

O cuidado em saúde de pessoas com coinfeção tuberculose/HIV na perspectiva da equipe multiprofissional

Health care for people with tuberculosis/HIV co-infection from the multidisciplinary team's perspective

Atención médica de personas con tuberculosis/coinfección por VIH desde la perspectiva del equipo multiprofesional

Eduarda Aguiar da Silva^I

ORCID: 0000-0002-2799-6579

Paula Hino^I

ORCID: 0000-0002-1408-196X

Hugo Fernandes^I

ORCID: 0000-0003-2380-2914

Maria Rita Bertolozzi^{II}

ORCID: 0000-0002-5009-5285

Aline Aparecida Monroe^{II}

ORCID: 0000-0003-4073-2735

Lucimara Fabiana Fornari^{II}

ORCID: 0000-0002-8655-6549

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções da equipe multiprofissional sobre cuidado em saúde de pessoas com coinfeção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em relação ao tratamento. **Métodos:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em serviço de assistência à saúde de São Paulo de maio a junho de 2019. Foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com nove profissionais da equipe multiprofissional. Os dados foram processados por meio da análise de discurso com apoio do *software* webQDA. **Resultados:** duas categorias empíricas emergiram: *Interfaces do cuidado em saúde à pessoa com coinfeção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana; Barreiras e facilitadores para o cuidado em saúde à pessoa com coinfeção.* **Considerações finais:** o processo saúde-doença na coinfeção é mediado por condicionantes que interferem de forma positiva ou negativa na adesão ao tratamento. O cuidado em saúde das pessoas ultrapassa a assistência exclusivamente clínica e requer o reconhecimento de necessidades em uma perspectiva ampla. **Descritores:** Tuberculose; Infecções por HIV; Coinfeção; Saúde Pública; Equipe de Assistência ao Paciente.

ASBTRACT

Objective: to know the multidisciplinary team's perspective about the health care of people with tuberculosis and human immunodeficiency virus co-infection in relation to treatment. **Methods:** this is a descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, carried out in a health care service in São Paulo, from May to June 2019. Semi-structured interviews were conducted with nine professionals from the multidisciplinary team. Data were processed through discourse analysis with the support of webQDA. **Results:** Two empirical categories emerged: *Health care interfaces for people with tuberculosis and human immunodeficiency virus co-infection; Barriers and facilitators for health care for people with co-infection.* **Final considerations:** the health-disease process in co-infection is mediated by conditions that positively or negatively interfere with treatment compliance. People's health care goes beyond exclusively clinical assistance and requires the recognition of needs in a broad perspective. **Descriptors:** Tuberculosis; HIV Infections; Coinfection; Public Health; Patient Care Team.

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones del equipo multiprofesional sobre el cuidado de la salud de las personas con tuberculosis de coinfección y el virus de la inmunodeficiencia humana en relación con el tratamiento. **Métodos:** estudio descriptivo-exploratorio, con un enfoque cualitativo, realizado en servicios de atención médica de São Paulo de mayo a junio de 2019. Se realizaron entrevistas con guiones semiestructurados con nueve profesionales del equipo multiprofesional. Los datos se procesaron a través del análisis del discurso con el soporte del *software* webQDA. **Resultados:** surgieron dos categorías empíricas: *interfaces de atención médica para persona con tuberculosis de coinfección y virus de inmunodeficiencia humana; Barreras y facilitadores para la atención médica para personas con coinfección.* **Consideraciones finales:** el proceso de enfermedad de salud en la coinfección está mediado por condiciones que interfieren positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento. La atención médica de las personas va más allá de la asistencia clínica exclusiva y requiere el reconocimiento de las necesidades desde una perspectiva amplia. **Descriptorios:** Tuberculosis; Infecciones por VIH; Coinfección; Salud Pública; Grupo de Atención al Paciente.

^IUniversidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva EA, Hino P, Fernandes H, Bertolozzi MR, Monroe AA, Fornari LF. Health care for people with tuberculosis/HIV co-infection from the multidisciplinary team's perspective.

Rev Bras Enferm. 2023;76(4):e20220733.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0733pt>

Autor Correspondente:

Eduarda Aguiar da Silva

E-mail: aguiar.eduarda@unifesp.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Alisson Bolina

Submissão: 25-05-2022

Aprovação: 27-01-2023

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como um problema de saúde pública, representando a principal causa isolada de morte infecciosa do mundo até o advento da pandemia de COVID-19. No âmbito global, estima-se que, em 2020, ocorreram 9,90 milhões de infecções por TB, sendo que 792.000 (8%) foram casos associados ao vírus da imunodeficiência humana (HIV). Mundialmente, ocorreram aproximadamente 1,3 milhão de mortes por TB, sendo 214.000 entre pessoas que vivem com HIV (PVHIV), nos quais a TB figura como a principal causa de mortalidade⁽¹⁾.

O Brasil figura em duas das três listas de 30 países prioritários para o desenvolvimento de ações de contenção da TB no período entre 2021 e 2025: daqueles que apresentam maior incidência da doença e daqueles com os números mais elevados de casos da doença entre PVHIV⁽¹⁾.

Entretanto, destaca-se que, desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como uma emergência de saúde pública global em 1993, o Brasil vem desenvolvendo diversas estratégias para o controle da doença. Em 2017, o país lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, que representa um documento norteador das ações para o enfrentamento da doença, cuja meta é reduzir o coeficiente de incidência para menos de dez casos por 100.000 habitantes e diminuir o coeficiente de mortalidade para menos de um óbito por 100.000 habitantes até o ano de 2035⁽²⁾. Além disso, as estratégias pactuadas relacionadas ao controle da TB em PVHIV visam intensificar as atividades colaborativas TB-HIV⁽³⁾.

Em relação à coinfeção TB/HIV, as PVHIV apresentam risco 28 vezes maior de desenvolver TB ativa em comparação à população em geral⁽⁴⁾. Em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19, observou-se queda de 10,9% na notificação de casos novos de TB em comparação com o mesmo período do ano anterior no Brasil, tendo sido registrados 68.700 casos novos de TB, sendo que, desses, 8,4% eram PVHIV⁽³⁾.

A pessoa que apresenta a coinfeção TB/HIV enfrenta inúmeras adversidades relacionadas ao processo saúde-doença, que podem resultar em falhas na adesão ao tratamento, tais como quantidade de medicamentos, ocorrência de efeitos colaterais, falta de motivação, sentimento de ansiedade, entre outras⁽⁵⁾. A não adesão ao tratamento e o uso inadequado dos medicamentos podem desencadear graves consequências, preditoras de resultados insatisfatórios no tratamento e que contribuem para o desenvolvimento da TB drogarr resistente (TB-DR): um dos obstáculos para o controle da doença⁽⁶⁾.

A adesão ao tratamento é complexa, pois não se restringe à mera ingestão do medicamento, mas envolve aspectos relativos às condições de vida e de trabalho, inerentes ao próprio processo saúde-doença. Nesse sentido, este estudo valeu-se do conceito de adesão com base em três planos interdependentes: 1) o que se refere ao conhecimento sobre o processo saúde-doença apresentado pela pessoa que apresenta a enfermidade; 2) o que se trata do lugar social ocupado pela pessoa doente; e 3) o que se refere ao sistema de produção de saúde, mais especificamente em relação à organização da saúde, de modo a possibilitar amplo acesso aos cuidados. Isso vai além, portanto, da perspectiva de abandono do tratamento, limitada a uma atitude ou comportamento restritivamente individual⁽⁷⁾.

Isso remete à necessidade de considerar o processo saúde-doença como um fenômeno social, contemplando as necessidades para o enfrentamento da doença⁽⁸⁾. Para que isso ocorra, o profissional de saúde necessita estabelecer vínculo com a pessoa com TB e sua família, a fim de identificar e compreender situações que possam comprometer a adesão ao tratamento, como condições precárias de vida, uso indiscriminado de álcool e drogas, e fragilidades na rede de apoio⁽⁹⁾.

Diversos estudos investigaram a adesão ao tratamento na coinfeção TB/HIV⁽¹⁰⁻¹⁵⁾, cujos resultados motivaram a realização deste estudo que teve como questionamento central: quais as percepções da equipe multiprofissional sobre o atendimento prestado às pessoas com HIV que realizam o tratamento da TB?

OBJETIVO

Conhecer as percepções da equipe multiprofissional sobre o cuidado em saúde de pessoas com coinfeção TB/HIV em relação ao tratamento.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Tratando-se de pesquisa que envolve seres humanos e atendendo aos preceitos ético-legais, o estudo atendeu às normas da Resolução nº 466/2012, sendo aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e do referido serviço de saúde onde ocorreu a coleta dos dados. Os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, uma vez que o intuito principal foi explorar as percepções da equipe multiprofissional que atua no cuidado em saúde de pessoas com coinfeção TB/HIV. O estudo seguiu as recomendações do *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ)⁽¹⁶⁾.

Cenário do estudo

O cenário do estudo foi um centro estadual de referência e treinamento em HIV/aids localizado no município de São Paulo, que presta assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids, além de realizar atividades de prevenção, vigilância epidemiológica, gestão e pesquisa.

Fonte de dados

Participaram do estudo nove profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um centro estadual de referência e treinamento em HIV/aids localizado no município de São Paulo. Foram incluídos profissionais que trabalhavam há, pelo menos, três meses no referido serviço de saúde e atuavam no atendimento às pessoas com coinfeção TB/HIV, dada à possibilidade de apresentarem maior

experiência no desenvolvimento de práticas assistenciais a esse grupo. Não foram definidos critérios de exclusão para participação no estudo. A amostra do estudo foi constituída por conveniência e definida por saturação em pesquisa qualitativa, ou seja, à medida que ocorria reincidência e complementaridade das informações⁽¹⁷⁾.

Coleta de dados

Os dados foram oriundos de entrevista conduzida por meio de roteiro semiestruturado elaborado pelos autores deste estudo. A primeira parte do roteiro apresentava informações relacionadas aos dados sociodemográficos dos participantes, e a segunda envolveu questões relacionadas à temática do estudo, tendo sido norteada pelo questionamento principal: quais são as suas percepções sobre o atendimento oferecido às PVHIV que realizam o tratamento para TB?

A coleta dos dados foi realizada por um pesquisador que recebeu treinamento para realizar as entrevistas, e ocorreu no período de maio a junho de 2019. Foram convidados para participar do estudo os profissionais que prestavam atendimento a PVHIV em tratamento de TB. Eles foram abordados pessoalmente durante o horário de trabalho e, posteriormente, foi realizado o agendamento das entrevistas segundo a disponibilidade dos participantes.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado nas dependências do serviço de saúde, a fim de garantir a facilidade de acesso, privacidade, conforto e qualidade das informações. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital de áudio para buscar maior autenticidade na compreensão dos depoimentos, com duração média de 25 minutos. Posteriormente, os áudios foram transcritos na íntegra pelo próprio entrevistador, e o nome dos participantes foi substituído pela letra "E", seguida de número arábico para garantir o anonimato.

Análise de dados

Os depoimentos foram submetidos à interpretação por método de análise de discurso, que permite a construção de categorias empíricas. Tal método de análise busca compreender os sentidos que a pessoa manifesta através de seu discurso, constituído por ideologia, história, linguagem⁽¹⁸⁾ e representações acerca do cotidiano da vida. Pelo fato de a TB ser uma infecção reconhecidamente de natureza social, a análise dos depoimentos foi realizada à luz da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença propõe uma interpretação dialética da vida social, ao considerar que a saúde é um processo complexo que envolve um movimento entre a determinação e a autonomia relativa⁽¹⁹⁾.

A análise de discurso foi realizada com apoio do *software* de análise qualitativa webQDA⁽²⁰⁾, a fim de otimizar o tratamento e o gerenciamento dos dados qualitativos. As entrevistas transcritas na íntegra foram inseridas no sistema de fontes internas. Por meio do sistema de codificação, as entrevistas foram classificadas de acordo com a profissão, o sexo, o estado civil, a faixa etária, a escolaridade, o tempo de trabalho no serviço e o tempo de trabalho com pessoas coinfectadas por TB/HIV dos participantes. As categorias empíricas foram construídas por meio dos Códigos Árvores, que resultaram na identificação de duas categorias empíricas: *Interfaces do cuidado em saúde à pessoa com coinfeção*

tuberculose/HIV; Barreiras e facilitadores para o cuidado em saúde à pessoa com coinfeção tuberculose/HIV.

RESULTADOS

Dentre a totalidade (n=9) dos participantes do estudo, três eram enfermeiros, dois, técnicos de enfermagem, uma, médica, um, psicólogo, um, assistente social, e um, farmacêutico. A maioria dos participantes era do sexo feminino (n=7), encontrava-se na faixa etária de 40 e 49 anos (n=5), seguida daqueles que tinham entre 50 e 59 anos (n=4). Em relação ao tempo de trabalho dedicado ao atendimento de pessoas com coinfeção TB/HIV, observou-se uma média de experiência de 18,3 anos para enfermeiros, cinco, para os técnicos de enfermagem, 10, para a médica, quatro, para a psicóloga, 20, para a assistente social, e 29, para o farmacêutico.



Figura 1 – Nuvem das 100 palavras mais frequentes nas entrevistas

Nas entrevistas, conforme pode ser observado na nuvem de palavras criada por meio do *software* webQDA (Figura 1), as palavras mais frequentes foram paciente (n=203), tratamento (n=164), TB (n=101), remédio (n=95), saúde (n=65), medicação (n=64), equipe (n=59), família (n=52), diagnóstico (n=47), adesão (n=43) e coinfeção (n=37).

A análise dos discursos possibilitou a apreensão de significados e sentidos sobre o cuidado em saúde de pessoas com coinfeção TB/HIV na perspectiva da adesão ao tratamento, possibilitando a identificação de duas categorias empíricas: *Interfaces do cuidado em saúde à pessoa com coinfeção tuberculose/HIV; e Barreiras e facilitadores para o cuidado em saúde à pessoa com coinfeção tuberculose/HIV* (Quadro 1).

Quadro 1 - Categorias e temas identificados por meio dos dados empíricos

Categorias empíricas	Temas abordados
Interfaces do cuidado em saúde à pessoa com coinfeção tuberculose/HIV	- Tratamento medicamentoso - Estratégias de cuidado - Rede de atenção ao usuário
Barreiras e facilitadores para o cuidado em saúde à pessoa com coinfeção tuberculose/HIV	- Barreiras: vulnerabilidade social, dependência química e estigma e preconceito - Facilitadores: apoio familiar, acesso à informação e prognóstico

A seguir, são apresentadas as categorias empíricas e os respectivos discursos:

Interfaces do cuidado em saúde à pessoa com coinfeção tuberculose/HIV

De acordo com a equipe multiprofissional, uma parcela dos usuários apresenta dificuldade na adesão ao tratamento decorrente dos efeitos colaterais e das interações medicamentosas.

Tem, as drogas interagem. São drogas que, potencialmente, não são drogas fáceis de manusear. (E5)

Os remédios causam muitos efeitos colaterais, ainda mais associado aos antirretrovirais e a outras doenças que podem ter neurotoxoplasmose, neurocriptocose e acaba interferindo nesse contexto todo. (E7)

Também foi apontado o processo patológico das duas infecções, uma vez que debilita o organismo e acentua alguns sinais e sintomas da TB, como a perda de peso e do apetite, dor estomacal e fraqueza. Nesses casos, enfatizou-se a importância dos incentivos sociais para a realização do tratamento:

Tem interação medicamentosa e eles se sentem muito debilitados com os medicamentos de TB e HIV. É onde precisa entrar com a cesta básica para ver se eles se alimentam um pouquinho, ficar um pouquinho mais forte, para aguentar o tratamento. (E1)

A dinâmica da supervisão medicamentosa variou de acordo com as particularidades de cada usuário. Nos casos em que houve dificuldade na adesão ao tratamento, a equipe multiprofissional relatou a realização do tratamento diretamente observado (TDO) no próprio centro de referência ou nas unidades de atenção primária, o agendamento de retornos com maior frequência e o telemonitoramento para a observação da ingestão medicamentosa. Diante disso, destacou-se o acompanhamento contínuo para o monitoramento da condição clínica, geralmente realizado por meio de consultas médicas e exames laboratoriais.

Além disso, a equipe multiprofissional destacou como estratégias de cuidado em saúde a oferta de cestas básicas e o auxílio transporte, principalmente para os usuários com condições socioeconômicas desfavoráveis. Também foi mencionada a importância do acolhimento dos usuários e de suas famílias para realizar orientações sobre o tratamento, a doença, a transmissão, o estigma e o preconceito. Ademais, os participantes mencionaram a necessidade de estabelecimento de vínculo com os usuários para a construção de um plano terapêutico singular, a fim de incentivar a corresponsabilidade no processo terapêutico.

É oferecida a cesta básica e o auxílio condução. Para alguns pacientes, é oferecido o almoço aqui, então eles vêm perto da hora do almoço, toma a medicação e já ficam para almoçar. (E6)

Eu fui melhorando a relação dela com a instituição, a relação com a médica era ótima, aí, comigo, com o almoço, com o vir regularmente, ela foi melhorando o vínculo e isso fez com que ela tivesse uma regularidade para se tratar nos dois primeiros anos. (E8)

A Rede de Atenção à Saúde foi apontada com ênfase no contexto do tratamento e acompanhamento dos usuários portadores da coinfeção TB/HIV. Nesse sentido, os discursos demonstraram que cada profissional desempenha um papel específico no processo terapêutico. Ademais, evidenciou-se a importância de discussões clínicas envolvendo a equipe multiprofissional, de modo que os profissionais tenham decisões em consonância com as possibilidades de cada caso. Também se notou que havia cooperação entre o referido serviço de saúde e as unidades de atenção primária e hospitalar, o que possibilitou intervenções mais eficazes nos casos de maior complexidade.

O médico não cuida do paciente sozinho. Ele tem que comunicar, quando comunica, todo mundo sabe, antes de começar o tratamento. A enfermagem já mapeia onde ele mora para ver as unidades que tem perto que podem dar respaldo ao tratamento, quais têm o remédio, às vezes, tem que mandar o remédio daqui para lá. (E8)

Ele foi internado em Araraquara no hospital para tratamento de pessoas com tuberculose multirresistente e nós fizemos todo o contato, trabalhamos em rede, fomos até lá para discutir o caso. (E4)

Barreiras e facilitadores para o cuidado em saúde à pessoa com coinfeção tuberculose/HIV

Dentre as barreiras para o cuidado em saúde, a equipe multiprofissional citou a vulnerabilidade social, decorrente da precariedade de moradia, alimentação e transporte, além da fragilidade da renda para a manutenção da subsistência.

Acho que é mais a parte social mesmo, como a gente falou, é morador de rua, a pessoa é pobre e está desempregada, não tem como pegar um ônibus, um metrô para chegar até aqui, às vezes mora muito longe. (E3)

Não adianta nada você ter um lugar bacana como esse, tem remédio e laboratório, se o usuário falar: "Doutora, não tenho onde dormir nem o que comer, a senhora mandou eu voltar semana que vem, mas não tenho dinheiro para vir". Tem uma demanda social importante e a coinfeção TB/HIV em geral é uma doença de gente mais pobre. (E5)

Outra barreira no cuidado em saúde refere-se à dependência química, que interfere na regularidade do vínculo com o serviço de saúde.

Os pacientes usuários de drogas. Drogas ilícitas dificultam, sim. Muitas vezes, eles preferem passar noitadas na rua, três dias na rua. Não vêm para casa ou não vai para a UBS, então, interfere, sim. (E1)

A maior dificuldade é porque tem a questão da fissura da droga, do uso da droga, e aí recai, volta para rua e esse se perde novamente. Então, essa é uma demanda bastante complexa. (E4)

Além dessas questões, evidenciam-se o preconceito no âmbito familiar e social e o estigma vivenciado pelas pessoas com coinfeção TB/HIV. Os relatos demonstraram a existência de barreiras para aceitação da condição clínica até mesmo pelos

próprios usuários, uma vez que sofriam constantemente situações de preconceito:

Ele não adere porque foi rejeitado pela família, a família construiu tipo uma casinha de cachorro para ele, ele não tem como comer, não tem como se tratar e a cada dia piora porque não consegue aderir. (E9)

O preconceito vem da casa, na própria família. Alguns pais, às vezes, não aceitam, principalmente se é um travesti ou um portador do HIV. (E1)

Em contrapartida, os discursos dos participantes denotaram o impacto positivo das situações que envolvem o apoio familiar na adesão ao tratamento.

Quando a família está presente é claro que facilita muito, porque o apoio familiar faz toda a diferença. (E7)

A questão, por exemplo, de você ter uma regularidade dos horários, de ter onde guardar o medicamento, de ter alguém para te lembrar de tomar essa medicação [...]. (E4)

Outro ponto que se mostrou presente nas entrevistas foi o fato de que os usuários com maior acesso à informação possuíam mais facilidade em aceitar o plano terapêutico e, conseqüentemente, tinham um prognóstico favorável na coinfeção TB/HIV.

É só chegar em qualquer centro de saúde, uma UBS, e falar: "Quero fazer um teste, só que eu não quero que ninguém saiba", está bem fácil. Parece que aumentou o número de pessoas com HIV, não é porque eles estão desinformados, é porque a mídia está todo dia mostrando a facilidade de se prevenir [...]. (E2)

Quando eles olham para a quantidade de comprimido, não é um probleminha, mas vai acabar, então a ideia de que vai acabar de que tem alta, de que tem cura alivia tudo, então não tem estigma. (E8)

DISCUSSÃO

A análise dos discursos elucidou questões que influenciaram no processo saúde-doença de pessoas que vivenciam a coinfeção TB/HIV. Na perspectiva da equipe multiprofissional, a fragilidade socioeconômica, as precárias condições de vida e a baixa escolaridade têm relevância significativa nesse processo, pois refletem na dificuldade de acesso ao cuidado e aos serviços de saúde como pontos preponderantes para o seguimento do processo terapêutico.

Em contrapartida, estudo realizado na Nigéria demonstrou inexistência dessa associação⁽¹⁵⁾, o que pode instigar a realização de outros estudos sobre o tema nessa perspectiva, além de evidenciar questões que podem não ter sido abordadas neste estudo e que indicaram a relevância de questões culturais que favoreceram a adesão ao tratamento.

Um estudo realizado na África revelou que, dentre as dificuldades relacionadas à não adesão ao tratamento da TB entre PVHIV, destacaram-se crenças pessoais, medo dos efeitos colaterais, falta de conhecimento sobre o tratamento e sua importância, além da utilização de práticas de medicina alternativa. Também

é importante a compreensão de outros condicionantes, como a distância geográfica das unidades de saúde, a ausência de programas assistenciais e os aspectos de ordem psicossocial e familiar⁽²¹⁾.

Para além das questões relacionadas às dimensões estrutural e particular da sociedade, os participantes mencionaram a dimensão singular de cada usuário. Nessa perspectiva, a equipe multiprofissional considerou a dependência de álcool e outras drogas como uma barreira para o processo terapêutico, resultado corroborado por estudo realizado em Fortaleza a partir da análise dos dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁽¹¹⁾.

O apoio social e de familiares, o acolhimento dos profissionais de saúde aos usuários e suas famílias, a educação em saúde e os incentivos sociais foram citados como aspectos positivos que podem promover a adesão ao tratamento. Entende-se que, para a adesão ao tratamento ocorrer, é necessário que os profissionais compreendam que o processo saúde-doença transcende a multifatorialidade, sendo compreendido à luz de condicionantes relacionados à estrutura da sociedade, à reprodução social, além da compreensão sobre a singularidade de cada pessoa e seu processo de vida no plano terapêutico.

Pesquisa sobre a adesão ao tratamento na perspectiva de pessoas que vivenciavam a coinfeção TB/HIV constatou que o vínculo com a equipe de saúde, o acolhimento de forma humanizada, o fornecimento de cesta básica, a possibilidade de retirada dos medicamentos no serviço de saúde e o acompanhamento multiprofissional favoreceram a adesão ao tratamento. Assim, destaca-se a importância da implementação de ações que garantam um atendimento integral e humanizado, considerando as necessidades em saúde das PVHIV em tratamento da TB⁽¹⁰⁾.

Um estudo qualitativo realizado com profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de São Paulo identificou como pontos positivos incentivos sociais, TDO e vínculo entre usuário e equipe de saúde. No entanto, os autores destacaram que, apesar de os incentivos favorecerem a adesão ao tratamento, são necessárias medidas públicas voltadas para a superação das desigualdades sociais e conseqüente modificação das condições de vida, principalmente da população que vive em situação de vulnerabilidade social⁽²²⁾.

Considera-se que a equipe de saúde deve estar apta a realizar o acolhimento do usuário, levando em consideração a particularidade de cada um, os conhecimentos, as crenças, as dificuldades enfrentadas, visando, buscar junto ao usuário, maneiras para superar as barreiras para o seguimento do tratamento⁽⁹⁾. Dessa forma, as ações de educação em saúde possibilitam a ampliação do conhecimento e permitem o estreitamento de vínculo entre o usuário e o profissional de saúde. Destaca-se que o momento da revelação do diagnóstico é crucial para a vida do usuário e é quando se inicia o acolhimento e vínculo entre profissional de saúde e usuário, visando impacto favorável na adesão ao tratamento⁽²³⁾.

Um estudo realizado com profissionais de saúde no município do Rio de Janeiro analisou o cuidado ofertado às pessoas com TB, tendo evidenciado que o apoio e o vínculo com os profissionais que prestavam o cuidado influenciaram positivamente na adesão ao tratamento⁽²⁴⁾.

É fundamental que, para o alcance dos resultados esperados, os serviços de saúde estejam estruturados a fim de facilitar o diagnóstico e o acesso aos medicamentos⁽⁶⁾. O tratamento combinado das duas infecções se mostrou uma questão complexa para o processo terapêutico, visto que a quantidade de comprimidos a serem ingeridos, diariamente, pode impactar a continuidade do tratamento⁽¹⁴⁾. Além disso, os efeitos adversos foram outro ponto negativo evidenciado nos discursos e corroborado por estudo desenvolvido com pessoas em tratamento da TB multirresistente no município de São Paulo⁽²⁵⁾.

A dificuldade de acesso ao cuidado em saúde e o consequente atraso no início do tratamento podem estar relacionados à mortalidade das pessoas com a coinfeção TB/HIV. Sendo assim, ressalta-se a importância da otimização dos resultados do tratamento nos programas de TB e HIV, particularmente melhorando o diagnóstico precoce do HIV, início precoce da terapia antirretroviral (TARV) e adesão ao tratamento da TB⁽¹²⁾.

Apreendeu-se com os participantes que as pessoas com a coinfeção TB/HIV têm dificuldades no enfrentamento da condição de saúde, principalmente devido ao estigma e ao preconceito vivenciados no ambiente social e familiar, com repercussões negativas na adesão ao tratamento. Ainda em relação ao estudo, destaca-se o impacto da educação em saúde como provedora da adesão ao tratamento, uma vez que permitiu que os usuários compreendessem sua condição de saúde, o que os tornaram ativos no processo terapêutico. De fato, estudos demonstraram a eficácia do aconselhamento na continuidade do tratamento^(13,16).

Um estudo realizado na África sobre a aceitação da TARV por pessoas em tratamento da TB evidenciou que as barreiras socioeconômicas e individuais mais frequentemente descritas foram o estigma, a baixa renda e a faixa etária mais jovem. As barreiras relacionadas ao serviço de saúde foram escassez de recursos humanos, falta de infraestrutura e de diretrizes de tratamento. As barreiras clínicas incluíram intolerância aos medicamentos anti-TB, medo da toxicidade dos medicamentos e contraindicações aos antirretrovirais⁽¹³⁾.

Ressalta-se que os participantes não mencionaram problemas relacionados à falta de recursos humanos, à infraestrutura e ao tratamento medicamentoso. As barreiras foram centradas, principalmente, nas demandas dos usuários. Portanto, é importante sugerir a realização de estudo na perspectiva dos usuários do serviço, para verificar se as barreiras são semelhantes ao que foi mencionado pela equipe de saúde.

Um estudo qualitativo desenvolvido com médicos e enfermeiros que atuavam em uma comunidade da África e que apresenta um número elevado de casos de TB e HIV apontou a necessidade de implementação de medidas que visem ao tratamento efetivo da coinfeção TB/HIV, como melhorar a gestão da coinfeção por meio de políticas eficazes, capacitação da equipe de saúde, infraestrutura adequada e estabelecimento de parcerias entre as partes interessadas e incentivo à pesquisa⁽²⁵⁾.

Em relação aos achados deste estudo, os participantes apontaram a necessidade de criação de estratégias que mitiguem as barreiras vivenciadas pelos usuários, a fim de garantir a adesão ao tratamento, como a oferta de incentivos. Além disso, destaca-se a importância de considerar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, a fim de produzir melhores resultados no tratamento

e que os programas de controle da TB e do HIV/aids atuem de forma integrada. Sendo assim, à luz da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, ressalta-se que o tratamento depende de diversos condicionantes, pois o acesso às ações e serviços de saúde não é suficiente para a superação do problema associado à adesão dos usuários. Assim, compreende-se que o processo saúde-doença é um fenômeno social e requer o atendimento às necessidades em saúde dos usuários e das famílias para oferta de cuidado responsável e qualificado⁽⁸⁾.

Limitações do estudo

Aponta-se como limitação do estudo a realização de entrevistas com profissionais de apenas um serviço de saúde. Entretanto, apesar de não ser possível generalizar os achados, acredita-se que os resultados podem contribuir para uma melhor compreensão do cuidado em saúde ofertado a pessoas com coinfeção TB/HIV na perspectiva de profissionais de saúde.

Contribuições para a área da saúde

Espera-se que os achados deste estudo permitam um aprofundamento teórico na gama de aspectos que influenciam as práticas de cuidado direcionadas ao tratamento da coinfeção TB/HIV e, dessa forma, traga subsídios para repensar as práticas em saúde desenvolvidas a este grupo específico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a perspectiva interpretativa dos participantes, o processo saúde-doença na coinfeção TB/HIV decorreu de diversos condicionantes que interferiram de forma positiva ou negativa na efetividade do tratamento. Diante disso, esforços sociais e políticos, no sentido de diminuir as desigualdades em saúde, assim como ações em saúde que superem os aspectos concernentes à vulnerabilidade programática, contribuem para a adesão ao tratamento. Acredita-se, ainda, que a participação dos usuários no processo terapêutico seja crucial para superar as barreiras inerentes à vivência da coinfeção.

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL

<https://doi.org/10.48331/scielodata.DD0JNX>

FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

CONTRIBUIÇÕES

Silva EA, Fornari LF e Bertolozzi MR participaram da análise e interpretação dos dados e revisão final com participação crítica e intelectual do manuscrito. Hino P participou da concepção do estudo, da análise e interpretação dos dados e revisão final com participação crítica e intelectual do manuscrito. Fernandes H e Monroe AA participaram da revisão final com participação crítica e intelectual do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021[cited 2022 May 20]. 57 p. Available from: <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[cited 2022 May 20]. 52 p. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021[cited 2022 May 20]. 51 p. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[cited 2022 May 20]. 364 p. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
5. Pereira LFB, Soares DL, Silva TC, Sousa VEC, Caldas AJM. Fatores associados à coinfeção tuberculose/HIV no período 2001-2011. *Rev Pesqui Cuid Fundam*[Internet]. 2018[cited 2022 May 20];10(4):1026-31. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6308/pdf>
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS consolidou as diretrizes sobre o tratamento da tuberculose resistente a medicamentos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. 104p.
7. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. The vulnerability and the compliance in Collective Health. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2009[cited 2022 May 20];43(Esp 2):1326-30. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/c168/2d29c7cc075942e5ea334d7b8559437d685.pdf>
8. Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FOS. The incidence of tuberculosis and its relation to social inequalities: integrative review study on PubMed Base. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20180367. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0367>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019[cited 2022 May 20]. 364p. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
10. Silva AR, Hino P, Bertolozzi MR, Oliveira JC, Carvalho MV, Fernandes H, et al. Perceptions of people with tuberculosis/HIV regarding treatment adherence. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE03661. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03661>
11. Carvalho MV, Silva AR, Taminato M, Bertolozzi MR, Fernandes H, Sakabe S, et al. Tuberculosis/HIV coinfection focused on care and quality of life. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE02811. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02811>
12. González-Duran JA, Plaza RV, Luna L, Arbeláez MP, Deviaene M, Keynan Y, et al. Delayed HIV treatment, barriers in access to care and mortality in tuberculosis/HIV co-infected patients in Cali, Colombia. *Colomb Med Cali*. 2021;52(4):e2024875. <https://doi.org/10.25100/cm.v52i3.4875>
13. Kadia BM, Dimala CA, Fongwen NT, Smith AD. Barriers to and enablers of uptake of antiretroviral therapy in integrated HIV and tuberculosis treatment programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Res Ther*. 2021;18(1):85. <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00395-3>
14. Kaplan R, Caldwell J, Hermans S, Adriaanse S, Mtwisha L, Bekker LG, et al. An integrated community TB-HIV adherence model provides an alternative to DOT for tuberculosis patients in Cape Town. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016;20(9):1185-91. <https://doi.org/10.5588/ijtld.15.0855>
15. Akanbi K, Ajayi I, Fayemiwo S, Gidado S, Oladimeji A, Nsubuga P. Predictors of tuberculosis treatment success among HIV-TB co-infected patients attending major tuberculosis treatment sites in Abeokuta, Ogun State, Nigeria. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019[cited 2022 May 20];32(Suppl 1):7-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6445330/pdf/PAMJ-SUPP-32-1-07.pdf>
16. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
17. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensus and controversies. *Rev Pesq Qual* [Internet]. 2017[cited 2022 May 20];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
18. Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 1991.433 p.
19. Breilh J. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(12):e00237621. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237621>
20. Costa AP, Moreira A, Souza FN. webQDA - Qualitative Data Analysis. Aveiro University and MicroIO; 2019.
21. Msoka EF, Orina F, Sanga ES, Miheso B, Mwanyona S, Meme H, et al. Qualitative assessment of the impact of socioeconomic and cultural barriers on uptake and utilisation of tuberculosis diagnostic and treatment tools in East Africa: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2021[cited 2022 May 20];11:e050911. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/7/e050911.full.pdf>

22. Orlandi GM, Pereira EG, Biagolin REM, França FOS, Bertolozzi MR. Social incentives for adherence to tuberculosis treatment. *Rev Bras Enferm.* 2018;72(5):1182-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0654>
 23. Polejack L, Machado ACA, Santos CS, Guambe AJ. Challenges for Adherence to Antiretroviral Treatment from the Perspective of health System Professionals in Mozambique. *Psic Teor Pesqui* [Internet]. 2020[cited 2022 May 20];36:e36nspe10. Available from: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/dQyh8QPSJtRpqs9rxJhGfZM/?format=pdf&lang=pt>
 24. Linhares SRS, Paz EPA. Tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: olhar do profissional. *Enferm Foco* [Internet]. 2019[cited 2022 May 20];10(5):179-84. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2407/687>
 25. Ferreira KR, Orlandi GM, Silva TC, Bertolozzi MR, França FOS, Bender A. Representations on adherence to the treatment of Multidrug-Resistant Tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03412. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018010303412>
 26. Mabuza MP, Shumba C. A qualitative exploration of doctors and nurses experiences on the management of tuberculosis and HIV co-infection in a tuberculosis-HIV high burden community in northern KwaZulu-Natal, South Africa. *J Public Health in Africa.* 2018;9:770. <https://doi.org/10.4081/jphia.2018.770>
-