and a voice recorder. The analysis of quantitative data were through the creation of simple frequency tables and descriptive measures and techniques of bivariate inferential statistics using the SPSS statistical package (version 13.0). Statistical tests were applied at the 5% level of significance. The qualitative analysis took place through Content Analysis, contemplating the phases of pre-analysis, material exploration and the categorization process. The accomplishment of the research obeyed the guidelines of Resolution 466/12 of the National Health Council and approved by the Ethics Committee of the State University of Paraíba. **Results:** There was predominance of males, from the adult to the young age, low levels of schooling, with exposure to violence, being unable to work after illness, late diagnosis of TB and performed by public hospitals. It was also evidenced new cases, pulmonary form, TB cure, and lack of anti-tuberculostatic and antiretroviral drugs. Furthermore, the interviews revealed facilities and difficulties in adhering to TB treatment. **Conclusion:** The study identified social, health-disease, and health care characteristics of patients who developed TB-HIV co-infection. It also revealed the facilities and difficulties experienced by patients during the treatment of TB and fragilities in the specialized care services in tracking and diagnosing TB in the population living with HIV-AIDS (PLWHA). There was evidence that the exposure to violence, withdrawal from occupational activities, and lack of medication during treatment were challenges during the adhesion process.

Keywords: Tuberculosis. HIV. Co-infection. Combined Modality Therapy. Public Health.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Mapa do estado da Paraíba com destaque para os cenários do estudo.....22
- Figura 2** – Fluxograma da seleção e composição da Amostra 1.....24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Passos procedimentais para constatação da saturação teórica para obtenção da Amostra 2.....	25
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência de enunciados referentes ao questionamento: Fale como foi o tratamento da tuberculose.....26

ARTIGO 1

Tabela 1 - Associação de características sociais com a situação de encerramento do tratamento da tuberculose de coinfectados TB-HIV.....36

Tabela 2 - Aspectos de saúde-doença de pessoas acometidas pela coinfeção TB-HIV, segundo os municípios de João Pessoa e Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2016.....37

Tabela 3 - Aspectos do cuidado prestado aos coinfectados TB-HIV em serviços de saúde dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, Paraíba, Brasil, 201638

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CG – Campina Grande

CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

CNPS – Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DS – Distrito Sanitário

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

JP – João Pessoa

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PB – Paraíba

PVHA – Pessoas que Vivem com o HIV/Aids

SES-PB – Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	13
1.2 O PLANO NACIONAL PELO FIM DA TUBERCULOSE.....	15
1.3 O CONCEITO DE ADESÃO AO TRATAMENTO.....	16
1.4 OS DETERMINANTES SOCIAIS E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE...	18
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3 PERGUNTA CONDUTORA	21
4 MATERIAIS E MÉTODOS	22
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	22
4.1.1 CENÁRIO 1.....	22
4.1.2 CENÁRIO 2.....	22
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
4.3 CATEGORIAS E VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	27
4.4 PERÍODO E TÉCNICA DA COLETA DOS DADOS.....	27
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	30
5 RESULTADOS	31
5.1 ARTIGO 1 – A COINFEÇÃO TUBERCULOSE-HIV: REALIDADES E DESAFIOS.....	31
5.2 ARTIGO 2 – ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DE DOENTES COINFECTADOS COM O HIV.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	
ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	66
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	69
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA...	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Historicamente conhecida, a Tuberculose (TB) permanece em evidência e configura-se como um grave problema de saúde pública no mundo, inclusive no Brasil^{1,2}. Disseminado no ar, o bacilo causador da infecção (*Mycobacterium tuberculosis*) favorece o desenvolvimento da TB ativa, ao possuir afinidade com as desigualdades sociais e condições de saúde-doença das populações¹.

A TB é priorizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos principais problemas de saúde pública, por ser de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A problemática da persistência em várias regiões é um desafio com grande dimensão, por associar-se à condições socioeconômicas desfavoráveis, ao envelhecimento populacional, aos movimentos migratórios e ao advento da Aids¹.

Declarada como emergência mundial pela OMS em 1993, a TB foi reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro em 1996 como problema de saúde pública, inserindo-a na agenda prioritária de controle de agravos, através da Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS)³.

Atualmente, o Brasil está entre os 30 países que concentram a maior quantidade de casos de TB no mundo; onde ocupa a 20ª posição em relação a carga da doença, a 19ª posição no que se refere aos casos de coinfeção TB-HIV e integra o grupo de cinco países (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) que juntos, somam cerca de 50% dos casos mundiais de e mobilizam mais de 90% dos recursos direcionados para as ações de controle da TB, através de recursos próprios¹⁻³.

Em 2016, foram notificados cerca de 70 mil casos novos da doença no Brasil, dos quais, 6,5 mil (9,4%) foram diagnosticados em pessoas com resultado positivo para HIV. De acordo com o MS, as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no país, apresentam risco 28 vezes maior de desenvolver a TB ativa, do que as pessoas que não convivem com a infecção. Com risco elevado, a mortalidade por aids no Brasil sofre impacto considerável, dentre as doenças infecciosas causadas por agente definido⁴.

Foram registrados 1.061 casos novos de TB no estado da Paraíba em 2015, dos quais 364 ocorreram em João Pessoa e 111 no município de Campina Grande, com incidências de 50,3 e 28,8 casos para cada 100.000 habitantes, respectivamente. No mesmo ano, incluindo os casos novos e de retratamento, foram notificados 51 casos de coinfeção TB-HIV em João

Pessoa e 13 casos em Campina Grande⁵.

As PVHA apresentam vulnerabilidades que contribuem para a coinfeção, uma vez que a TB continua sendo um dos grandes problemas de saúde pública, por estar diretamente ligada à pobreza, à má distribuição de renda, à urbanização acelerada e associada à epidemia de HIV/Aids, que enfrenta um processo crescente de pauperização^{3,6,7}.

O controle da coinfeção TB-HIV representa um desafio para a saúde pública, visto que, apesar da existência de diagnóstico e tratamento disponíveis, a TB é responsável por mais de um quarto das mortes nos indivíduos com Aids, além de permanecer com as taxas de abandono do tratamento elevadas e com cerca de 43% dos coinfectados resistentes a pelo menos um dos tuberculostáticos^{4,8}.

A quantidade de medicamentos utilizados para os dois tratamentos (anti-TB e anti-HIV), as reações adversas, assim como, as condições de vida condicionadas às desigualdades sociais, o estigma e a forma de inserção social dos acometidos, podem interferir diretamente no desfecho da TB, favorecer o abandono terapêutico, agravo da Aids e propiciar casos novos de TB, inclusive com riscos de bacilos multidrogarresistentes^{7,9,10}.

Um estudo realizado em Nepal constatou que o fato dos medicamentos serem fornecidos gratuitamente pelos programas públicos, não é suficiente para os doentes concluírem o tratamento¹¹. Em outros estudos a recuperação dependia de outros fatores como a renda, recebimento de incentivos sociais e a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO)^{11,12}. Tais condições são fatores de vulnerabilidade e são primordiais para a tomada de decisão durante o planejamento das ações de controle da TB¹³.

Desta forma, ao considerar a maior proporção de abandono e de falhas no tratamento da TB, e a ocorrência de eventos adversos em pessoas com coinfeção TB-HIV, a intensificação de estratégias de adesão ao tratamento de ambos os agravos tornou-se prioridade do MS da OMS¹⁴.

Entre as estratégias de adesão destacam-se a recomendação do TDO para todos os doentes e o acompanhamento de equipes multiprofissionais dos Serviços de Assistência Especializada à PVHA (SAE), de maneira que promova abordagens resolutivas e adequadas, uma vez que esses indivíduos necessitam de avaliação constante, manejo adequado e escuta qualificada para os diferentes contextos de cada indivíduo acometido^{3,8,14}.

São poucos os estudos desenvolvidos no Brasil que abordam a adesão ao tratamento da TB em PVHA, razão que motiva desenvolver a presente pesquisa, uma vez que a identificação dos fatores que favorecem ou não a adesão ao tratamento da TB podem ser úteis na redução dos elevados percentuais de abandono, na melhoria da qualidade de vida das

PVHA, no aperfeiçoamento dos serviços de saúde assistenciais, na efetividade das políticas públicas de saúde e no alcance das metas desejadas pela OMS.

1.2 O PLANO NACIONAL PELO FIM DA TUBERCULOSE

O Brasil está entre os países com maior número de casos de TB no mundo. Entretanto, é referência global para as ações de controle deste agravo. Através de experiências exitosas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede Brasileira de Pesquisa em TB (Rede-TB), destacou-se na Assembleia Mundial de Saúde da OMS em 2014, quando foi aprovada a estratégia global para o enfrentamento da tuberculose, com a visão de um mundo livre da doença, até 2035^{2,15}.

A partir dos esforços globais para reduzir os coeficientes de incidência e mortalidade, o MS elaborou o Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose, com objetivo de abolir a TB como problema de saúde pública no Brasil, com uma meta de menos de 10 casos por 100.000 habitantes, até 2035². O objetivo deste plano é auxiliar no planejamento de ações que favoreçam a obtenção satisfatória de indicadores de controle da doença em todas as regiões do país.

Este Plano foi organizado em três dimensões, com objetivos específicos em cada uma, de modo a contribuir com alcance das metas recomendadas pela OMS².

1ª) Prevenção e cuidado integrado centrados no paciente:

- Diagnosticar, precocemente, todas as formas de tuberculose, com oferta universal de cultura e teste de sensibilidade, incluindo o uso de testes rápidos;
- Tratar de forma adequada e oportuna todos os casos diagnosticados de tuberculose, visando à integralidade do cuidado;
- Intensificar as atividades colaborativas TB-HIV;
- Intensificar as ações de prevenção.

2ª) Políticas arrojadas e sistema de apoio:

- Fomentar ações para garantir a realização das atividades de cuidado e prevenção da doença com recursos adequados (humanos, de infraestrutura e financeiros);
- Fortalecer a articulação intra e intersetorial para garantia dos direitos humanos e da cidadania nas ações de controle da doença;
- Fortalecer a participação da sociedade civil nas estratégias de enfrentamento da doença;
- Melhorar a qualidade dos sistemas informatizados de registro de casos para tomada de decisão mais oportuna.

3ª) Intensificação da pesquisa e inovação:

- Estabelecer parcerias para fomentar a realização de pesquisas no país em temas de interesse para saúde pública;
- Promover a incorporação de iniciativas inovadoras para aprimorar o controle da tuberculose.

Para alcançar o objetivo de intensificar as ações colaborativas no controle da coinfeção TB-HIV, o Plano trás como estratégias o estabelecimento de grupos de trabalho em conjunto, a oferta do teste rápido anti-HIV para todas as pessoas com a TB, o rastreamento da TB em todas as PVHA que visitam os serviços de saúde, diagnóstico e tratamento da infecção latente da TB (ILTb) nesta população, bem como promover o cuidado integral no mesmo serviço de saúde, iniciar de modo oportuno a TARV e executar o conjunto de ações colaborativas no manejo da coinfeção^{2,14}.

A execução dos objetivos do Plano foi dividida em quatro períodos: 2017 – 2020, 2021 – 2025, 2026 – 2030 e 2031 – 2035. Cada período será avaliado no seu término, de modo a contribuir na elaboração de estratégias para alcançar as metas dos períodos seguintes².

1.3 O CONCEITO DE ADESÃO AO TRATAMENTO

O conceito de adesão varia entre diversos autores, baseado na dicotomia entre aqueles que focalizam o processo no doente e aqueles que procuram compreender os fatores externos que podem interferir nas condutas terapêuticas.

Proveniente da discordância existente entre os termos da língua inglesa: *adherence* e *compliance*, a adesão era entendida por Haynes em 1979 como o grau de conformidade do indivíduo em relação ao tratamento, com papel receptivo (*compliance*). O segundo termo, ou *adherence*, descreve a adesão como o esforço do doente em dar seguimento à conduta terapêutica¹⁶.

A abordagem do termo *compliance* remete uma condição de submissão do indivíduo doente a um padrão de normas estabelecidos pelos profissionais de saúde, impossibilitando-os de ter autonomia quanto às condutas terapêuticas prescritas, além de torná-los exclusivamente responsáveis pelo seguimento do tratamento¹⁶.

Na compreensão do termo *adherence*, o indivíduo é participante e responsável pela decisão de aderir, com papel ativo no controle do seu tratamento e constitui uma conexão com o profissional de saúde, reconhecendo as responsabilidades de todos os envolvidos no tratamento¹⁶ e superando as abordagens multicausais que centram as causas da adesão em fatores não hierarquizados e não contextualizados¹⁷.

O conceito de adesão tem sido trabalho no Brasil por Bertollozi desde 1998. De acordo

com a autora, é um ato ou processo de aderir no qual uma pessoa, instituição ou o Estado passa a participar em consenso de um processo; reflete a ação de vincular-se a algo, doutrina e/ou modo de vida¹⁸. Configura-se como a necessidade de consecução da saúde, ao apresentarse como um projeto de vida¹⁸, ultrapassando aspectos individuais/biológicos e alcança outras dimensões, ao envolver aspectos que incluem a forma de como o sujeito concebe o adoecer, a sua posição social e o modo de organização dos serviços de saúde¹⁷.

Estudos^{16,19,20} revelam que a adesão ao tratamento envolve aspectos objetivos (métodos de tratamento e prescrição não-medicamentosa e subjetivos (atitudes, crenças, percepções, desejos, ganhos e ônus com adoecimento e tratamento), os quais requer compreensão de que o acesso a medicamentos não é suficiente para garantir o sucesso terapêutico.

As peculiaridades e especificidades na compreensão da adesão nas intervenções de saúde conectam três planos: 1) concepção de saúde/doença da pessoa enferma; 2) o lugar social ocupado pela pessoa doente; 3) o processo de produção da saúde¹⁸.

O primeiro plano compreende que a concepção do processo saúde-doença depende de estruturas que integram a sociedade: economia, tecnologia e a dimensão jurídico-político-ideológica¹⁸.

Já o segundo plano corresponde à acessibilidade e a todos os elementos que condicionam viver em sociedade, que apontam as necessidades fundamentais para o seguimento da vida: moradia, alimentação, vestuário, escolaridade, informação, transporte, lazer, serviços de saúde, entre outros¹⁸.

E o terceiro, incorpora o processo de produção dos serviços de saúde, através de tecnologias que permitam contemplar as necessidades de saúde, através de dispositivos como a escuta qualificada, estabelecimento do vínculo, capacitação profissional e condições de trabalho que estabeleçam relações sinérgicas em busca da autonomia dos indivíduos na execução do tratamento¹⁸.

Os três planos de proposição são inseparáveis e revelam aspectos que possibilitam compreender as especificidades do conceito, indo além da interpretação de que aderir ou a não aderir uma terapia é resultado de comportamentos/atitudes individuais e alcança patamares que se associam ao contexto social em que estes indivíduos estão inseridos, permitindo identificar potências que podem facilitar o projeto terapêutico¹⁸.

1.4 OS DETERMINANTES SOCIAIS E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

A vida humana se produz conforme se organiza em sociedade, por meio da produção e distribuição dos produtos humanos necessários para a sobrevivência, como alimentos, moradia, educação, meio ambiente, transporte, serviços de saúde, hábitos ou estilos de vida, entre outros, denominados de determinantes sociais da saúde (DSS)²¹.

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, tais produtos humanos estão vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, assim como a macrofatores como a economia, o ambiente e a cultura. Entretanto, existe uma linha tênue que tende a culpabilizar os indivíduos durante a adoção desses determinantes como teoria explicativa do cuidado em saúde^{21,22}.

O reconhecimento dos produtos humanos, associado à fatores clássicos e de risco são importantes para conhecer a situação de saúde das populações. É através desses aspectos que identificam-se as necessidades de implementação e aperfeiçoamento de estratégias e políticas que contribuam para a qualidade de vida. Entretanto, quando avaliados isoladamente, contribuem para uma perspectiva reducionista que pouco auxilia a compreensão de que por trás desses determinantes, existe uma construção social que condicionam suas existências^{21,23}.

Até mesmo modelos consagrados na literatura, como os de Dahlgren e Whitehead e o de Diderichen, que buscam expandir a ótica sobre os DSS, com o objetivo compreender a importância de ações políticas direcionadas para reduzir as desigualdades nos mais diversos grupos sociais e indicar que a condição de saúde ou de doença sofre interferências dos contexto sociais e condições de vida, representando-os em macro e microdeterminantes, não demonstram as interrelações dialéticas entre as formações sociais²¹.

As condições particulares de existência estão subordinadas ao modo de vida imposto pela sociedade, e são pouco compreendidas quando são analisadas em uma perspectiva fragmentada, sem uma estrutura que as organize de forma racional e que expliquem suas ocorrências^{21,23}.

Em decorrência disso, muitos estudos propõem intervenções que contemplam questões fundamentais para a saúde das populações, como ações educativas, acesso de qualidade à elementos naturais saudáveis (água e alimentos), esgoto, habitação, emprego, atividade física e etc²¹. Entretanto, é comum desconsiderarem que estas, são questões pré-determinadas, disponibilizadas à indivíduos inseridos em um sistema onde as coisas são produzidas pelo valor de troca e não pelo valor uso, ao considerar que esta produção em valor de troca prejudica o valor do uso²⁴.

Identificar os fatores que interferem a saúde e a doença das populações é de extrema importância, porém insuficiente. Perceber as deficiências e as potencialidades é fundamental no processo de avaliação da saúde, mas é insuficiente para compreender a determinação da mesma²¹. A acessibilidade e estes produtos é subordinada pelo sistema que os produz. O acesso aos bens produzidos no trabalho social se dá de diferentes formas para os grupos sociais²⁴.

Neste sentido, compreender a determinação social da saúde não se restringe ao identificar aspectos que condicionam o processo saúde-doença, e muito menos ao acesso aos produtos humanos. Mas que as possibilidades de realização do indivíduo e o acesso aos bens imprescindíveis para tal, inclusive a saúde, são dependentes da forma de como as forças produtivas estão organizadas e desenvolvidas e das relações de produção entre o homem e o meio em cada formação social^{21,23}.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a adesão ao tratamento da tuberculose em doentes coinfectados com o HIV.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos sociais, de saúde-doença e cuidado em saúde de doentes coinfectados tuberculose-HIV que realizaram o tratamento da tuberculose.
- Conhecer a percepção de doentes coinfectados tuberculose-HIV sobre o processo de adesão ao tratamento da tuberculose.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Quais fatores podem interferir na adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas com coinfeção TB-HIV?

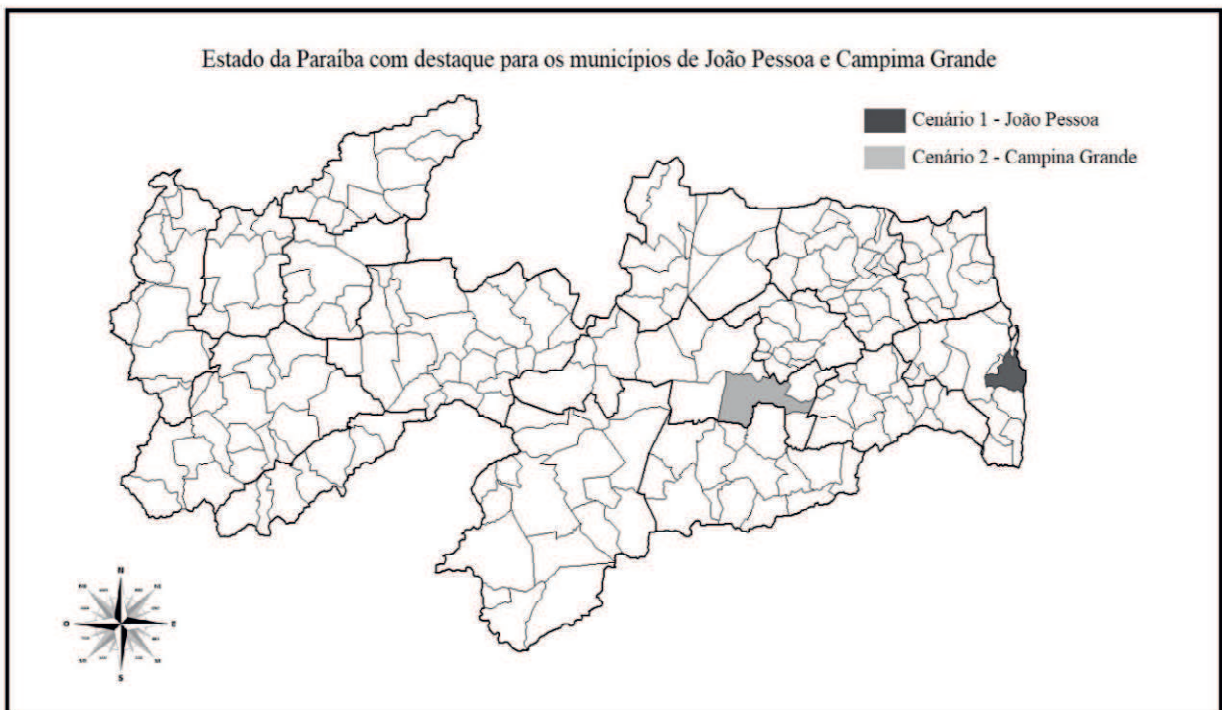
4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com recorte transversal e abordagem quantitativa, proveniente de um projeto de pesquisa com maior abrangência, intitulado como “Avaliação da situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no Estado da Paraíba – Brasil”, sob coordenação da Professora Doutora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

4.1 CENÁRIOS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em dois municípios do estado da Paraíba: João Pessoa e Campina Grande (Figura 1), os quais eram considerados prioritários pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB) para o desenvolvimento de estratégias e ações de controle da TB até o ano de 2014, e que atualmente concentram cerca de 80% dos casos de coinfeção TB-HIV no estado.

Figura 1: Mapa do estado da Paraíba, com destaque para os cenários do estudo.



Fonte: SES-PB, 2016.

4.1.1 CENÁRIO I

O município de João Pessoa (JP), capital do Estado da Paraíba (PB), cuja área de unidade territorial é de 211,475 km², população de 723.515 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,763²⁵.

Em relação aos serviços de saúde, está demarcado territorialmente em 5 Distritos Sanitários (DS) e 208 estabelecimentos com atendimentos através do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, assim como aos especializados e a assistência hospitalar TB²⁶.

4.1.2 CENÁRIO II

Campina Grande (CG), localizado na região agreste da PB e considerado o segundo maior município do estado em relação à quantidade de habitantes e ao desenvolvimento econômico, com área territorial de 593,023 km², população de 385.213 habitantes e IDH de 0,720²⁵.

No tocante aos serviços de saúde, a rede está distribuída em 6 DS e 112 estabelecimentos com atendimentos pelo SUS²⁵. Desenvolve ações de atenção à TB através de 100 Equipes de Saúde da Família (distribuídas em 80 Unidades Básicas de Saúde), 01 Ambulatório de Referência em TB e 06 Centros de Saúde²⁷.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

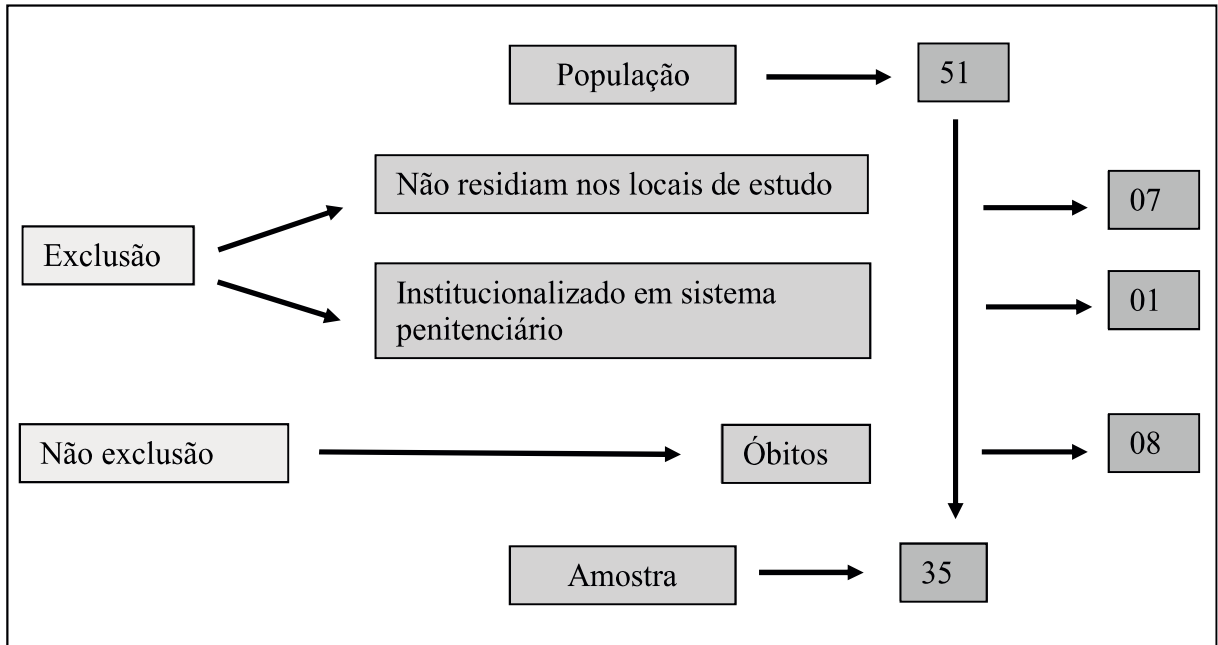
A população estudada compreendeu todos os doentes com TB registrados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) dos municípios em estudo, considerados casos de coinfeção TB-HIV no ano de 2016 (N=51).

Foram incluídos no estudo os doentes com a coinfeção TB-HIV maiores de 18 anos, com tratamento da TB encerrado até 30 de junho de 2017 e que possuíam capacidade de comunicação e compreensão preservadas. Como critérios de exclusão: os que não residiam nos locais de estudo, encontravam-se em situação privada de liberdade e/ou institucionalizados.

Como foi um estudo realizado com população reduzida, optou-se trabalhar com amostra censitária, onde todos os sujeitos da população foram elegíveis para participar da

investigação, desde que atendessem os critérios de inclusão e exclusão. Desta forma, a amostra foi composta por 35 participantes, conforme demonstração na Figura 2.

Figura 2: Fluxograma de seleção e composição da Amostra 1



Entretanto, por tratar-se de um estudo quanti-qualitativo, houve a necessidade de definir uma segunda amostra populacional, a qual foi obtida através das diretrizes de obtenção de amostra por saturação teórica²⁸, de modo a alcançar o objetivo qualitativo deste estudo.

O passo-a-passo dos procedimentos realizados para a obtenção da amostragem por saturação teórica, está descrito no Quadro 1.

A alocação dos enunciados extraídos dos depoimentos estão apresentados na Tabela 1. Nela consta o registro de como os entrevistados proferiram determinado tipo de enunciado a respeito do questionamento proposto. Seu propósito principal é permitir a visualização de como distribuíram-se os 16 tipos de enunciados identificados ao longo das 35 entrevistas. Observa-se então como a dinâmica conduziu à interrupção da inclusão de depoimentos dos participantes na amostra, ao constatar-se o escasseamento de novos tipos de enunciados, correspondendo ao adensamento teórico, com base nos dados empíricos disponíveis e nos atributos analíticos e interpretativos realizados. Desse modo, obteve-se uma amostra com 22 entrevistados.

Quadro 1: Passos procedimentais para constatação da saturação teórica para Amostra 2.

Passos	Descrição
Passo 1: Disponibilizar os registros de dados “brutos”	Acesso a todos os registros integrais de áudio e transcrições
Passo 2: “Imergir” em cada registro	Realizadas leituras e audições individuais para identificar núcleos de sentido nos depoimentos
Passo 3: Compilar as análises individuais	Compilou-se os temas e tipos de enunciados identificados em cada entrevista.
Passo 4: Reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria	Agregam-se as falas consideradas exemplares dos núcleos de sentido identificados
Passo 5: Codificar ou nominar os dados	Nomeou-se os tipos de enunciados contidos
Passo 6: Alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados	Agregando-os e destacando quando se deu a primeira ocorrência
Passo 7: Constatar a saturação teórica	Novos tipos de enunciados não foram, de maneira consistente, acrescentados após novas entrevistas

Tabela 1. Distribuição da frequência de enunciados referentes ao questionamento: *Fale como foi o tratamento da tuberculose.*

Tipos de enunciados	Entrevistas																																			Total de recorrências			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35				
Histórico de abandono do tratamento da TB	○	x	x			x																															4		
Menções a programas de proteção social				○							x							x	x						x								x				6		
Menções ao apoio de serviços de saúde					○						x																	x									4		
HIV							○				x								x		x																4		
Quantidade de medicamentos						○		x							x									x											x			5	
Diversidades da evolução clínica							○	x					x			x									x											x		6	
Aceitação da condição de saúde-doença										○							x		x		x																	4	
Menções ao apoio familiar										○	x					x																			x		x		6
Exposição à violência											○																											1	
Transporte público inadequado											○	x																										3	
Comprometimento de renda												○							x		x																	3	
Estigma e preconceito													○																									5	
Tratamento gratuito														○	x																							5	
Afastamento das ocupações																		○		x																		4	
Menções ao apoio comunitário																						○	x															4	
Falta de medicamentos																							○																3
Total de novos tipos de enunciados para cada nova entrevista	1	0	0	1	1	0	2	1	0	2	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-		

○ – Novo tipo de enunciado

x - Recorrências

4.3 CATEGORIAS E VARIÁVEIS DE ESTUDO

As categorias e variáveis estudadas foram definidas de duas formas, de acordo com os objetivos específicos.

Para identificar os aspectos sociais, de saúde-doença e cuidado em saúde de coinfectados TB-HIV que realizaram o tratamento da TB, as categorias e variáveis foram pré-determinadas, com base nos três planos que constituem o conceito de Adesão ao tratamento proposto por Bertolozzi (2009): 1) à concepção de saúde-doença apresentada pela pessoa que apresenta a enfermidade; 2) a posição social ocupada pela pessoa doente; 3) o processo de produção da saúde.

Neste sentido, as categorias e as variáveis definidas para alcançar este objetivo, foram:

- **Características individuais e sociais:** Sexo, Faixa etária, Escolaridade, Ocupação/Situação no momento do tratamento, Situação de moradia e Exposição (violência, enchentes, moradias em condições inadequadas e outras).
- **Aspectos de saúde-doença:** A coinfeção TB-HIV dificultou trabalho/estudo, Realizou o tratamento da ILTB, Descobriu o HIV antes ou depois do diagnóstico da TB, Tipo de entrada da TB, A forma clínica da TB e a situação de encerramento do tratamento da TB.
- **O cuidado em saúde:** Unidade de saúde de diagnóstico da TB, Tempo para receber o diagnóstico da TB, Faz uso do TARV, Faltou medicamento em algum momento do tratamento da TB ou do HIV.

Em relação ao objetivo de conhecer as percepções de doentes coinfectados tuberculose-HIV sobre o processo de adesão ao tratamento da TB, as categorias foram definidas posteriormente, através das respostas do seguinte questionamento: *Fale como foi o tratamento da tuberculose.*

4.4 PERÍODO E TÉCNICA DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2017, através de um instrumento semiestruturado impresso (Anexo 1) e gravador de voz, em duas fases: exploratória e de campo.

Na fase exploratória, foi recebida a anuência e a autorização do setor responsável da SES-PB, assim como o acesso ao banco de dados do Sinan, do qual foram extraídas

informações de localização (nome completo, idade e endereço) dos sujeitos de interesse da pesquisa.

Na segunda fase, ou fase de campo, os pesquisadores realizaram visitas domiciliares aos participantes. Como alternativa, conforme conveniência e disponibilidade dos participantes, o contato também ocorreu em ambientes de trabalho.

A aplicação do instrumento semiestruturado aconteceu por meio de uma entrevista, com duração média de 30 minutos, cujas informações foram anotadas por escrito (dados quantitativos) e audiogravadas em formato mp3 (dados qualitativos), através de um gravador de voz.

Os entrevistadores eram integrantes do Grupo de Pesquisa em Avaliação de Serviços de Saúde da UEPB, cadastrado no CNPq e alunos do Mestrado em Saúde Pública do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da UEPB, previamente capacitados em junho de 2017.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Por tratar-se de um estudo quanti-qualitativo, o processamento e a análise dos dados ocorreu de duas formas.

Os dados quantitativos foram digitados em planilhas do software Excel 2010 para a construção de um banco de dados. Posteriormente, as informações contidas neste banco foram transferidas para o pacote estatístico *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 13.0*. As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal e ordinal (variáveis qualitativas) e intervalar ou da razão (variável quantitativa).

Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes e procedeu-se a consistência dos dados. Em seguida, para o levantamento da caracterização demográfica dos participantes em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples e medidas descritivas.

Na sequência, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada, com uso do pacote estatístico *SPSS-ver 13.0*, tendo sido aplicados os seguintes testes estatísticos, ao nível de 5% de significância:

- **Teste de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov):** teste não-paramétrico para verificação da normalidade da distribuição probabilidade de uma variável quantitativa. Compara a distribuição de frequência amostral acumulada da variável quantitativa considerada com a função de distribuição acumulada da Normal padronizada.

- **Teste de Levene para comparação de duas variâncias:** teste paramétrico para comparação da igualdade de duas variâncias populacionais (homocedasticidade). Usa a estatística F de Snedecor, graus de liberdade, $g.l = (v_1, v_2)$ como estatística de teste.
- **Teste t para comparação de duas amostras independentes:** teste paramétrico para comparação das médias de duas amostras independentes. Usa como condições ou premissas a normalidade e a homocedasticidade dos dados.
- **Teste de associação de χ^2 :** Teste não-paramétrico para tabela de dupla entrada $I \times C$. Mede a existência ou não de associação entre duas variáveis categóricas, em particular é usado em tabela de contingência 2x2 para variáveis dicotômicas.
- **Teste exato de Fisher:** alternativa do teste de associação de χ^2 para tabela de contingência 2x2, quando ocorre casela ou célula com frequência esperada ou teórica inferior a 5. Determina o cálculo exato da significância p-valor.

Em relação ao dados qualitativos, as entrevistas foram transcritas na íntegra em um banco através do software Word 2010. Após a obtenção da amostra por saturação teórica, os depoimentos foram analisados de acordo com o referencial metodológico da Análise de Conteúdo⁸, cumprindo-se as seguintes fases:

- **Pré-análise:** foram realizadas leituras precisas e extenuantes dos depoimentos, com o objetivo de destacar pontos significativos relacionados ao objetivo do estudo.
- **Exploração do material:** foi realizada a codificação, processo no qual os dados brutos foram demudados sistematicamente e agregados em duas unidades: contribuições para tratamento da tuberculose e desafios durante o tratamento da tuberculose
- **O processo de categorização:** realizou-se a classificação dos elementos de acordo com as semelhanças e distinções e conseqüentemente, o reagrupamento de aspectos semelhantes, emergindo as categorias: Facilidades na adesão ao tratamento da tuberculose e Dificuldades na adesão ao tratamento da tuberculose.

Os depoimentos foram identificados com a letra E (Entrevistado), seguidos do número de ordem de realização da entrevista, além da primeira letra relacionada ao sexo (M) ou (F) e da idade (em anos).

Todos os dados obtidos no presente estudo foram computados através da técnica da dupla digitação, com a finalidade de evitar possíveis erros de digitação e interpretação.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, com o CAAE: 59349316.8.0000.5187 (Anexo 2) e seguiu todas as orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)³⁰.

Para a realização das entrevistas, os participantes foram convidados a participar da pesquisa e receberam esclarecimentos sobre os aspectos éticos regidos na resolução e sobre os riscos mínimos da participação. Após concordância, assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 3), onde uma ficou sob posse do pesquisador e a outra com o participante.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

A COINFEÇÃO TUBERCULOSE-HIV: REALIDADES E DESAFIOS

RESUMO

Introdução: A coinfeção Tuberculose-HIV configura-se como um desafio para a saúde pública, principalmente nas regiões em desenvolvimento socioeconômico. **Objetivo:** Identificar aspectos sociais, de saúde-doença e cuidado em saúde de coinfectados tuberculose-HIV que realizaram o tratamento da tuberculose. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, realizado em dois municípios de grande porte do estado da Paraíba: João Pessoa e Campina Grande. Teve como população todos os doentes coinfectados TB-HIV com diagnóstico e tratamento da TB em 2016, nos locais do estudo. A amostra foi de 35 casos, com processo de amostragem censitária. Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2017, através de entrevistas semiestruturadas, com questionário que contemplou variáveis sociais, de saúde-doença e cuidado em saúde. A análise bivariada foi realizada através do *SPSS v.13.0*, ao nível de significância de 5%. **Resultados e discussão:** Houve predominância do sexo masculino, da fase adulto-jovem, baixa escolaridade, com exposição à violência, do impedimento de realizar atividades ocupacionais após o adoecimento, diagnósticos tardio da TB e realizados em hospitais públicos. Os casos novos, a forma pulmonar, cura da TB e a falta de antituberculostáticos e antirretrovirais também foram evidenciados. Esses resultados revelam a importância de ações intersetoriais, com o objetivo de desenvolver ações estratégicas que contribuam com a redução das desigualdades sociais e consequentemente, no controle dos agravos. **Conclusão:** A exposição à violência, o afastamento de atividades ocupacionais e a falta de medicamentos durante o tratamento foram achados inéditos, e configuram-se como desafios que provavelmente desfavorecem a adesão terapêutica e dificultam o controle de ambos os agravos.

Descritores: Tuberculose. Coinfeção. HIV. Saúde pública. Diagnóstico. Terapia combinada.

HIV-TUBERCULOSIS CO-INFECTION: REALITIES AND CHALLENGES

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis-HIV co-infection is a challenge for public health, especially in the regions in socioeconomic development. **Objective:** To identify social, health-disease and health care aspects of tuberculosis-HIV co-infected patients who underwent tuberculosis treatment. **Methods:** Descriptive cross-sectional study carried out in two cities in the state of Paraíba: João Pessoa and Campina Grande. Population was all TB-HIV co-infected patients with TB diagnosis and treatment in 2016 at the study sites. The sample consisted of 35 cases, with a census sampling process. Data collection was from July to October 2017, through semi-structured interviews, with a questionnaire that included social, health-disease and health care variables. The bivariate analysis was through *SPSS v.13.0*. **Results and discussion:** There was a predominance of males, of the adult-young age, low level of schooling, exposure to violence, disability to work after illness, late diagnoses of TB and performed by public hospitals. It was also evidenced new cases, pulmonary form, TB cure,

and lack of antituberculosstatic and antiretroviral drugs. These results reveal the importance of intersectoral actions, aiming to develop strategic actions that contribute to the reduction of social inequalities and, consequently, control of the diseases. **Conclusion:** Exposure to violence, withdrawal from occupational activities, and lack of medication during treatment were unpublished findings of this study, and constitute challenges that are likely to disadvantage therapeutic adherence and difficult to control both diseases.

Keywords: Tuberculosis. HIV. Co-infection. Public Health. Diagnosis. Combined Modality Therapy

INTRODUÇÃO

Estima-se que um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, agente causador da tuberculose (TB), e que 1,1 milhão de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) desenvolveram a coinfeção TB-HIV no mundo¹.

O Brasil é um país prioritário pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para execução das ações da estratégia global para o enfrentamento da TB e ocupa a 19ª posição no ranking dos 30 países que concentram a maior quantidade de casos de coinfeção TB-HIV. Em 2015, 6,8 mil PVHA desenvolveram a TB no país¹.

O impacto negativo da associação entre a TB e o HIV representa um desafio para a saúde pública, mediante a execução das estratégias recomendadas pela OMS¹, pois o diagnóstico da doença em PVHA costuma ser tardio, em decorrência de falhas de comunicação entre os serviços de referência para o atendimento desses agravos. Outro fator que dificulta a redução de óbitos e da incidência de TB é o fato de que muitos sujeitos não se identificam em situação de risco para o desenvolvimento das doenças, e negligenciam a prática do autocuidado².

Sabe-se que a TB é uma doença socialmente determinada e que ganhou magnitude após o advento da aids³. Além disso, estudos revelam que determinantes sociais como a pobreza, baixa escolaridade, densidade demográfica alta e comportamentos culturais são comuns entre essas doenças e reforçam a necessidade de articular os serviços de saúde com outras esferas da sociedade, de modo a torná-los capazes de executar as ações de controle de ambos os agravos^{2,4}.

Estudos apontam o fato de que a TB e o HIV exercem impactos negativos no desenvolvimento socioeconômico, e revelam a necessidade da implementação de programas que permitam a redução das desigualdades sociais, com o objetivo de romper o ciclo que nutre a pobreza e a exclusão social, e desta forma, favorecer a redução dos indicadores epidemiológicos de ambos os agravos^{2,4-6}.

Neste sentido, considerando a magnitude do problema que a coinfeção TB-HIV representa no âmbito da saúde pública, principalmente nas regiões em desenvolvimento, o conhecimento dos diferentes aspectos relacionados à ocorrência deste fenômeno possibilita elaborar e aperfeiçoar as estratégias de controle dos agravos nas diferentes esferas do trabalho em saúde. Neste sentido, o estudo teve como objetivo identificar aspectos sociais, de saúde-doença e cuidado em saúde de coinfectados tuberculose-HIV que realizaram o tratamento da tuberculose.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo, realizado em João Pessoa (JP) e Campina Grande (CG), dois municípios de grande porte do estado da Paraíba, Brasil. João Pessoa é a capital do estado, possui área territorial de 211,475 km², população de 723.515 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,763⁷. Já Campina Grande é o segundo maior município em número de habitantes (385.213) e desenvolvimento econômico, com área territorial de 593,023 km² e IDH de 0,720⁷. Ambos, concentram mais de 80% dos casos de coinfeção TB-HIV no estado.

A população do estudo constituiu-se de todos os casos de coinfeção TB-HIV (N=51), com diagnóstico da TB em 2016, e que foram notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) neste mesmo ano. Por tratar-se de um estudo com população reduzida, optou-se trabalhar com amostra censitária, na qual todos os elementos da população que atenderam os critérios de inclusão e exclusão foram elegíveis para a investigação. Como critérios de inclusão, considerou-se os indivíduos maiores de 18 anos e com capacidade de comunicação e compreensão preservadas; e como critério de exclusão, os doentes que residiam em locais de estudo e os que estavam privados de liberdade e/ou institucionalizados. Desse modo, a amostra foi constituída por 35 participantes.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2017, através de um instrumento semiestruturado, com questionamentos sobre características sociais, saúde-doença e cuidado em saúde. Foi utilizado o software *Excel 2010* durante a consolidação dos dados, através da técnica da dupla digitação das informações coletadas para evitar possíveis erros de digitação.

As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal e ordinal (variáveis qualitativas) e intervalar ou da razão (variável quantitativa). Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se a consistência dos dados. Na

sequência, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada, com uso do pacote estatístico *SPSS-ver13.0*, tendo sido aplicados os seguintes testes estatísticos, ao nível de 5% de significância: *Teste de associação de χ^2* – Teste não-paramétrico para tabela de dupla entrada $I \times C$, o qual mede a existência ou não de associação entre duas variáveis categóricas, em particular é usado em tabela de contingência 2x2 para variáveis dicotômicas e o *Teste exato de Fisher* – alternativa do teste de associação de χ^2 para tabela de contingência 2x2, quando ocorre célula com frequência esperada inferior a 5. Determina o cálculo exato da significância p-valor.

A realização do estudo ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba, com o CAAE: 59349316.8.0000.5187 e seguiu todas as orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre os 35 participantes entrevistados, 65,7% (n=23) residiam em JP e 34,3% (n=12) em CG.

A Tabela 1 apresenta a associação entre as características sociais dos entrevistados e a situação de encerramento do tratamento da TB da coinfeção TB-HIV. Nela, percebe-se que 71,4% (n=25) dos entrevistados são do sexo masculino, e que desses, 72% (n=18) alcançaram a cura da TB. Entretanto, observa-se também que 87,5% (n=7) dos casos de abandono do tratamento são realizados por este mesmo sexo.

Em relação a faixa etária, nota-se que 44,4% (n=12) dos que curaram a TB tinham entre 44 |----- 56 anos, e que 62,5% (n=5) dos abandonos foram realizados por quem estava entre 32 |----- 44 anos. Quanto à escolaridade, 42,3% (n=11) dos que obtiveram cura tinham entre 4 e 7 anos de estudos, seguidos de 30,8% (n=8) com 8 a 11 anos, totalizando 73,1% (n=19). Entretanto, observa-se que em relação ao abandono, 57,1% (n=4) tinham entre 4 e 7 anos de estudo.

Observa-se ainda na Tabela 1 que em relação à ocupação, tanto a cura (92,6%, n=7), quanto o abandono (87,5%, n=7) concentraram-se em pessoas que não exerceram nenhuma atividade ocupacional durante o tratamento da TB. Assim como as pessoas que tinham casa própria, que foram as que apresentaram os maiores percentuais de cura (77,8%, n=21) e abandono (75,0%, n=6).

Quanto à exposição, 80,0% (n=16) dos participantes que curaram a TB consideravam-se

expostos à violência, assim como 57,1% (n=4) dos que abandonaram o tratamento. Ressalta-se ainda, que 42,9% (n=3) dos que abandonaram, habitavam em moradias com condições inadequadas.

Os aspectos de saúde-doença estão apresentados na Tabela 2, a qual evidencia que 82,4% (n=28) do total válido (n=34) afirmaram que a coinfeção TB-HIV impediu de continuar as atividades de trabalho e/ou estudos e que 40% (n=14) afirmaram que só descobriram a infecção pelo HIV após o diagnóstico da TB.

Em relação ao tipo de entrada da TB, forma clínica e situação de encerramento do tratamento, houve predominância de casos novos (91,4%, n=32), TB pulmonar (71,4%, n=25) e cura (77,1%, n=27).

Os aspectos do cuidado prestado aos doentes com a coinfeção TB-HIV pelos serviços de saúde estão detalhados na Tabela 3. Observa-se que houve significância estatística no teste de χ^2 (p=0,006) em relação à unidade de saúde responsável pelo diagnóstico da TB, onde 71,4% (n=25) dos diagnósticos foram realizados em hospitais públicos, sendo que no município CG, a maioria dos diagnósticos (58,3%, n=7) foram realizados no Ambulatório de Referência em TB. Em relação ao tempo para receber o diagnóstico da TB, após os sinais e sintomas da doença, 76,4% (n=26) responderam que passaram de 15 a 45 dias para descobrirem a TB após sinais e sintomas.

A falta de medicamentos antituberculose durante o tratamento foi informada por 8,8% (n=3) dos entrevistados, ao passo que 45,7% (n=16) afirmaram a falta de medicamentos anti-HIV durante o mesmo período. Todos os entrevistados declararam o uso de terapia antirretroviral (TARV).

Tabela 1. Associação de características sociais com a situação de encerramento do tratamento da tuberculose de coinfectados TB-HIV (Amostra, n = 35)

Características sociais	Total		Situação de encerramento				Teste de χ^2 (⁺) Sig. p-valor
			Cura		Abandono		
	N	%	n	%	n	%	
Sexo ^(b)							p=0,390
Masculino	25	71,4	18	72,0	7	87,5	
Feminino	10	28,6	9	33,3	1	12,5	
Total	35	100,0	27	100,0	8	100,0	
Faixa etária (anos)							p=0,163
20 ----- 32 anos	7	20,0	5	18,5	2	25,0	
32 ----- 44 anos	12	34,3	7	25,9	5	62,5	
44 ----- 56 anos	13	37,1	12	44,4	1	12,5	
56 anos ou mais	3	8,6	3	11,1	0	0,0	
Total	35	100,0	27	100,0	8	100,0	
Escolaridade (anos de estudos)							p=0,862
1 a 3 anos	7	21,2	6	23,1	1	14,3	
4 a 7 anos	15	45,5	11	42,3	4	57,1	
8 a 11 anos	10	30,3	8	30,8	2	28,6	
12 ou mais anos	1	3,0	1	3,8	0	0,0	
Total válido	33	100,0	26	100,0	7	100	
Ocupação/Situação no momento ^(b)							p=0,553
Sim	3	8,6	2	7,4	1	12,5	
Não	32	91,4	25	92,6	7	87,5	
Total	35	100,0	27	100,0	8	100,0	
Situação de moradia							p=0,898
Casa própria	27	77,1	21	77,8	6	75,0	
Casa alugada	5	14,3	4	14,8	1	12,5	
Casa ocupada	3	8,6	2	7,4	1	12,5	
Total	35	100,0	27	100,0	8	100,0	
Exposição: ^(b)							p=0,328
Violência	20	74,1	16	80,0	4	57,1	
Moradia em condições inadequadas	7	25,9	4	20,0	3	42,9	
Total válido	27	100,0	20	100,0	7	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

(⁺) Teste de associação de qui-Quadrado.

(^b) Teste exato de Fisher (freq. esperada < 5).

Tabela 2. Aspectos de saúde-doença de pessoas acometidas pela coinfeção TB-HIV, segundo os municípios de João Pessoa e Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2016 (n = 35).

Aspectos de saúde-doença de pessoas acometidas pela coinfeção TB-HIV	Total		Município				Teste de χ^2 Sig. p-valor
			João Pessoa		Campina Grande		
	n	%	n	%	n	%	
A coinfeção TB-HIV impediu continuar sua atividade de trabalho e/ou estudo?^(b)							p=0,363
Sim	28	82,4	20	87,0	8	72,7	
Não	6	17,6	3	13,0	3	17,3	
Total válido	34	100,0	23	100	11	100	
Realizou o tratamento para infecção latente da TB?							N.R
Não	35	100,0	23	100,0	12	100,0	
Total	35	100,0	23	100,0	12	100,0	
Quando você descobriu que estava com o HIV, você já estava com o diagnóstico da TB?							p=1,000
Sim	14	40,0	9,0	39,1	5	41,7	
Não	21	60,0	14,0	60,9	7	58,3	
Total	35	100,0	23,0	100,0	12	100,0	
Tipo de entrada da TB^(b)							p=0,536
Caso novo	32	91,4	20	87,0	12	100	
Reingresso após abandono	3	8,6	3	13,0	0	0,0	
Total	35	100,0	23	100,0	12	100,0	
Forma Clínica da TB^(b)							p=0,146
TB Pulmonar	25	71,4	14	60,9	11	91,7	
TB Extrapulmonar	7	20,0	6	26,1	1	8,3	
TB Pulmonar + TB Extrapulmonar	3	8,6	3	13,0	0	0,0	
Total	35	100,0	23	100,0	12	100,0	
Situação de encerramento do tratamento da TB^(b)							p=0,685
Cura	27	77,1	17	73,9	10	83,3	
Abandono	8	22,9	6	26,1	2	16,7	
Total	35	100,0	23	100,0	12	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

⁽⁺⁾ Teste de associação de qui-Quadrado.

^(b) Teste exato de Fisher (freq. esperada < 5).

N.R.: Teste não realizado.

Tabela 3. Aspectos do cuidado prestado aos coinfectados TB-HIV em serviços de saúde dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2016 (n = 35).

Aspectos do cuidado prestado aos doentes com a coinfeção TB-HIV	Município						Teste de χ^2 ⁽⁺⁾ Sig. p-valor
	Total		João Pessoa		Campina Grande		
	N	%	n	%	n	%	
Unidade de saúde em que recebeu o diagnóstico da TB^(b)							p=0,006*
UBSF	1	2,9	1	4,3	0	0,0	
SAE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Ambulatório Referência em Tuberculose	9	25,7	2	8,7	7	58,3	
Hospital Público	25	71,4	20	87,0	5	41,7	
Total	35	100,0	23	100,0	12	100,0	
Após o aparecimento dos sinais e sintomas da TB quanto tempo levou para receber o diagnóstico da TB?^(b)							p=0,144
mais de 1 e menor ou igual a 15 dias	4	11,8	4	18,2	0	0,0	
mais de 15 e menor ou igual a 30 dias	8	23,5	6	27,3	2	16,7	
mais de 30 e menor ou igual a 45 dias	18	52,9	11	50,0	7	58,3	
mais de 45 e menor ou igual a 60 dias	4	11,8	1	4,5	3	25,0	
Total válido	34	100,0	22	100,0	12	100,0	
Fez uso da terapia antirretroviral (TARV) durante o tratamento da TB?							N.R.
Sim	35	100,0	23	100,0	12	100,0	
Total	35	100,0	23	100,0	12	100,0	
Algum dia já ficou sem tomar o remédio para TB por falta de medicação?^(b)							p=0,536
Sim	3	8,6	3	13,0	0	0,0	
Não	32	91,4	20	87,0	12	100,0	
Total	35	100,0	23	100,0	12	100,0	
Algum dia já ficou sem tomar o medicamento antiHIV por falta de medicação?^(b)							p=0,000*
Sim	16	45,7	16	69,6	0	0,0	
Não	19	54,3	7	30,4	12	100,0	
Total	35	100,0	23	100,0	12	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

⁽⁺⁾ Teste de associação de qui-Quadrado. Resultados significativo: ^(*) p-valor < 0,05

^(b) Teste exato de Fisher (freq. esperada < 5). Result. significativo: ^(*) p-valor < 0,05

NR: Teste não realizado

DISCUSSÃO

A coinfeção TB-HIV tem acometido principalmente pessoas do sexo masculino, na fase adulto-jovem e com baixa escolaridade nos municípios de João Pessoa e Campina Grande.

O estudo mostra que além de ter adoecido mais do que pessoas do sexo feminino, os indivíduos do sexo masculino foram os que mais abandonaram o tratamento da TB (Tabela 1). Inseridos em um contexto socialmente determinado, esses sujeitos são geralmente menos cuidadosos com a saúde, ao incorporarem o imaginário sociocultural da virilidade e da responsabilidade de prover o rendimento familiar⁸.

A força de trabalho dos indivíduos na fase adulto-jovem tem grande impacto na sociedade, que enquanto economicamente ativos suprem tanto as necessidades individuais quanto as de dimensão coletiva, de modo a contribuir para o desenvolvimento socioeconômico. Entretanto, a maioria dos entrevistados afirmaram que a coinfeção TB-HIV dificultou a execução das atividades ocupacionais, o que tende a causar vulnerabilidades com efeitos catastróficos que comprometem a renda familiar, geram desemprego e pobreza, e que podem desfavorecer o seguimento de tratamentos com maior periodicidade, como o da TB e do HIV/Aids^{9,10}.

Embora raros no Brasil, existem inúmeros estudos internacionais que demonstram a associação entre a exposição à violência e as implicações na saúde^{11,12}. Neste estudo, esta exposição foi reportada pela maioria dos doentes. Além disso, a maior parte das pessoas que abandonaram o tratamento da TB também consideravam-se expostas a este fator. Em conjunto, esses achados permitem compreender que a exposição à violência é um fenômeno socioambiental, que associado à outras conjunturas desfavoráveis, a exemplo de moradias em condições inadequadas, contribuem para a conformação de contextos que afetam a qualidade de vida da população, e conseqüentemente nos cuidados à saúde¹².

Nos resultados deste estudo, a maioria dos entrevistados informaram que receberam o diagnóstico da TB com no mínimo 30 dias após o início dos sintomas. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil propõe entre as estratégias para o diagnóstico precoce da TB em sintomáticos respiratórios de populações vulneráveis, a realização do Teste Rápido Molecular (TRM-TB), do teste de sensibilidade e da cultura¹.

Ao evidenciar que o diagnóstico da TB foi realizado majoritariamente com pelo menos 30 dias após o início dos sintomas e considerar as recomendações do MS¹³ de investigar a tosse com duração de no mínimo 14 dias como um dos critérios para suspeita de TB ativa em

PVHA e de pelo menos 21 dias na população geral, além de até 24 horas para detecção do bacilo após a realização de exames laboratoriais, como o teste rápido e a baciloscopia, observa-se que, aparentemente, existe retardo no diagnóstico da TB nesta população, ao considerar que 30 dias é um período longo de ausência de tratamento em pessoas bacilíferas.

O retardo no diagnóstico configura-se como um dos principais entraves para o controle da TB, uma vez que a ausência do tratamento gera consequências individuais e coletivas, como dificuldades durante o tratamento, prognósticos desfavoráveis, disseminação do bacilo no ar por mais tempo e conseqüentemente a contaminação de outras pessoas, principalmente das PVHA com comprometimento do estado imunológico³.

Estudos apontam que o diagnóstico tardio da TB é multicausal^{8,14,15} ao considerar as dificuldades individuais/biológicas, como conseguir expelir a secreção necessária para realizar os exames laboratoriais; operacionais, ao envolver profissionais que não estão qualificados adequadamente e/ou condições de trabalhos desfavoráveis, assim como entraves no acesso aos serviços de saúde; e os desafios de magnitude socioeconômica, ao evidenciar que o desenvolvimento da doença concentra-se principalmente em grupos populacionais que encontram obstáculos para inserir-se na sociedade e de acessar bens que garantam o exercício da cidadania.

O estudo identificou pessoas que tinham conhecimento de que estavam infectadas pelo HIV e pessoas que só descobriram esta infecção após o diagnóstico da TB. Dessas, a maioria desenvolveu a TB após descobrirem que estavam infectados pelo HIV. Entretanto, nenhuma realizou o tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTb).

A não realização do rastreamento e tratamento da ILTB pode estar associada a fatores individuais como grau de escolaridade, a aids, o uso de drogas¹⁶; do trabalho em saúde como o acolhimento e o vínculo com a unidade de acompanhamento, e sociais como moradias insalubres e a pobreza¹⁷. A detecção e o tratamento da ILTB, especialmente em grupos populacionais com maior probabilidade de desenvolver a forma ativa, funcionam como potencializadores estratégicos para o controle da transmissão^{18,19}, uma vez que a condição de latência do bacilo torna o sujeito um reservatório do mesmo, desempenhando uma importante função na manutenção da cadeia de transmissão da TB²⁰.

É importante destacar que o acompanhamento clínico das PVHA é realizado através do Serviço de Assistência Especializada (SAE), o qual é capacitado para rastrear a ILTB e a TB ativa nesta população^{1,13}. No entanto, não foi mencionado por nenhum dos entrevistados como serviço de saúde para o recebimento do diagnóstico, o que possivelmente pode ter contribuído no retardo do diagnóstico da TB neste grupo.

A maior parte dos diagnósticos da TB foi recebida em hospitais públicos. Esse fenômeno chama a atenção, ao considerar o retardo no diagnóstico e que a busca pela resolução de problemas com a saúde em unidades hospitalares pode ser reflexo da baixa adesão das equipes de saúde dos serviços especializados em investigar a ILTB entre PVHA²¹.

A predominância de casos novos, da forma pulmonar e cura da TB, todas evidenciadas nesse estudo, corrobora com outras pesquisas realizadas no Brasil e no mundo^{5,22}, e reforça a importância de aperfeiçoar as estratégias de controle do agravo, uma vez que a forma pulmonar é a principal responsável pela transmissão e aumento da incidência da TB. Além disso, é importante considerar que apesar da cura predominar em relação aos desfechos desfavoráveis do tratamento, a TB configura-se como principal causa de morte entre as PVHA, as quais também são as que mais abandonam o tratamento, quando comparada à população geral e a outros grupos vulneráveis²³.

A falta de medicamentos anti-TB e anti-HIV durante as terapêuticas foi evidenciada neste estudo. Embora não tenha sido encontrado achados semelhantes na literatura, de modo a enfatizar as consequências que a interrupção da distribuição desses medicamentos acarretam, acredita-se que este é um fator vulnerável que pode favorecer a não adesão e colocar em risco a credibilidade do sistema, uma vez que são drogas disponibilizadas exclusivamente pela rede de saúde pública brasileira, e que mediante estratégias de gerência e logística dos insumos, o acesso aos medicamentos necessários deve ser garantido, para que os doentes possam dar continuidade aos tratamentos.

Ressalta-se que todos os participantes fizeram uso da TARV durante o tratamento da TB. Estudos revelam que o uso regular da TARV pode prevenir tanto a coinfeção TB-HIV, quanto desfechos desfavoráveis como a multidrogaresistência e óbitos²⁴. No entanto, o uso isolado da terapia não garante a efetiva prevenção da coinfeção e/ou a cura da TB. É preciso enfatizar a importância do cuidado integral prestado pelos profissionais de saúde, de modo a compreender o contexto social que estes indivíduos estão inseridos e quais as necessidades que precisam ser atendidas, com a finalidade de reduzir as vulnerabilidades, assim como favorecer a continuidade e o desfecho favorável do tratamento da TB²⁵.

O fato dos resultados terem sido obtidos a partir do conhecimento dos entrevistados pode constituir uma limitação do estudo, na medida em que as respostas obtidas remetem à memória e podem expressar uma realidade pouco lembrada.

CONCLUSÃO

O estudo identificou aspectos sociais, de saúde-doença e cuidado em saúde de doentes que desenvolveram a coinfeção TB-HIV e realizaram o tratamento da TB. Houveram achados semelhantes com outras pesquisas realizadas anteriormente em diversas regiões do Brasil e do mundo, que evidenciam realidades da predominância da TB no sexo masculino, fase adulto-jovem, baixa escolaridade, diagnóstico tardio, casos novos, forma pulmonar e cura, bem como resultados inéditos que evidenciaram a exposição à violência, o afastamento de atividades ocupacionais e a falta de medicamentos durante o tratamento, os quais configuram-se como desafios que certamente podem contribuir para a não adesão.

Espera-se que esses resultados contribuam na execução das estratégias de controle da TB nas populações vulneráveis, principalmente nas PVHA. Assim como no aperfeiçoamento dos serviços especializados, de modo a reconhecer o contexto socioeconômico em que esta população está inserida, ao passo de fortalecer as ações de rastreamento, diagnóstico precoce e efetividade no tratamento da TB.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília (DF). 2017. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf> Acessado: 01 de março de 2018
2. Baldan SS, Ferraudo AS, Andrade M. Características clínico-epidemiológicas da coinfeção por tuberculose e HIV e sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* [Internet]. 2017 Set; 8(3): 59-67. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232017000300059&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/s217662232017000300007>. Acessado: 21 de março de 2018
3. Sasaki Natália Sperli Geraldine Marin dos Santos, Santos Maria de Lourdes Sperli Geraldine dos, Vendramini Silvia Helena F., Ruffino-Netto Antonio, Villa Teresa Cristina Scatena, Chiaravalloti-Netto Francisco. Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 Dez; 18(4): 809-823. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400809&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040011>. Acessado: 20 de março de 2018
4. Alves PF, Pellegrini Filho A, Ribeiro PT, Toledo LM, Romão AR, Novaes LC. Desigualdades socioespaciais relacionadas à tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2017 Dec; 20(4): 559-572. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700040001>. Acessado: 18 de março de 2018

5. Rodrigues-Júnior AL, Ruffino-Netto A, Castilho EA. Spatial distribution of the human development index, HIV infection and AIDS-Tuberculosis comorbidity: Brazil, 1982 - 2007. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 21]; 17(Suppl 2): 204-215. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400060017>. Acessado: 16 de março de 2018
6. Barreira D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018; 27(1): e00100009. Epub 15-Fev-2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100009>. Acessado: 21 de março de 2018
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=250400&search=||infogr%E1ficos:-dados-gerais-dominic%EDpio> . Acessado: 28 de fevereiro de 2018
8. Silva RD, Luna FDT, Araújo AJ, Camêlo ELS, Bertolozzi MR, Hino P, et al. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4752-3> Acessado: 25 de fevereiro de 2018
9. Verguet S, Riumallo-Hercl C, Gomez GB, Menzies NA, Houben RMGB, Sumner T et al. Catastrophic costs potentially averted by tuberculosis control in India and South Africa: a modelling study, *The Lancet Global Health* , V. 5 , Issue 11 , e1123 - e1132. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30341-8. Acessado: 20 de março de 2018
10. Gugssa CB, T Shimels, Bilal A. Factors contributing to non-adherence with treatment among TB patients in Sodo Woreda, Gurage Zone, Southern Ethiopia: A qualitative study *Journal of Infection and Public Health* , Volume 10 , Issue 5 , 527 – 533. doi: 10.1016/j.jiph.2016.11.018. Acessado: 18 de março de 2018
11. Fairbrook SW. The Physical and Mental Health Effects of Community Violence Exposure in Pre-Adolescent and Adolescent Youth, *Journal of Nursing Student Research*, 6(1), 2013, pp. 24-30.
12. Peres MFT; Ruotti C. Violência urbana e saúde. **Revista USP**, Brasil, n. 107, p. 65-78, dec. 2015. ISSN 2316-9036. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115114/112819>>. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p65-78>. Acessado: 15 de março de 2018
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Recomendações para Manejo da Coinfecção TB-HIV em Serviços de Atenção Especializada a pessoas vivendo com HIV/Aids*. Brasília (DF). 2017.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf
Acessado: 28 de fevereiro de 2018

14. Ochodo E, Kredo T, Young T, Wiysonge CS. Protocol for a qualitative synthesis of barriers and facilitators in implementing guidelines for diagnosis of tuberculosis *BMJ Open* 2017;**7**:e013717. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013717. Acessado: 29 de março de 2018
15. Wynne A, Richter S, Banura L, Kipp W, Challenges in tuberculosis care in Western Uganda: Health care worker and patient perspectives, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, Volume 1, 2014, Pages 6-10, ISSN 2214-1391, <https://doi.org/10.1016/j.ija.2014.05.001>. Acessado: 20 de março de 2018
16. Aquino DS, Moura LCRV, Maruza M, Silva AP, Ximenes RAA, Lacerda HR, et al. Factors associated with treatment for latent tuberculosis in persons living with HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:2505-13. Acessado: 18 de março de 2018
17. Fekadu S, Teshome W, Alemu G. Prevalence and determinants of tuberculosis among HIV infected patients in south Ethiopia. *J Infect Dev Ctries* 2015; 9:898-904. Acessado: 18 de março de 2018
18. Ayele HT, Mourik MSM, Debray TPA, Bonten MJM. Isoniazid prophylactic therapy for the prevention of tuberculosis in HIV infected adults: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS One* 2015; 10:e0142290. Acessado: 19 de março de 2018
19. Lee SH. Diagnosis and treatment of latent tuberculosis infection. *Tuberc Respir Dis (Seoul)* 2015; 78:56-63. Acessado: 20 de março de 2018
20. Rangaka MX, Cavalcante SC, Marais BJ, Thim S, Martinson NA, Swaminathan S, et al. Controlling the seedbeds of tuberculosis: diagnosis and treatment of tuberculosis infection. *Lancet* 2015; 386:2344-53. Acessado: 18 de março de 2018
21. Santos DT, Garcia MC, da Costa AANF, Pieri FM, Meier DAP, Albanese SPR et al. Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 8 [Acessado 21 Março 2018] , e00050916. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00050916>>. Epub 21 Ago 2017. ISSN 1678-4464. Acessado: 21 de março de 2018
22. Tahziba Hussain KK, Kulshreshtha VS. Yadav, KK, HIV and HBV co-infections among patients with active TB disease attending a primary health care centre in a rural area of north India, *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, V65, Issue 1, 2016, Pages 227-

232, ISSN 0422-7638, <https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2015.08.009>. Acessado: 21 de março de 2018

23. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim TB-HIV, Brasília (DF). 2017. <http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Boletim-TB-HIV.pdf> Acessado: 28 de fevereiro de 2018
24. 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. Acessado: 21 de março de 2018
25. Tavares GM, Lopes LM, de Paula RLA, Firmino MEB, Aparecida AM, Scatena Villa TC. Controle da Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016;24:1-8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449727028>. Acessado: 18 de março de 2018

5.2 ARTIGO 2

ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DE DOENTES COINFECTADOS COM O HIV

RESUMO

A adesão ao tratamento da tuberculose (TB) de pessoas com a coinfeção TB-HIV configura-se como um grande desafio para a efetividade das estratégias de controle de ambos os agravos. O estudo teve o objetivo de conhecer as percepções de doentes coinfectados TB-HIV, sobre o processo de adesão ao tratamento da TB. É um estudo qualitativo, pautado na Análise de Conteúdo, realizado com 22 participantes, através de entrevistas semiestruturadas, entre julho e outubro de 2017. As categorias evidenciadas no estudo (Facilidades na adesão ao tratamento da tuberculose e Dificuldades na adesão ao tratamento da tuberculose) revelaram que a adesão está relacionada às possibilidades de realização do ser humano e ao acesso à produtos necessários para tal, os quais dependem do desenvolvimento de forças produtivas e das relações estabelecidas na sociedade. Entretanto, o processo de adesão ao tratamento sofre implicações de um contexto sociocultural hegemônico pouco compreendido nas esferas sociais, de que as condutas terapêuticas são de responsabilidade exclusivamente dos doentes, bem como dos serviços e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Terapêutica. Coinfeção. Tuberculose. Saúde Pública.

ADHERENCE TO TREATMENT OF TUBERCULOSIS: PERCEPTIONS OF PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV

ABSTRACT

Adherence to the treatment of tuberculosis (TB) in people living with HIV-TB co-infection is a great challenge for the effectiveness of the control strategies of both diseases. This study aimed to know the perceptions of TB-HIV co-infected patients on the process of adhering to TB treatment. It is a qualitative study, based on the Content Analysis, conducted with 22 participants, through semi-structured interviews, between July and October of 2017. The categories highlighted in this study (Facilities in adherence to tuberculosis treatment and Difficulties in adherence to treatment of tuberculosis) revealed that adhesion is related to the possibilities of human achievement and access to the essential products, which depend on the development of productive forces and the relationships established in society. However, the process of adherence to treatment suffers implications of a poorly understood hegemonic sociocultural context in the social spheres, in which therapeutic actions are the responsibility of the patients by themselves, as well as health services and professionals.

Keywords: Medication Adherence; Therapeutic; Co-infection; Tuberculosis; Public Health

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de condição crônica devido ao longo período de tratamento, com ações de controle específicas que encontram como principais desafios, as dificuldades na adesão ao tratamento ou o abandono terapêutico¹.

O Brasil ocupa a 19ª posição na lista dos 30 países com maior quantidade de casos da coinfeção TB-HIV no mundo¹, e com isso, ao elaborar o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de saúde pública, o Ministério da Saúde considera as Pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) como um grupo vulnerável e propõe como estratégias: o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, conforme as particularidades desta população².

As PVHA que desenvolvem a TB apresentam maior possibilidade de abandono do tratamento anti-TB do que as pessoas que não vivem com HIV/Aids. Entre os indivíduos com diagnóstico da coinfeção TB-HIV no ano de 2015, menos da metade apresentaram desfechos de tratamento favoráveis, enquanto 77,5% dos sujeitos com TB sem o HIV concluíram o tratamento com êxito^{1,2}.

Ao considerar a maior proporção de abandono, falhas nos tratamentos e a ocorrência de eventos adversos em pessoas com a coinfeção TB-HIV, a intensificação de estratégias de controle dos agravos tornou-se prioridade no país². Para isso, recomenda-se a universalização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para todos os casos de TB, o qual pode ser articulado entre os Serviços de Assistência Especializada (SAE) e as unidades da atenção primária à saúde³.

Entretanto, as intensificações das estratégias de adesão dessa população devem ocorrer, independente do seguimento do TDO, afinal, são pessoas que necessitam de avaliação constante, manejo adequado e escuta qualificada para os diferentes contextos individuais, sociais e de saúde-doença, de modo a subsidiar abordagens apropriadas e resolutivas^{3,4}.

Nossa inquietação desencadeou-se a partir de duas observações: uma trata-se da escassez de estudos que envolvam doentes que foram acometidos pela coinfeção e apresentaram cura da TB, e a outra relaciona-se ao fato de que a maioria dos estudos que compartilham reflexões sobre a não adesão ou o abandono do tratamento da TB nesta população, afirmam que as PVHA estão mais propensas ao adoecimento e ao abandono do tratamento da TB, mas centralizam as discussões no modelo biomédico e nas expectativas dos trabalhadores da saúde, ocasionando muitas vezes, a responsabilização do indivíduo pelo seu adoecimento e/ou seguimento do tratamento.

Nesse sentido, este estudo parte da perspectiva de doentes com a coinfeção TB-HIV, tanto dos que adotaram as prescrições terapêuticas desde o primeiro diagnóstico da TB, como dos que abandonaram o tratamento, retomando-o posteriormente. Adotamos assim o termo “adesão ao tratamento” considerando-o como um processo multidimensional, determinado pela inter-relação de fatores individuais, socioeconômicos e de saúde-doença⁵. Portanto, objetivou-se conhecer a percepção de doentes acometidos pela coinfeção, sobre o processo de adesão ao tratamento da tuberculose.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, realizado com 22 pessoas acometidas pela coinfeção tuberculose-HIV e que realizaram em 2016, o tratamento da TB em dois municípios selecionados para compor o estudo (M1 e M2). M1, capital de um estado do nordeste do Brasil, possui área territorial de 211,475 km², população de 723.515 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,763⁶. Enquanto M2 é o segundo maior município do mesmo estado em relação à quantidade de habitantes e ao desenvolvimento econômico, com área territorial de 593,023 km², população de 385.213 habitantes e IDH de 0,720⁶.

Este estudo é parte de uma pesquisa transversal quantitativa que teve como objetivo avaliar a situação epidemiológica da coinfeção tuberculose-HIV em um estado do Nordeste brasileiro.

O contato com os participantes foi realizado após o acesso autorizado à base de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) da Secretaria de Estado da Saúde. Foram incluídos na pesquisa os doentes com a coinfeção TB-HIV, com diagnóstico da TB em 2016, que obtiveram a cura da TB, residentes nos locais de estudo e que possuíam capacidade de comunicação e compreensão preservadas; e excluídos os menores de 18 anos, em situação privada de liberdade e/ou institucionalizados no período da coleta de dados e os que foram transferidos para outros municípios.

O número de participantes foi estabelecido pelo critério de saturação teórica dos dados⁷ (com adaptações para as especificidades deste estudo), onde interrompe-se a coleta de dados, após constatar que o campo de observação não fornece mais dados capazes de subsidiar a teorização almejada.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2017, agendada de acordo com disponibilidade dos participantes, através de visitas domiciliares e/ou nos locais de trabalho. As entrevistas tinham duração média de 30 minutos, realizadas individualmente,

através de um questionário que investigou dados quantitativos (variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e de saúde-doença) e qualitativos, com auxílio de um gravador de voz, para registrar os depoimentos do seguinte questionamento: *Fale como foi o tratamento da tuberculose.*

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com o referencial metodológico da Análise de Conteúdo⁸, cumprindo-se as seguintes fases: pré-análise, exploração do material e processo de categorização. Na pré-análise foram realizadas leituras precisas e extenuantes dos depoimentos, com o objetivo de destacar pontos significativos relacionados ao objetivo do estudo. Durante a exploração do material, foi realizada a codificação, processo no qual os dados brutos foram demudados sistematicamente e agregados em duas unidades: contribuições para tratamento da tuberculose e desafios durante o tratamento da tuberculose. Na fase da categorização, realizou-se a classificação dos elementos de acordo com as semelhanças e distinções e consequentemente, o reagrupamento de aspectos semelhantes, emergindo as categorias: Facilidades na adesão ao tratamento da tuberculose e Dificuldades na adesão ao tratamento da tuberculose.

Os depoimentos foram identificados com a letra E (Entrevistado), seguidos do número de ordem de realização da entrevista, além da primeira letra relacionada ao sexo (M) ou (F) e da idade (em anos).

O estudo foi realizado após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer: 59349316.8.0000.5187). Todos os participantes receberam as orientações e esclarecimentos inerentes à pesquisa e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 22 entrevistas foram realizadas com 17 homens e 5 mulheres, cuja maioria encontravam-se na faixa etária entre 20 e 50 anos (n=20), possuíam entre 1 e 10 anos de estudo (n=18), moravam com pessoas de laços consanguíneos e/ou conjugais (n=17), realizavam tratamento e acompanhamento do HIV há pelo menos seis meses (n=22) e com histórico de abandono do tratamento da TB (n=4).

No que diz respeito à categoria *Facilidades na adesão ao tratamento da tuberculose*, observa-se que o apoio encontrado nos serviços de saúde foi reconhecido como facilidade no processo de adesão ao tratamento:

[...] o hospital me deu todo apoio quando eu descobri que estava com isso e assim, tive um internamento de treze dias, mas aí foi pra melhorar mais, porque eu também estava me sentindo muito cansada [...] passei um ano fazendo este tratamento [...] hoje eu estou curada, não dependo mais desse remédio (E5, F, 54 anos).

[...] os profissionais que me atendiam sempre estavam querendo me ajudar e tudo isso foi bom, porque as coisas hoje em dia são tão difíceis né, principalmente quando se depende do SUS, é tão difícil conseguir as coisas, ter um atendimento rápido e bom, mas nesse tratamento da tuberculose tudo aconteceu rápido, sempre tinha remédio, sempre tinha médicos e enfermeiras pra me atender quando eu precisava (E10, M, 45 anos).

O apoio encontrado nos serviços e profissionais de saúde fortalece o vínculo entre os usuários e serviços, que através da cooperação mútua, favorece a adesão ao tratamento e reduz a possibilidade de abandono, visto que os usuários passam a enxergar os serviços como fonte segura para resolver os problemas que interferem na saúde^{9,10}.

Na percepção dos entrevistados, o apoio familiar e comunitário também foram vistos como elementos fundamentais para seguir à conduta terapêutica.

[...]Minha mãe me ajudou muito, meu irmão também, me trazia pra consulta todo mês (E10, M, 45 anos).

[...] A sorte é que eu encontrei pessoas muito boas comigo e que me ajudaram muito durante esse tempo [...](E21, M, 50 anos).

Geralmente, os familiares costumam ser o grupo social de maior proximidade dos doentes, que ao apoiá-los em condições vulneráveis, favorece a recuperação e fornece apoio psicossocial de modo a encorajar o doente a seguir o tratamento¹¹. Alcançar o sucesso do tratamento da TB torna-se mais fácil quando os doentes mantêm o fluxo de relações sociais⁹.

A aceitação da doença e da nova condição de saúde, também foi ressaltada pelos participantes como fator favorável para aderir o tratamento da TB, ao encontrar nele a oportunidade de continuar a existir, mesmo que para isso fosse necessário adquirir um novo estilo de vida, principalmente para aqueles já marginalizados antes do adoecer de TB¹².

[...] eu queria continuar a viver e a enfermeira me disse que era o único jeito, se queria continuar a viver, era ter que tomar aquele monte de remédios. Então eu tive que aceitar e tomar (E17, F, 78 anos).

[...] depois de um tempo fui melhorando e eu vi que os remédios eram fortes, mas faziam efeito. Então eu achei melhor seguir o tratamento até o médico me dar alta

(E19, M, 32 anos).

A oferta do tratamento através do SUS foi reportada como facilidade, por ter acesso às consultas, aos medicamentos e aos exames através da rede pública de saúde.

Foi bom porque eu não precisei pagar nada. Tudo era de graça, que nem o do HIV. É tudo no SUS né, então foi bom (E15, M, 43 anos).

A distribuição dos tuberculostáticos, bem como o acesso às consultas e exames através da rede de saúde pública, contribuem para a adesão ao tratamento. Entretanto, são insuficientes para garantir o seguimento e o sucesso terapêutico, ao considerar que a adesão terapêutica é impulsionada quando os doentes estão despertados ao desejo de viver, mas que muitas vezes inseridos em contextos socioeconômicos desfavoráveis, vivenciam dificuldades para seguir as condutas do tratamento e conseqüentemente, a vida com dignidade^{9,13}.

Nesse contexto, ressalta-se a importância de programas sociais que contribuam para a redução de vulnerabilidades, de modo a cooperar com desfechos do tratamento favoráveis. No depoimento de alguns entrevistados, observou-se que programas de proteção social e transferência de renda também colaboraram para a adesão ao tratamento da TB.

[...] depois do descobrimento da tuberculose eu não pude mais trabalhar, fiquei recebendo o auxílio-doença pra ajudar durante o tratamento, mas foi cortado agora pouco, depois que fiquei curado (E4, M, 36 anos).

[...] sorte é que eu recebo a bolsa família dos meninos, aí deu pra ir se virando [E20, M, 50 anos).

A legislação brasileira garante benefícios previdenciários para as pessoas com TB ativa, com ênfase para o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez, desde que comprovada e esteja de acordo com as requisições constituídas em lei¹⁴. Isso colabora efetivamente na condução do tratamento “*fiquei recebendo o auxílio-doença pra ajudar durante o tratamento*” (E4, M, 36 anos), uma vez que a pessoa recebe uma renda para arcar com as despesas individuais e/ou familiares.

As medidas de proteção social são capazes de aumentar o acesso aos cuidados de saúde, conduzindo uma melhor adesão ao tratamento através de mecanismos que ajudam a enfrentar dificuldades financeiras devido ao adoecimento, amenizar a pobreza e reduzir a vulnerabilidade social¹⁵. Os programas de transferência de renda têm implicado positivamente na situação de saúde da população, ao contribuir com a qualidade de vida e com impactos expressivos na redução da desigualdade de distribuição de renda no Brasil, através da inclusão socioeconômica de famílias em situação de pobreza^{15,16}.

Em relação à categoria *Dificuldades na adesão ao tratamento da tuberculose*, os

depoimentos dos participantes, o afastamento das atividades ocupacionais e/ou o desemprego dificultaram a condução do tratamento da TB, ao interferir diretamente na renda familiar e nos projetos de vida.

Foi ruim, porque eu fiquei sem ter condições de trabalhar [...] então começou a faltar as coisas dentro de casa, eu ficava muito triste porque eu tentava fazer um bico, trabalhar em alguma coisa, mas eu não aguentava (E18, M, 35 anos).

Foi ruim, principalmente porque também não pude trabalhar, então ficou faltando dinheiro. A sorte é que eu recebo a bolsa família dos meninos, aí deu pra ir se virando [E20, M, 50 anos].

Com o orçamento familiar comprometido, seguir o tratamento fica ainda mais difícil [...] eu tinha que ir mais vezes pra o hospital fazer consultas e tinha vez que eu faltava porque não tinha dinheiro pra pagar a passagem dos ônibus todas as vezes que precisa ir pra lá (unidade de saúde) (E12, F, 54 anos).

A população economicamente ativa tem sido revelada como a mais acometida por agravos à saúde. A situação se torna mais agravante, ao depararmos com o fato de que os homens adultos-jovens, com atribuições sócio-históricas de serem os membros provedores da renda familiar, prevalecer como o grupo que mais desenvolve a TB e/ou a coinfeção TB-HIV², e precisam lidar com os prejuízos financeiros ocasionados pelo adoecimento, que afetam a vida individual e, dos familiares⁹.

A violência urbana foi ressaltada como fator agravante na adesão ao tratamento, pela necessidade do deslocamento até o local de atendimento.

[...] eu não gosto de andar de ônibus, tem muito assalto, quase todo dia. Eu toda vez que ia eu ficava com medo, nem o celular eu levava, com medo dos assaltos. É muito perigoso [...](E11, M, 36 anos).

A exposição à violência, seja de forma direta ou indireta acarreta sequelas, desde lesões físicas até efeitos menos palpáveis, que se expressam a partir de sentimentos difusos entre o medo e a insegurança, causando sofrimento e mudanças de comportamentos que interferem nos padrões de sociabilidade, e conseqüentemente na saúde da população, que ao sentir-se ameaçada, encontra obstáculos para aderir boas práticas de saúde¹⁷.

Dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde, referentes à distância percorrida em busca de atendimento e às condições inadequadas do transporte público também foram enfatizadas pelos entrevistados.

Foi demorado e cansativo. Eu tinha que pegar dois ônibus pra chegar no hospital em que eu fazia consulta e recebia os remédios (E11, M, 36 anos).

[...]eu só achava ruim chegar no hospital, porque era muito longe da minha casa (E12, F, 37 anos).

A trajetória percorrida em busca de atendimento nos serviços de saúde é evidenciada em outros estudos^{9,18} como dificuldade para conduzir o tratamento da TB, tanto pelo comprometimento da renda, quanto pela qualidade insatisfatória dos serviços de transporte público ofertado à população, que em situação de vulnerabilidade, sofre para seguir as exigências da conduta terapêutica.

[...] Eu tinha que caminhar meia hora e depois pegar dois ônibus pra chegar no lugar de ser atendido [...] eu fraco, sofria muito (E22, M, 38 anos).

Entretanto, a distância até os serviços de atendimento à saúde é destacada em outros estudos^{9,18} como fator positivo para alguns indivíduos. Principalmente quando se refere a pessoas acometidas por doenças estigmatizadas socialmente, como a TB e o HIV. Essa facilidade é justificada pelo preconceito sofrido no adoecimento e tratamento, onde a busca de atendimento em serviços distantes torna-se conveniente, ao passo que pode impedir que a vizinhança e/ou conviventes tomem conhecimento da situação de saúde destas pessoas.

Contudo, independentemente da distância que os doentes de TB-HIV vivam dos serviços de atendimento à saúde, percebe-se que o contexto social em que esses indivíduos estão inseridos interfere diretamente na adesão ao tratamento. Em outras palavras, implica que o controle dessas doenças relaciona-se diretamente com a determinação social, visto que enquanto a sociedade não estiver organizada para fornecer subsídios que garantam o exercício da cidadania, esses doentes sentirão maiores dificuldades, as quais favorecem o abandono dos tratamentos, e conseqüentemente, dificulta o controle de ambos os agravos.

Embora muito esteja sendo feito para a mudança na cultura das pessoas frente à TB e o HIV, percebe-se a persistência de preconceito, o que tende a dificultar ainda mais a experiência do adoecer.

[...] é difícil, principalmente o preconceito que sofri. Quando as pessoas souberam que eu estava com essas doenças, a maioria delas se afastaram de mim, como se a culpa fosse minha, eu fiquei muito triste com isso (E21, M, 50 anos).

Na busca de amenizar as dificuldades, nota-se que os doentes estabelecem entre si posturas e atitudes para garantir a não “contaminação” dos seus ciclos de convivência, e que mesmo com tentativas de repassar o conhecimento sobre a transmissibilidade, não alcançam o êxito. O que reforça o quão são doenças incompreendidas, excludentes e solitárias.

[...] o ruim foi ver as pessoas se afastando de mim porque achavam que eu ia passar a doença pra elas, porque diferente do HIV que não passa pra outra

pessoa pelo ar, a tuberculose passa né. Aí foi ruim porque muitas pessoas que eu gostava se afastaram de mim, mesmo eu falando que não estava transmitindo mais (E14, M, 45 anos).

Historicamente a TB é uma doença temida, ao remeter a imagem de indivíduos excluídos socialmente, a qual foi potencializada após o advento do HIV/Aids. Quando associadas, são interpretadas muitas vezes como o último estágio da miséria humana, perpetuando o imaginário social do estigma de ambos os agravos e resultando na exclusão social desses doentes.

Os efeitos adversos, o HIV e a quantidade de medicamentos ingeridos durante o tratamento, também foram apontadas como dificuldades.

[...] durante os meses que eu fazia o tratamento, eu sentia muitos enjoos e pensava até que ia morrer (E13, F, 39 anos).

A dificuldade foi mais a questão dos remédios, porque como a pessoa já toma remédio para o HIV, aí ainda vem acrescentar ainda mais remédios para a tuberculose, então era remédio o dia todo né? (E7, M, 35 anos).

Tive alergia e precisei tomar outros medicamentos para combater a alergia, foi muito ruim (E8, M, 23 anos).

Através dos depoimentos dos participantes, é perceptível que o tratamento gera sofrimento e que essas pessoas ponderam os aspectos subjetivos relacionados ao viver e sentir e as reações através de sintomas e sinais, por vezes, mais forte que a doença, durante o aparecimento dos efeitos colaterais e adversos, favorecendo a não adesão¹⁹.

O abandono do tratamento da TB foi citado por alguns entrevistados que obtiveram esta experiência, os quais relataram que o uso de álcool e/ou drogas dificultou o processo de adesão.

Quando eu comecei a usar drogas, aí dava abandono de tratamento. Por causa das drogas, eu não tomava a medicação (E3, M, 30 anos).

[...] parei várias vezes por causa da bebida, porque eu era viciado em bebida e cigarro, aí parava, aí voltava tudo novamente, fui internado bem umas três ou quatro vezes de novo, aí voltei a tomar [...], passei quase um ano sem beber e sem fumar [...] me curei, estou bem, graças a Deus (E2, M, 45anos).

[...] Abandonava o tratamento, porque eu vivia me arriscando, na balada da noite, usava drogas, aí quer dizer, voltava pro zero novamente, voltava tudo de novo (E6, M, 38 anos).

O uso de drogas lícitas ou ilícitas é um fator desfavorável para aderir aos tratamentos

(tanto da TB quanto ao do HIV/Aids), ao tornar essas pessoas susceptíveis à desnutrição e à imunossupressão e intensificar as reações adversas. Além disso, são pessoas que geralmente sofrem com a exclusão social e/ou distúrbios emocionais, que muitas vezes atrelada à falta de apoio familiar, predispõe ao abandono terapêutico⁹.

Observa-se também que alguns indivíduos, mesmo conscientes das práticas corretas, acabaram abandonando o tratamento.

O tratamento da tuberculose, pra mim, era um pouco difícil porque em muitas das vezes quando eu estava internado, até que eu tomava a medicação certinha, tudo bem. Mas quando eu saía e ia pra minha casa, aí já não tomava (E6, M, 38 anos). [...] elas me deram o remédio para eu tomar em casa, todos de uma vez já, aí eu levei pra fazer o tratamento, aí era muito remédio pra eu tomar, aí eu desisti assim, acabei desistindo de fazer o tratamento da tuberculose (E1, M, 32 anos).

A não adesão ao tratamento é um ato de volição multicausal, a qual geralmente é combatida através de ações de educação em saúde, com foco nas medidas de controle dos agravos e na importância de seguir as condutas terapêuticas, através de um ato de responsabilização mútua entre o doente, os profissionais de saúde e a comunidade. Nesse contexto, destaca-se a importância da realização do TDO, de modo a compartilhar a responsabilidade da terapêutica entre todos os ciclos sociais que rodeiam os indivíduos acometidos, e desta forma, facilitar o seguimento do tratamento com desfecho favorável.

Em alguns discursos observa-se que o abandono do tratamento possui estreitas relações com a melhora do quadro clínico da TB, que pontualmente era vista como facilidade, mas que após a retomada dos sintomas, era percebida como dificuldade.

[...] toda vez que eu me sentia melhor, eu parava de tomar, aí depois me prejudicava. Só dessa última vez, que fiquei internada e consegui terminar esse tratamento (E9, F, 37 anos).

A regressão dos sintomas da TB ocorre entre o final do primeiro e início do segundo mês de tratamento, e configura-se como um obstáculo para a adesão, ao despertar nos doentes a ilusão da cura, fazendo-os interromper a tomada dos medicamentos. Nesse contexto, faz-se necessário o acompanhamento contínuo, através do TDO, de modo a mantê-los cientes das etapas do tratamento e da importância do seguimento das condutas, ao passo de reduzir o risco de abandono, e consequentemente a evolução da doença²⁰.

Alguns entrevistados afirmaram que houve a falta de medicamentos durante o tratamento, de modo a interferir na adesão terapêutica.

[...] teve um momento em que faltou um dos medicamentos que eu tomava, e eu

fiquei preocupado, pois eu queria me tratar da forma correta, para que eu não corresse o risco de voltar a ficar doente, e nem passar para outra pessoa né (E22, M, 38 anos).

Os antituberculostáticos são distribuídos exclusivamente através da rede de saúde pública do Brasil. Para os casos de coinfeção TB-HIV, a dispensação desses medicamentos ocorre no SAE, no intuito de facilitar e integralizar o cuidado à esses doentes³. A interrupção desta distribuição compromete o seguimento da terapia, visto que são medicamentos indisponíveis no comércio farmacêutico brasileiro. Além disso, põe em alvo a credibilidade do funcionamento dos serviços de saúde. Neste sentido, ressalta-se a importância do planejamento na logística desses medicamentos, de modo a garantir a oferta, de acordo com demanda de cada serviço de saúde.

As facilidades e dificuldades vivenciadas pelos sujeitos do estudo permitem perceber que a condição terapêutica e o alcance da cura da TB, assim como viver em conformidade, não dependem apenas do acesso aos produtos sociais e da produção em saúde. Mas que a realização enquanto ser humano e o acesso a bens e serviços necessários para tal, estão diretamente relacionados ao grau de organização e desenvolvimento das forças produtivas e das relações constituídas em cada formação social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos depoimentos dos sujeitos do estudo indica que com as experiências do adoecimento e tratamento, os resultados não estão isolados e conduzem à reflexão de que inseridos em um sistema determinado socialmente, em que o contexto individual e coletivo é pouco compreendido nas esferas sociais, os doentes vivenciam facilidades e dificuldades em relação à adesão ao tratamento da TB, as quais reforçam o entendimento de que apenas a gratuidade do tratamento não é suficiente para garantir a adesão e o sucesso terapêutico.

O estudo permite compreender que a adesão ao tratamento sofre interferências dos produtos decorrentes de uma cultura hegemônica baseada na construção social de que o adoecimento e o tratamento de agravos como a TB e o HIV são de responsabilidades dos doentes, assim como dos serviços e trabalhadores da saúde, e que isso implica em vulnerabilidades que podem dificultar esse processo. Esses achados também foram evidenciados em outros estudos sobre realidades distribuídas em outras regiões e países do mundo, que fornecem novas ideias e compreensões sobre a saúde das populações.

É notável que assim como a TB, o controle da coinfeção TB-HIV envolve múltiplos condicionantes, o qual requer compromisso mútuo, moral e ético de todos, enquanto protagonistas na busca de direitos e qualidade de vida. Neste sentido, considera-se fundamental a compreensão do contexto social em que os doentes estão inseridos e suas percepções sobre os fatores relacionados ao tratamento, de tal forma que a adesão seja fortalecida e os desfechos favoráveis sejam alcançados, através da participação ativa e crítica de todas as esferas da sociedade.

Espera-se que o estudo endosse a interpretação de que a adesão ao tratamento é socialmente determinada, e que requer a participação direta e indireta de toda a sociedade na execução das estratégias que almejam o controle dos agravos, a exemplo da execução do TDO como potencializador de desfechos terapêuticos favoráveis, o qual ultrapassa o sentido da distribuição de medicamentos e do acesso aos serviços de saúde, e ganha magnitude social, ao precisar da colaboração de todos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília (DF). 2017. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf> Acessado: 01 de março de 2018
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim TB-HIV, Brasília (DF). 2017. <http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Boletim-TB-HIV.pdf> Acessado: 28 de fevereiro de 2018
3. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Manejo da Coinfeção TB-HIV em Serviços de Atenção Especializada a pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília (DF). 2017. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf Acessado: 28 de fevereiro de 2018
4. Melo MC, Donalisio MR, Cordeiro RC. Sobrevida de pacientes com AIDS e coinfeção pelo bacilo da tuberculose nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 11, pp. 3781-3792. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26352015>>. Acessado: 4 de março de 2018
5. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland; 2003. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ Acessado: 25 de fevereiro de 2018

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=250400&search=||info%EFicos:-dados-gerais-do-munic%EDpio> . Acessado: 28 de fevereiro de 2018
7. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 27(2): 388-394. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Acessado: 27 de novembro de 2017.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011. 281p
9. Silva RD, Luna FDT, Araújo AJ, Camêlo ELS, Bertolozzi MR, Hino P, et al. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4752-3> Acessado: 25 de fevereiro de 2018
10. Neves R, Ferro P, Nogueira L, Rodrigues I. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde Access and link to treatment of tuberculosis in primary health care. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2016 Oct 4;; 8(4): 5143-5149. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4313v> Acessado: 27 de fevereiro de 2018
11. Hoter S, Stringer B, Reynolds L, Shoaib M, Kasozi S, Casas EC, et al. "Home is where the patient is": a qualitative analyses of a patient-centred model of care for multi-drug resistant tuberculosis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:81. doi: 10.1186/1472-6963-14-81.
12. Andrade e Silva, É, Alves da Silva, G. O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2016;26(4):1233-1247. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400850560009>
13. Bertolozzi MR, Lucia YIN, Takahashi RF, Ciosak SY, Hino P, Val LF et al. "Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva." *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Online], 43.spe2 (2009): 1326-1330. Acesso em 22 de fevereiro de 2018
14. Organização Pan-americana da Saúde. Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira. 2015. Disponível em : http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=tuberculose-971&alias=1514-direitos-humanos-cidadania-e-tuberculose-na-perspectiva-da-legislacao-brasileira-4&Itemid=965 Acessado: 26 de fevereiro de 2018

15. Andrade KVF, Nery JS, Souza RA, Pereira SM. Efeitos da proteção social sobre os desfechos do tratamento da tuberculose em países de renda baixa e média ou de carga alta da doença: uma revisão sistemática e meta-análise. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2018, vol.34, n. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/artigo/347/efeitos-da-proteo-social-sobre-os-desfechos-do-tratamento-da-tuberculose-em-pases-de-renda-baixa-e-mdia-ou-de-carga-alta-da-doena-uma-revisao-sistemtica-e-meta-anlise>. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00153116>. Acessado: 05 de março de 2018
16. Pedro AS, Gibson G, Santos JPC, Toledo LM, Sabroza PC, Oliveira RM. Tuberculose como marcador de iniquidades em um contexto de transformação socioespacial. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017; 51: 9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttx&pid=S0034-89102017000100204&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006533>. Acessado: 27 de fevereiro de 2018
17. Peres MFT; Ruotti C. Violência urbana e saúde. *Rev USP, Brasil*, n. 107, p. 65-78, dec. 2015. ISSN 2316-9036. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115114/112819>> doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p65-78>. Acesso em: 02 mar. 2018
18. Luna FDT, Temóteo RCA, Silva EL, Lacerda SNB, Abreu LC, Fonseca FLA, et al. Aderência ao tratamento da tuberculose: elementos de vulnerabilidade programática. *Arquivos Internacionais de Medicina*. 2015; 8 (207). doi: [10.3823 / 1806](https://doi.org/10.3823/1806) . Acessado: 23 de fevereiro de 2018
19. Calsin Chirinos NE, Schlindwein Meirelles BH, Silva Bousfield AB. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2017;26(1):1-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71449839007> Acessado: 01 de março de 2018
20. Beraldo AA, de Paula Andrade RL, Halax Orfão N, da Silva-Sobrinho RA, Galvão Pinto ÉS, Domingues Wysocki, A et al. Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]. 2017;21(4):1-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022025> Acessado: 04 de março de 2018

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou características sociais, de saúde-doença e cuidado em saúde de doentes que desenvolveram a coinfeção TB-HIV. Assim como revelou as facilidades e as dificuldades vivenciadas durante o tratamento da TB.

Houveram achados semelhantes com outras pesquisas realizadas anteriormente em diversas regiões do Brasil e do mundo, que fornecem novas ideias e compreensões sobre a saúde das populações, como a predominância da TB no sexo masculino, fase adulto-jovem, baixa escolaridade, diagnóstico tardio, casos novos, forma pulmonar e cura, bem como resultados inéditos que evidenciaram a exposição à violência, o afastamento de atividades ocupacionais e a falta de medicamentos durante o tratamento, os quais certamente prejudicam o processo de adesão.

Os depoimentos dos sujeitos revelam que com as experiências do adoecimento e tratamento, esses indivíduos estão inseridos em um sistema determinado socialmente, no qual o contexto individual e coletivo é pouco compreendido nas esferas sociais, e com isso vivenciam facilidades e dificuldades em relação à adesão ao tratamento da TB, as quais reforçam o entendimento de que a gratuidade do tratamento não é suficiente para garantir a adesão e o sucesso terapêutico.

É possível compreender que a adesão ao tratamento sofre interferências dos produtos decorrentes de uma cultura baseada na construção social de que o adoecimento e o tratamento de agravos como a TB e o HIV são de responsabilidades dos doentes, assim como dos serviços e trabalhadores da saúde, e que isso implica em vulnerabilidades que podem dificultar esse processo.

Espera-se que o estudo endosse a interpretação de que a adesão ao tratamento é socialmente determinada, ao demonstrar na a necessidade da participação de toda a sociedade no cumprimento das estratégias que almejam o controle dos agravos. Acredita-se que esses achados contribuam na implementação das estratégias de controle da TB nas populações vulneráveis, principalmente nas PVHA. Assim como no aperfeiçoamento dos serviços especializados, de modo a reconhecer o contexto socioeconômico em que esta população está inserida, ao passo de fortalecer as ações de rastreamento, diagnóstico precoce e efetividade no tratamento da TB.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO, 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília (DF). 2017. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf> Acessado: 01 de dezembro de 2017
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim TB-HIV, Brasília (DF). 2017. <http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Boletim-TB-HIV.pdf> Acessado: 8 de dezembro de 2017
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Tuberculose: casos confirmados diagnosticados, 2015. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 13 de março de 2016.
6. Luna FDTL, Temóteo RCA, Silva EL, Lacerda SNB, Abreu LC, Fonseca FLA et al. Adherence to tuberculosis treatment: programatic vulnerability elements. International Archives of medicine, v.15, n.207, 2015. doi: 10.3823/1806
7. Neves LAS. Adesão ao tratamento por indivíduos com a coinfeção HIV/Tuberculose: revisão integrativa da literatura. Rev Esc de Enferm. da USP, v.44, n.4 p.1135-41. São Paulo, 2010.
8. Lírio M, Santos NP, Passos LAR, Kritski A, Galvão-Castro B, Grassi MFR. Completude das fichas de notificação de Tuberculose nos municípios prioritários da Bahia para controle da doença em indivíduos com HIV/AIDS. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 Mar 25]; 20(4): 1143-1148. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401143&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.0067201>
9. Silva RD, Luna FDT, Araújo AJ, Camêlo ELS, Bertolozzi MR, Hino P, et al. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. BMC Public Health [Internet]. 2017 Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4752-3> Acessado: 25 de fevereiro de 2018

10. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO, 2014.
11. Mishra P. Adherence to tuberculosis treatment under directly observed treatment, short-course (DOTS) in Nepal: quantitative and qualitative studies [thesis]. Danish: The Danish University of Pharmaceutical Sciences; 2006.
12. Pinto VS, Paula CAR, Parron Jr M. Atenção suplementar nos municípios prioritários do Estado de São Paulo para pacientes em tratamento supervisionado da tuberculose. Bol. Pneumol. Sanit. [Internet]. 2006 Dez [citado 2018 Mar 25]; 14(3): 111-112. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2006000300006&lng=pt.
13. Lacerda, SNB.; Temóteo RCA; Figueiredo TMRM. et al. Individual and social vulnerabilities upon acquiring tuberculosis: a literature systematic review. International Archives of Medicine, v. 7, n. 35, 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Manejo da Coinfecção TB-HIV em Serviços de Atenção Especializada a pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília (DF). 2017. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf Acessado: 28 de fevereiro de 2018
15. Barreira D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2018; 27(1): e00100009. Epub 15-Fev-2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100009>. Acessado: 21 de março de 2018
16. Cavalcante EGR. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose: uma proposta para a atenção primária à saúde [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP; 2012.
17. Sánchez AIM. O tratamento diretamente observado “DOTS” e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo/São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP; 2007.
18. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, Guanillo MCLTU, Pereira E. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. Rev. esc. Enferm. USP. 2009; 43(2):1326-1330. DOI: 10.1590/S0080-62342009000600031

19. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamento e práticas. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(5): 635-642.
20. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev. latino-am Enfermagem.* 2002; 10(3): 415-422.
21. Albuquerque GSC, Silva MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Mar 25] ; 38(103): 953-965. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>.
22. Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 29 ago. 2016.
23. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf> Acesso em 20 de novembro de 2016.
24. Marx K. El proceso de producción del capital. In: . *El capital: crítica de la economía política*. La Habana: Ediciones Venceremos, 1965. Tomo I.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 01 de julho de 2016.
26. João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Portal. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/> Acessado em 02 de julho de 2016.
27. Campina Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Tabela de estabelecimentos de saúde por Distritos Sanitários, 2016.
28. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 27(2): 388-394. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Acessado: 27 de novembro de 2017.
29. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011. 281p

30. Resolução 466/2012. Dispõe da ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em 22 de junho de 2016.

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário¹: Avaliação da adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas com a coinfeção TB-HIV em municípios prioritários do Estado da Paraíba.

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:	
Município:	() João Pessoa () Campina Grande
Número do questionário:	_____
Entrevistador(a):	_____
Iniciais do(a) entrevistado(a):	_____
Data da coleta de dados:	___/___/___
Supervisor(a) de campo:	___/___/___ Ass: _____
Data da digitação 1:	___/___/___ Ass: _____
Data da digitação 2:	___/___/___ Ass: _____

Estudo Multicêntrico que será realizado em dois municípios do estado da Paraíba: João Pessoa e Campina Grande.

Coordenação Geral: Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

Pesquisador: Aguinaldo José de Araújo

Parcerias:

- Universidade Estadual da Paraíba
- Grupo de Pesquisa em Avaliação de Serviços de Saúde (CNPq/UEPB)

1. Instrumento adaptado do Projeto Multicêntrico “Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil”, Coordenado por Bertolozzi, M. R. 2013-2015.

QUESTIONÁRIO: PARA SER APLICADO JUNTO AO INDIVÍDUO COM COINFEÇÃO TB-HIV**I – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E SOCIAIS**

1. Sexo: 1() Masculino 2() Feminino

2.a) Data de nascimento: / /

3 Situação de moradia:

3.1() Casa própria.

3.2() Casa alugada.

3.3() Casa ocupada.

3.4() Albergue.

3.5() Morador(a) de rua.

3.6() Outros: _____.

99 () NS/NR

4. Considera-se exposto a:

4.1() Violência.

4.2() Enchente.

4.3() Moradia em condições inadequadas .

4.4()Outros _____.

99 () NS/NR

5. Escolaridade: (em anos de estudo concluídos)

5.1() Nenhuma escolaridade;

5.2() De 1 a 3.

5.3() De 4 a 7.

5.4() De 8 a 11.

5.5() De 12 e mais.

99 () NS/NR

6. Ocupação/Situação no momento do tratamento da TB :

6.1 () Sim

6.2 () Não

99 () NS/NR

IV - ASPECTOS DE SAÚDE-DOENÇA**7. Tipo de Entrada da TB:**

7.1() Caso novo

7.2() Recidiva

7.3() Reingresso após abandono

7.4() Transferência

8. A coinfeção TB-HIV impediu continuar sua atividade de trabalho e/ou estudo?

8.1() Sim.

8.2() Não.

99() NS/NR.

9. Realizou o tratamento para infecção latente da TB?

9.1() Sim.

9.2() Não

99()NS/NR

10. Quando você descobriu que estava com o HIV, você já estava com o diagnóstico da TB?

10.1() Sim.

10.2() Não.

99()NS/NR.

11. Tipo de Entrada da TB:

11.1() Caso novo

11.2() Recidiva

11.3() Reingresso após abandono

11.4() Transferência

99() NS/NR.

15. Forma clínica da TB:

15.1() TB Pulmonar.

15.2() TB Extrapulmonar.

15.3()TB Pulmonar + TB Extrapulmonar.

99() NS/NR.

16. Situação de encerramento do tratamento da TB

16.1() Cura

16.2() Abandono

16.3() Transferência

99() NS/NR.

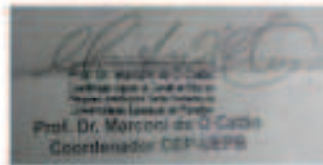
IV – CUIDADO EM SAÚDE

17. Unidade de Saúde que recebeu o diagnóstico da TB	
17.1() UBS	
17.2() Centro de Referência em TB	
17.3() SAE	
17.4() Hospital público	
17.5() Hospital privado	
99() NS/NR.	
18. Após o aparecimento dos sinais e sintomas da TB quanto tempo levou para receber o diagnóstico da TB?	
18.1() >1 e ≤ 15 dias	18.4 () >45 e ≤ 60 dias
18.2() >15 e ≤ 30 dias	18.5 () >60 dias
18.3() >30 e ≤ 45 dias	99 (NS/NR)
19. Você fez uso da terapia antirretroviral (TARV)?	
19.1() Sim.	
19.2() Não.	
99() NS/NR.	
20. Algum dia já ficou sem tomar o remédio para TB por falta de medicação?	
20.1() Sim.	
20.2() Não	
99() NS/NR	
21. Algum dia já ficou sem tomar o medicamento anti-HIV por falta de medicação?	
21.1() Sim.	
21.2() Não	
21.3() Não se aplica (Para casos que não fazem uso da TARV)	
99() NS/NR	
V - QUESTÃO QUALITATIVA	
22. Fale como foi o tratamento da tuberculose.	

Rubrica do(a) entrevistador(a) : _____

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS
PLATAFORMA BRASIL



PARECER DO RELATOR

Número do parecer: 59349316.8.0000.5187

Data da 1ª relatoria: 21/09/2016

Data da 2ª relatoria: 30/11/2016

Situação do projeto: APROVADO.

TÍTULO: Avaliação da situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no estado da Paraíba - Brasil.

Apresentação do Projeto: A tuberculose (TB) constitui a principal causa de morte em pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), além disso, coinfectados com TB/HIV são mais propensos a desenvolver resistência aos tuberculostáticos e ao insucesso terapêutico, representando um grande desafio para a saúde pública. Conhecer o perfil dos doentes, os aspectos de adesão ao tratamento, a distribuição espacial desses casos, bem como a situação de encerramento da TB é de suma importância no aperfeiçoamento dos serviços de saúde envolvidos no controle da TB e do HIV.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no estado da Paraíba, no período de 2013 a 2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando os objetivos e o exposto na metodologia, observa-se que os procedimentos a serem realizados apresentam risco mínimo aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta aspectos metodológicos específicos de uma pesquisa científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos necessários e obrigatórios foram apresentados.

Recomendações: O projeto encontra-se em sua segunda apreciação, tendo sido acatado e reapresentado com as recomendações sugeridas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Diante do exposto considero o projeto Aprovado.

Situação do parecer: Aprovado.

Confidential

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

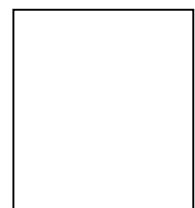
Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Avaliação da adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas com a coinfeção TB-HIV nos municípios prioritários da Paraíba.**” coordenado pela Professora Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. O objetivo do estudo é avaliar a adesão ao tratamento da tuberculose nos casos de coinfeção TB-HIV em municípios prioritários do Estado da Paraíba. O estudo está sendo realizado em dois municípios da Paraíba: João Pessoa e Campina Grande. Essa pesquisa visa contribuir com as ações de controle da tuberculose desenvolvida no SUS, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação dos serviços de atenção à tuberculose e à coinfeção TB-HIV. Solicitamos a sua colaboração para a realização de uma entrevista, que deve durar até 30 minutos, e que pode ser realizada no serviço de saúde ou em sua casa, de acordo com a sua disponibilidade. Pedimos, também, sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Seu nome não será identificado e será sempre mantido em sigilo. Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer informações caso não se sentir confortável e pode desistir do estudo a qualquer momento, sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento no serviço de saúde. A coordenadora do estudo estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Pesquisador Responsável _____

Pesquisador Participante _____

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa. Receberei uma via deste documento e uma via ficará com a pesquisadora responsável pelo projeto.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar ou enviar email para a pesquisadora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo. Telefone: (83) 3344-5331. Email: taniaribeiro_2@hotmail.com.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O CEP é um órgão que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. É responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa. Se você tiver dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, Rua Baraúnas, 351, Bairro Universitário, Campina Grande-PB, CEP 58429-500, Fone/Fax: 83 3315-3300. O horário de atendimento é de segunda à sexta das 07:00h às 13:00h.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXO 4 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

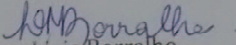
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – GEVS
GERÊNCIA OPERACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
NÚCLEO DE DOENÇAS ENDÊMICAS

Termo de Autorização Institucional

Declaramos para os fins de realização da pesquisa que disponibilizaremos os dados solicitados para que a Pesquisadora Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo possa submeter na Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética e Pesquisa, o seu projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no Estado da Paraíba - Brasil” cujo objetivo geral é avaliar a situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no Estado da Paraíba, no período de 2013-2016.

A aceitação esta condicionada ao cumprimento da pesquisadora responsável aos requisitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como contribuir com este setor no aprimoramento de suas atividades.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2016.


Lívia Borralho
Chefe do NDE/GEVS/SES-PB
Mat. 182.821-5

Lívia Menezes Borralho
Mat. 182.821-5

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB
Fones: (83) 3218-7330/7329