**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

GABRIELA TAVARES MAGNABOSCO

**Prevenção e diagnóstico da tuberculose em pessoas que vivem com aids:
análise da assistência prestada**

**Ribeirão Preto
2015**

GABRIELA TAVARES MAGNABOSCO

Prevenção e diagnóstico da tuberculose em pessoas que vivem com aids: análise
da assistência prestada

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de São
Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientador: Tereza Cristina Scatena Villa

RIBEIRÃO PRETO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Magnabosco, Gabriela Tavares

Prevenção e diagnóstico da tuberculose em pessoas que vivem com aids: análise da assistência prestada, 2015.

146 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientador: Tereza Cristina Scatena Villa

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Tuberculose. 3. Serviços de Saúde.

MAGNABOSCO, Gabriela Tavares

Prevenção e diagnóstico da tuberculose em pessoas que vivem com aids: análise da assistência prestada

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*À minha mãe, por orientar meu caminho com muita dedicação e amor,
contribuindo na concepção de quem sou hoje.*

Agradecimentos

Especiais

À Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa, pela confiança depositada em mim desde o momento em que me acolheu em seu grupo de pesquisa, ao qual se dedica de forma imensurável. Admiro sua garra, liderança e a forma que conduz o grupo, compartilhando suas conquistas e conhecimentos, fortalecendo e incentivando a busca, enfrentamento e transposição de desafios.

Obrigada por hoje fazer parte de mim e por ter contribuído com a minha evolução pessoal, profissional e enquanto pesquisadora, oportunizando-me não apenas conhecimentos teóricos, mas a compreensão do verdadeiro significado de se trabalhar em equipe, de se batalhar um pelo outro e buscar sempre o que há de melhor em nós e nos outros.

Serei eternamente grata por tudo.

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino-Netto, por todo seu conhecimento, sabedoria, dedicação, paciência e bondade, que o tornam o ser humano e educador maravilhoso e inigualável que é. Obrigada por me ensinar por meio de palavras e exemplos, sempre com muito carinho, respeito e atenção.

Foi e sempre será um prazer e privilégio tê-lo como educador.

À Profª Drª Aline Aparecida Monroe, por sua amizade, dedicação, sensibilidade, ternura e respeito, que me ensinam, fortalecem e inspiram a cada dia. Agradeço por sua confiança e por não medir esforços para me fazer, antes de tudo, feliz. Você é um anjo em minha vida.

Muito obrigada por tudo.

Agradecimentos

À Deus, por ter me dado o dom da vida e oportunidade de evolução espiritual. Obrigada Senhor pelo amanhecer, ele me mostra que sempre posso recomeçar.

Aos amigos espirituais que estão sempre ao meu lado.

Aos meus pais, Shirley e Silvio (in memorian), por todo amor, carinho, dedicação, incentivo, paciência e confiança em todos os momentos.

Aos meus avós Cecília e Francisco (in memorian) e Maria José (Zezé) e Silvio, todos os tios (as) e primos (as) que sempre torceram por mim.

Às amigas Ana Paula, Maria Júlia, Maria Luiza, Marília e Sarah, por sempre estarem ao meu lado, desde a infância, me incentivando, ouvindo, aconselhando e ajudando no compromisso de ser uma pessoa melhor. Por todos os momentos que vivemos e que ainda estaremos juntas. Vocês são essenciais.

À querida amiga TeKa, pelo incentivo, por cuidar da minha mãe quando estou ausente, por me escutar e me ajudar a enxergar o mundo de uma forma mais otimista e leve. É muito bom poder contar com você.

Às minhas queridas amigas, presentes de Deus durante minha vida em Ribeirão Preto, Ana Luiza, Camila, Fabiana, Fer Calegari, Mileni, Monique e Rose pelo carinho, pela paciência e por todos os momentos maravilhosos que vivemos e ainda viveremos juntas.

Aos meus queridos amigos e amigas do GEOTB, da nossa "Tropa de Elite": Aline Beraldo, Amelinha, Anne, Bia (in memorian), Érika, Laurinha, Léo, Livinha, Maria Eugênia, Nati, Nathy, Paty, Reinaldo, Rúbia e Tiemi. Vocês são luzes em minha vida. Muito obrigada pelo prazer do convívio diário, pela paciência, dedicação e cooperação, vocês me mostram a cada instante o valor da união e do amor ao próximo.

Aos queridos Elton, Karo, Tezinho e Tiemi, por estarem ao meu lado quando todos estavam distantes, me incentivando e cuidando de mim. Vocês fizeram parte de momentos únicos da minha vida.

*Às Professoras **Pilar e Azucena** e à **Universidade Autônoma de Madrid**, à **Débora e Julia** e ao **Instituto de Salud Carlos III**, por me receberem, acolherem e orientarem tão bem durante o período de estágio em Madri/ES.*

*Ao **Prof. Dr. Pedro Palha** e integrantes do Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde (GEOQualis).*

*À **Profª Drª Aline Aparecida Monroe** e todos os integrantes do Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids (GEOHids), pela aprendizagem e conhecimentos compartilhados.*

*À **Profª Drª Jordana de Almeida Nogueira**, pela dedicação, pelo carinho e pelos conhecimentos compartilhados.*

*À **Profª Drª Lúcia Marina Scatena**, pelas contribuições feitas neste estudo e discussões em grupo. Obrigada por compartilhar seu conhecimento e por trazer novos olhares às pesquisas do GEOTB.*

*A todos os **docentes do curso de enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)** e do Programa de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública, pelos ensinamentos durante minha formação acadêmica.*

*A todos os **funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)**, em especial à **Shirley**, pela dedicação e ajuda.*

*À **FAPESP** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro à pesquisa; e ao **CNPq-CAPEF** (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro ao estágio no exterior.*

*Ao **ICOHRTA**, na figura dos professores **Jonathan Golub, Richard Chaisson, José Roberto Lapa e Silva e Antonio Ruffino-Netto**, pela oportunidade de participar de cursos na Bloomberg School of Public Health – Johns Hopkins University.*

*À **Drª Lis Aparecida Neves**, por estar sempre disposta a colaborar com o desenvolvimento de pesquisas no município; e a todos os **funcionários do Programa Municipal de Controle da Tuberculose e de DST/aids e Hepatites Virais de Ribeirão Preto**, que contribuíram e apoiaram a realização deste estudo.*

*À todas as pessoas que vivem com HIV/aids, pela disposição, por terem participado e colaborado
para a construção deste estudo.*

Enfim, a todos que direta ou indiretamente tornaram possível a concretização deste estudo.

Muito obrigada!

“Ninguém dá unicamente aquilo que entrega ou cede, a benefício dos semelhantes.

Cada criatura, através de leis inalienáveis que governam a vida, é obrigada a dar de si própria, nas situações essenciais do cotidiano, como sejam:

no pensamento;

na palavra;

no gesto;

no lar;

na comunidade;

na profissão;

no trabalho;

na tarefa;

no negócio;

na saúde;

na doença;

na administração;

na subalternidade.

No decorrer da vida, somos constantemente chamados a dar todo o apoio material e socorro moral aos irmãos em necessidade, conforme os recursos que usufruímos.

Acima de tudo, com intuito de melhorar a Vida e o Planeta por meio da cooperação da influência.

Revisemos, pois, dia a dia, nossas atitudes pessoais, observando como distribuímos as parcelas espirituais de nós mesmos, seja no que fazemos ou no que somos.

Orientação certa se define como sendo o caminho certo de auxiliar e o jeito certo de viver e conviver”.

Espírito Albino Teixeira

Do livro: "Caminho Espírita"

Médium: Francisco Cândido Xavier

RESUMO

MAGNABOSCO, G.T. **Prevenção e diagnóstico da tuberculose em pessoas que vivem com aids: análise da assistência prestada**. 2014. 146f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A tuberculose (TB) constitui a principal comorbidade a acometer as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), sendo considerada a primeira causa de morte nesta população. Assim, a prevenção da coinfeção TB/HIV pelos Serviços de Atenção Especializada ao HIV/aids (SAE) se faz imprescindível. O estudo objetivou analisar a oferta e a integração das ações e serviços de saúde para a prevenção e o controle da TB nas PVHA pertencentes à rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto-SP. Utilizou-se o conceito teórico da integralidade da atenção, tomando como eixo de análise a oferta e a integração das ações e serviços dentro das equipes de referência e junto a outros profissionais/especialidades/serviços. Trata-se de um estudo exploratório, do tipo inquérito, com abordagem quantitativa. Participaram 253 PVHA em acompanhamento nos cinco SAE sob gestão municipal, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos, residentes no próprio município e não pertencentes ao sistema prisional. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro/2012 a maio/2013, por meio de entrevistas com apoio de um instrumento específico. Os dados foram analisados por meio de distribuição de frequência, construção de indicadores e análise de correspondência múltipla. Quanto ao perfil dos sujeitos, identificou-se acometimento maior dentre o sexo feminino, faixa etária adulta, indivíduos casados/união estável e solteiros, baixa escolaridade, empregados e predomínio da classe econômica C. Tais características e especificidades sociais e demográficas expõem a complexidade que envolve a assistência às PVHA e, em contiguidade, o controle da TB nesta população. A oferta de ações e serviços para o controle da TB nas PVHA por todos os SAE do município foi considerada regular, reforçando a necessidade de melhor planejamento da assistência de forma integral, articulação dos profissionais nas equipes e entre estas e os demais serviços da rede, além da formação profissional e educação permanente. A integração, de modo geral, foi classificada como satisfatória, entretanto, identificou-se diferentes desempenhos entre os SAE, principalmente no que se refere à abordagem das condições sociais e encaminhamentos realizados, o que permite refletir sobre a complexidade da coordenação da assistência prestada às PVHA. O desafio que se coloca é pensar a integralidade da atenção que articule a oferta de ações e serviços de saúde para o controle da TB, sobretudo, destacando a necessidade de estratégias que favoreçam o desenvolvimento de ações compartilhadas e cooperadas dentro da equipe, entre os programas de TB e HIV/aids e entre os diferentes serviços, com o intuito de fortalecer a rede local de atenção visando a produção de um cuidado integral, singular e resolutivo. Para tanto, urge a necessidade de transformar os conceitos e práticas de saúde que orientam o processo de formação acadêmica no sentido de conceber profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas de saúde.

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

ABSTRACT

MAGNABOSCO, G.T. **Prevention and diagnosis of tuberculosis among people living with AIDS: analysis of delivered care in Ribeirao Preto.** 2014. 146p. Thesis (PhD) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Tuberculosis (TB) is a major morbidity that affects people living with HIV/ AIDS (PLWHA), and it is considered the leading cause of death among this population. Thus, prevention of TB by HIV/AIDS Care Specialized Services is a prerogative. The study aimed to analyze the supply of health actions and the integration of health services for TB' prevention and control among PLWHA in treatment at the HIV/AIDS care network in the city of Ribeirão Preto, SP. The theoretical concept of comprehensive care was used, by considering the supply and integration of programs and services within the reference teams and between other professionals/skills/services. This is an exploratory study, survey type, with a quantitative approach. A total of 253 PLWHA participated in the study. They were followed at the five municipal HIV/AIDS Specialized Assistance Services (SAS), and the following inclusion criteria were considered: patients over 18 years old, living in the study site and outside the prison system. Data collection was performed from January 2012 to May 2013, through interviews with the support of a specific instrument. Data were analyzed by frequency distribution, indicators development and multiple correspondence analysis. Regarding the subjects' profile, we identified a higher prevalence of females, adult age, married/stable union or single, low education, employees and a predominance of economic class C. Such social and demographic characteristics expose the complexity involving the assistance to PLWHA, and, as a result, the complexity of controlling TB in this population. The availability of services for TB control in PLHIV in all five SASs was rated as regular, reinforcing the need for better planning focused on comprehensive care, coordination of professionals inside their teams, as well as between different teams and services, thinking beyond vocational training and continuing education. Although integration was generally rated as satisfactory, SASs presented different performances, especially with regard to addressing the social conditions and establishing referrals, allowing a reflection on the complexity of PLWHA care coordination. The challenge that arises is thinking about an integrated care that articulates the availability of health actions and services for TB control, e highlighting the need for strategies that favor the development of cooperative actions within health teams, between TB and HIV/AIDS programs and among different services in order to strengthen the local care network and develop unique, decisive and comprehensive care. Therefore, there is an urgent need to transform the health concepts and practices that guide the process of academic training to build professionals capable of understanding and acting for comprehensive health practices.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Tuberculosis, Chronic Disease, Health Systems, Public Health Nursing.

RESUMEN

MAGNABOSCO, G.T. **Prevención y diagnóstico de la tuberculosis en personas que viven con sida: análisis de la asistencia prestada.** 2014. 146f. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, Universidade de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2014.

La tuberculosis (TB) constituye la principal comorbidad a acometer las personas que viven con VIH/sida (PVVS), siendo considerada la primera causa de muerte en esta población. Así, la prevención de la coinfección TB/VIH por los Servicios de Atención Especializada al VIH/sida (SAE) se hace imprescindible. El estudio objetivó analizar la oferta y la integración de las acciones y servicios de salud para la prevención y el control de la TB en las PVVS pertenecientes a la red de atención al VIH/sida del municipio de Ribeirao Preto-SP. Se utilizó el concepto teórico de la integralidad de la atención, tomando como eje de análisis la oferta y la integración de las acciones y servicios dentro de los equipos de referencia y junto a otros profesionales/especialidades/servicios. Se trata de un estudio exploratório, del tipo interrogatorio, con abordaje cuantitativo. Participaron 253 PVVS en acompañamiento en los cinco SAE bajo gestión municipal, considerándose los siguientes criterios de inclusión: individuos mayores de 18 años, residentes en el propio municipio y no pertenecientes al sistema prisional. La recolección de datos fue realizada en el periodo de enero/2012 a mayo/2013, por medio de entrevistas con apoyo de un instrumento específico. Los datos fueron analizados por medio de distribución de frecuencia, construcción de indicadores y análisis de correspondencia múltiple. En cuanto al perfil de los sujetos, se identificó acometimiento mayor de entre el sexo femenino, rango etária adulta, individuos casados/unión estable y solteiros, baja escolaridad, empleados y predominio de la clase económica C. Tales características y especificidades sociales y demográficas exponen la complejidad que envuelve la asistencia a las PVVS y, en contiguidade, el control de la TB en esta población. La oferta de acciones y servicios para el control de la TB en las PVVS por todos los SAE del municipio fue considerada regular, reforzando la necesidad de mejor planificación de la asistencia de forma integral, bisagra de los profesionales en los equipos y entre estas y los demás servicios de la red, además de la formación profesional y educación permanente. La integración, de modo general, fue clasificada como satisfactoria, sin embargo, se identificó diferentes desempeños entre los SAE, principalmente en el que se refiere al abordaje de las condiciones sociales y regulaciones realizadas, lo que permite reflejar sobre la complejidad de la coordinación de la asistencia prestada a las PVVS. El desafío que se coloca es pensar la integralidad de la atención que articule la oferta de acciones y servicios de salud para el control de la TB, sobre todo, destacando la necesidad de estrategias que favorezcan el desarrollo de acciones compartidas y cooperadas dentro del equipo, entre los programas de TB y VIH/sida y entre los diferentes servicios, con el objetivo de fortalecer la red local de atención visando la producción de un cuidado integral, singular y resolutivo. Para tanto, urge la necesidad de transformar los conceptos y prácticas de salud que orientan el proceso de formación académica en el sentido de concebir profesionales capaces de comprensión y acción relativas a la integralidad en las prácticas de salud.

Descriptorios: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Tuberculosis, Enfermedad Crónica, Sistemas de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2011.....	46
Figura 2 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão “elenco de serviços” relacionadas a oferta de insumos, ações e serviços de saúde pela equipe de referencia para a assistência, prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.....	65
Figura 3 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão “elenco de serviços” relacionadas a oferta de insumos, ações e serviços de saúde pela equipe de referencia para a prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.....	66
Figura 4 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão “elenco de serviços” relacionadas ao questionamento acerca de sinais e sintomas sugestivos de TB e oferecimento de incentivos alimentícios e sociais pela equipe de referencia para a prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.....	67
Figura 5 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão “elenco de serviços” relacionadas a oferta de orientações pela equipe de referencia para a prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.....	68
Figura 6 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão “elenco de serviços” relacionadas a oferta de consultas e atendimentos pela equipe de referencia para a prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.....	69
Figura 7 -	Plano Fatorial das variáveis relacionadas à oferta de ações e serviços de saúde para o controle da TB nas pessoas vivendo com HIV/aids – dimensão “elenco de serviços”.....	72
Figura 8 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão “coordenação” relacionados aos aspectos operacionais envolvidos na atuação da equipe de referencia para a viabilização do atendimento clínico ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/aids.....	73
Figura 9 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão “coordenação” relacionados à atuação e envolvimento da equipe de referência na continuidade e coordenação da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids.....	74
Figura 10 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão “coordenação” relacionados à utilização dos serviços de saúde pelas pessoas vivendo com HIV/aids.....	75
Figura 11 -	Plano Fatorial das variáveis relacionadas à integração das ações e serviços de saúde para o controle da TB nas pessoas vivendo com HIV/aids – dimensão “coordenação”.....	78
Figura 12 -	Plano Fatorial das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico das pessoas vivendo com HIV/aids segundo serviço de atenção especializada.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização dos serviços de referência em HIV/aids segundo alguns aspectos do funcionamento, Ribeirão Preto, Agosto de 2011.....	48
Quadro 2 -	Caracterização das equipes dos serviços de referência em HIV/aids segundo a composição do quadro de recursos humanos, Ribeirão Preto, Agosto de 2011.....	49
Quadro 3 -	Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP, 2012-2013.....	62
Tabela 2 -	Distribuição de frequência das variáveis do perfil clínico relacionadas à tuberculose nas pessoas que vivem com aids segundo o padrão de resposta. Ribeirão Preto – SP, 2012-2013.....	63
Tabela 3 -	Distribuição de frequência das variáveis sobre a oferta de ações e serviços de saúde para prevenção da tuberculose nas pessoas que vivem com aids pelos SAE do município de Ribeirão Preto/SP segundo o padrão de resposta, 2012-2013.....	70
Tabela 4 -	Distribuição de frequência das variáveis sobre a integração de ações e serviços de saúde para prevenção da tuberculose nas pessoas que vivem com aids pelos SAE do município de Ribeirão Preto/SP segundo o padrão de resposta, 2012-2013.....	76

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice I –	Questionário.....	134
Apêndice II –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	139
Apêndice III –	Escala Likert.....	140
Apêndice IV –	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com aids e são acompanhadas pelo SAE “E” do município de Ribeirão Preto/SP, 2012-2013.....	141
Apêndice V –	Distribuição de frequência das variáveis do perfil clínico relacionadas à tuberculose nas pessoas que vivem com aids e são acompanhadas pelo SAE “E” do município de Ribeirão Preto/SP, segundo padrão de resposta. 2012-2013.....	142
Apêndice VI –	Distribuição de frequência das variáveis sobre a oferta de ações e serviços de saúde para prevenção da tuberculose nas pessoas que vivem com aids segundo padrão de resposta. Ribeirão Preto/SP, 2012-2013.....	143
Apêndice VII –	Distribuição de frequência das variáveis sobre a integração de ações e serviços de saúde para prevenção da tuberculose nas pessoas que vivem com aids segundo padrão de resposta. Ribeirão Preto/SP, 2012-2013.....	144

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	146
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

AFCM - Análise Fatorial de Correspondência Múltipla
Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS - Atenção Primária à Saúde
BASR - Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde :
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa
CTA - Centros de Triagem e Aconselhamento
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GEOTB - Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose de Ribeirão Preto
GEOHids - Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids
ICOHRTA - *International Clinical, Operational and Health Services Research in AIDS and Tuberculosis*
HIV - vírus da imunodeficiência humana
LILACS - Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde
NGA-59 - Ambulatório Regional de Especialidades
PA - Pronto Atendimento
PCT - Programa de Controle à Tuberculose
PDSE – Programa de doutoramento sanduíche
PVHA – Pessoas que vivem com HIV/aids
PubMed - *Public/Medline* ou *Publisher Medline*
REDETb - Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SAE - Serviços de Atenção Especializada ao HIV/aids
SAD - Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica
SINAN - Sistema de informação de Agravos de Notificação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TARV - Terapia Antirretroviral
TB – Tuberculose

UAB - Unidades de Atenção Básica

UBDS - Unidades Básicas Distritais de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UETDI - Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas

USA – Unidade de Suporte Avançado

USF - Unidades de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Aids - O Dicionário da Língua Portuguesa, de Antonio Houaiss, marca a palavra aids em letras minúsculas, considerando-a, portanto, um substantivo feminino. A Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN-DST/AIDS) adotou a forma substantiva com grafia minúscula. A grafia maiúscula, AIDS, é utilizada quando a palavra faz parte de uma sigla. Ex: CN-DST/AIDS. Aids aparece em início de parágrafos ou em títulos onde as outras palavras são marcadas com as iniciais maiúsculas. Neste trabalho, as diferentes formas de escrever a palavra aids seguiram esta orientação (SOUZA, 2008).

Condições agudas - geralmente se iniciam repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem aos tratamentos específicos, como medicamentoso ou cirúrgico (MENDES, 2012).

Condições crônicas - se iniciam e evoluem lentamente. Apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, não há padrões regulares ou previsíveis e podem estar associadas a um volume maior de sintomas e à perda de capacidade funcional. É importante considerar que as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica - episódica e reativa das condições agudas, incluindo o manejo no campo das redes de atenção às urgências e às emergências. O adequado manejo às condições crônicas exige cuidado integral e efetivo, visto que se almeja o controle da doença e não a cura (MENDES, 2012).

Coordenação – dimensão da Atenção Primária à Saúde “coordenação”, é definida como alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados (STARFIELD, 2002).

Cuidado - a lógica do cuidado prestado deve sempre conter a proposta de uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento, seja ele de natureza bio-psico-social tanto individual como coletivo, ou o alcance de um bem estar

comum, resultando em um projeto de co-responsabilidades entre os sujeitos onde as diversas subjetividades sejam de fato consideradas no processo de interação. As dimensões fundamentais do cuidado são: 1. voltar-se à presença do outro, ou seja, atentarmos para o envolvimento dos sujeitos na formulação e execução das intervenções de saúde; 2. Otimizar a interação, através da dinâmica da comunicação e “ausculta sensível”, efetivada através do acolhimento e práticas humanizadas; 3. Enriquecer horizontes para um cuidar efetivo, através da superação do modelo biomédico e do jargão sanitário rumo à interdisciplinaridade e intersetorialidade, propiciando um intenso protagonismo comunitário na definição de estratégias e ações de saúde (AYRES, 2004).

Integração - coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais que respondam às necessidades de saúde dos indivíduos (STARFIELD, 2002).

Integralidade – é baseada nas ações de promoção; garantia de atenção nos diferentes níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos. Implica no estabelecimento de “arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários” (STARFIELD, 2002).

Oferta - dimensão da Atenção Primária à Saúde “*elenco de serviços*”, a qual implica no estabelecimento de “*arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários*” (STARFIELD, 2002).

Tuberculose - é uma doença crônica, infecciosa e contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) (MELO, 2005).

Tuberculose Latente – Entende-se por Infecção Latente por Mtb (ILMtb) como a presença de Mtb no organismo do indivíduo numa fase não ativa e sem produzir sintomas clínicos (SANTANA, 2014).

SUMÁRIO

Apresentação	22
Delineamento do Objeto de Estudo	24
Justificativa	35
Quadro Teórico	37
Objetivos	42
Geral	43
Específicos	43
Material e Métodos	44
Delineamento do estudo	45
Local do estudo	45
Descrição do sistema de saúde do município de Ribeirão Preto	45
Atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto	47
Atenção à TB no município de Ribeirão Preto	52
População de estudo e amostra	53
Instrumentos de coleta de dados	55
Teste do instrumento de coleta de dados	55
Variáveis envolvidas no estudo	56
Procedimento de coleta de dados	57
Dificuldades e potencialidades no procedimento de coleta de dados	57
Análise dos dados	59
Aspectos éticos	60
Resultados	61
Análise do perfil sociodemográfico e clínico das PVHA em acompanhamento pelos SAE do município de Ribeirão Preto	62
Análise da oferta das ações e serviços de saúde pelos SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto	64
Análise da integração das ações e serviços de saúde pelos SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto	73
Análise da integração de ações e serviços para a prevenção da TB nas PVHA e diferenças existentes entre os SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto	76
Análise do perfil sociodemográfico das PVHA e os SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto	79
Discussão	81
Perfil sociodemográfico e clínico das PVHA em acompanhamento pelos SAE do município de Ribeirão Preto	82

Oferta das ações e serviços de saúde pelos SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto.....	87
Integração das ações e serviços de saúde pelos SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto.....	99
Limitações do Estudo	111
Conclusões	113
Referências.....	116
Apêndices	135
Anexos	147

Apresentação

O presente estudo está inserido no Projeto Regular de Pesquisa FAPESP intitulado “Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde” (Processo 2010/17607-7), desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids (GEOHids) e vinculado à linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde” do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Integra-se, ainda, à produção do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB), da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) e do Programa ICOHRTA (*International Clinical, Operational and Health Services Research in AIDS and Tuberculosis*).

O GEOTB volta-se ao desenvolvimento de estudos operacionais relacionados à avaliação dos serviços de saúde que desenvolvem ações de controle e tratamento da tuberculose (TB) no sentido de subsidiar e contribuir para a proposição de estratégias, planejamento e formulação de políticas de controle da doença nas diversas realidades estudadas.

Este estudo teve como foco principal analisar a oferta e a integração das ações e serviços de saúde para a prevenção e o diagnóstico da TB nas pessoas que vivem com aids (PVHA) acompanhadas pelos Serviços de Assistência Especializada ao HIV/aids (SAE) que integram a rede de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto-SP. Contou com o apoio dos coordenadores municipais do Programa de HIV/aids e Programa de Controle à Tuberculose (PCT), além do financiamento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (bolsa de doutorado) e do CNPq/Capes para realização do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE).

Pretende-se, com o desenvolvimento deste estudo, contribuir com a produção de conhecimentos teóricos e operacionais que possibilitem aproximações sucessivas da realidade com vistas a subsidiar o adequado manejo da TB nas PVHA no contexto da rede de atenção à saúde, visando o controle do agravo, além do incremento da qualidade da assistência prestada.

*Delineamento do
Objeto de Estudo*

A tuberculose (TB), embora seja uma doença cuja cura foi viabilizada há décadas, ainda é reconhecida como um problema de saúde pública atual e persistente. Estima-se que em 2011 houve aproximadamente nove milhões de casos novos no mundo, dos quais 1,4 milhões morreram em decorrência da doença (WHO, 2012).

Ligada à pobreza, má distribuição de renda e baixa qualidade nas condições de vida da população (BRUNELLO et al., 2009; SOUZA et al., 2000; CHAN-YEUNG, 2005), a TB leva a óbito cerca de seis mil pessoas ao ano no Brasil, e é agravada pelo aumento no número de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) (HINO et al., 2009). Considera-se que a infecção pelo HIV é um dos mais importantes fatores de risco conhecidos para TB (HAVLIR, 1999; SONNENBERG, 2002; CAHN, 2003), de modo que as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) estão 21 a 34 vezes mais propensas a desenvolver TB ativa quando comparadas à população geral (OMS, 2011).

Em 2009 foram estimadas cerca de 32,8 milhões de pessoas infectadas pelo HIV em todo mundo (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2010). Neste mesmo período, dois bilhões de pessoas (quase um terço da população mundial) tinham infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (*Mtb*), entre as quais, 8% a 10% adoecem por TB a cada ano (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2010; WHO, 2009b).

Em relação aos casos de aids no Brasil, até o ano de 2011, foram identificados um total de 608.230 (BRASIL, 2012). Verifica-se que tal informação diz respeito apenas aos casos de aids e não à infecção pelo HIV, portanto, não expressam a magnitude da epidemia. Calcula-se que, para cada caso de aids, em média, existam três pessoas infectadas pelo HIV (NICHATA, 2010).

Dos nove milhões de casos novos de TB no mundo, notificados em 2011, aproximadamente 1,1 milhão se deram em indivíduos infectados pelo HIV, o que correspondeu a 12% (WHO, 2011a). Dentre estes casos computou-se 350 mil óbitos relacionados à coinfeção TB/HIV, configurando a TB como a principal causa global de morte em PVHA (WHO & UNAIDS, 2012). Estima-se ainda que de cada três mortes por TB, uma está associada ao HIV (WHO, 2009a).

No Brasil, a TB ativa em PVHA é a condição de maior impacto na mortalidade por aids e por TB. Em 2011, entre os casos de TB notificados no SINAN, 71 mil casos novos, cerca de 10% apresentavam coinfeção TB/HIV, sendo 6% a taxa de letalidade relacionada à sobreposição de ambas infecções (BRASIL, 2013).

Ao longo dos últimos 12 anos, observa-se uma estabilização na taxa de incidência da aids no país, no entanto, isto ocorre de forma heterogênea entre as cinco macroregiões, com diminuição no Sudeste (mesmo concentrando 57% dos casos) e aumento nas demais (BRASIL, 2011). Destaca-se ainda que, na região Sudeste, o Estado de São Paulo foi responsável pelo maior volume de casos notificados no período de 1980 a 2011. No que tange à TB, no Estado de São Paulo, em 2010, foram notificados 16.688 casos novos de TB. Informações sobre o status da infecção pelo HIV estavam disponíveis em 99,7% dos registros sendo que, destes, 10,7% eram coinfectados pelo HIV (SÃO PAULO, 2010).

O município de Ribeirão Preto acumulou 5.637 casos notificados de aids até o ano de 2011 (RIBEIRÃO PRETO, 2011) e ocupava o 13º lugar do Estado de São Paulo em incidência (ESTADO DE SÃO PAULO, 2011) com 35,6 casos por 100.000 habitantes em 2009 (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Em relação aos casos de TB em Ribeirão Preto, em 2011, o município notificou 221 casos, 55 (24,9%) de coinfeção TB/HIV (WEB-TB, 2011). É importante salientar que o percentual de coinfeção TB/HIV no município registrou cifras próximas a 30% nos últimos anos, superiores às médias estaduais e nacionais (BRUNELLO et al., 2009), reforçando a necessidade de ações direcionadas ao controle da TB inseridas nas ações programáticas do HIV/aids, visando a prevenção e manejo oportuno de ambos agravos.

A TB e o HIV são, individualmente, grandes ameaças à saúde pública. Em conjunto, as duas doenças podem ser ainda mais devastadoras, uma vez que se trata de epidemias sobrepostas (WHO, 2004) responsáveis por um desastre no cenário mundial da TB, resultando em problemas especiais para o diagnóstico da TB, para a terapêutica de ambas as condições e por uma desestruturação dos programas de controle de ambos os agravos (SANTOS & BECK, 2009; JAMAL, 2007). Nesse sentido, representam grandes desafios (SANTOS et al., 2009) para o manejo clínico dos casos, para os serviços de saúde e para os órgãos governamentais (JONG, 2004; MENDES, 2002).

Em indivíduos infectados pelo HIV/aids, o diagnóstico da TB é geralmente mais difícil do que entre os indivíduos HIV negativos, tanto pela rápida evolução da doença, como pela apresentação clínica menos específica, sendo vários casos diagnosticados tardiamente e muitas vezes não consegue chegar a uma confirmação diagnóstica (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003). Isto pode implicar em tratamentos tardios, aumentando o risco de óbito por TB.

Nesse sentido, considerando a elevada prevalência de TB nas PVHA e levando em consideração o agravamento da morbimortalidade ligada à progressão da própria infecção pelo HIV, é primordial que a possível infecção pela TB seja sempre lembrada e incluída no planejamento do cuidado às PVHA, sendo relevante a prevenção da infecção, tanto primária quanto latente, bem como o diagnóstico precoce da mesma (KRITSKY, 2000; SIDIQI, 2003).

Pelo fato de tanto o HIV/aids quanto a TB serem considerados condições crônicas em função da persistência no tempo e por necessitarem de um sistema de atenção à saúde integrado e capaz de proporcionar cuidados permanentes para a prevenção e adequado gerenciamento, entende-se que a dinâmica assistencial deve transcender a mera apreensão de taxas epidemiológicas, pressupondo práticas interdisciplinares que desvelem as relações e condições de vida configuradas em determinado território em situação de vulnerabilidade social, possibilitando um melhor planejamento e reorganização das tecnologias de saúde (MENDES, 2002; TEIXEIRA; PAIM, 1998).

Desta forma, pensar na assistência às PVHA com enfoque no controle da TB nesta população implica na constituição de um sistema que seja pró-ativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde, superando o mero enfoque do evento mórbido em si (MENDES, 2011; 2012). Reconhece-se ainda a necessidade da efetiva integração das ações ofertadas tanto dentro do próprio serviço, entre as equipes dos programas de controle da TB e do HIV/aids, como entre estes e os diferentes pontos de atenção à saúde para a composição de uma efetiva rede de atenção coerente com a adequada assistência à coinfeção TB/HIV (BRASIL, 2006).

Seguindo esta lógica, é importante destacar algumas das prioridades de atuação compartilhada entre os programas de controle da TB (PCT) e de HIV/aids propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), as quais, além da redução da carga de ambos os agravos, relacionam-se ao delineamento e operacionalização de estratégias com vistas à detecção precoce – testagem para HIV em todos os portadores de TB por meio do teste rápido e diagnóstico oportuno da TB, terapêuticas apropriadas e em tempo favorável – tratamento da TB ativa e da infecção latente e início propício da terapia antirretroviral (TARV), bem como ao acompanhamento regular dos casos – organização da rede de atenção à saúde de forma a garantir atenção integral aos indivíduos. Ou seja, o enfoque de tais programas deve voltar-se, sobretudo, à promoção de um cuidado

integral, singular e resolutivo ao longo do tempo, com vistas à prevenção e adequado manejo da TB nas PVHA e ao controle de ambos os agravos.

Literatura sobre o cuidado prestado ao HIV/aids, TB e coinfeção TB/HIV: estado da arte

Na fase inicial de desenvolvimento do presente estudo foi realizado um levantamento da literatura visando proceder à identificação e síntese de trabalhos científicos divulgados no cenário nacional e internacional relacionados à assistência prestada e manejo das três principais temáticas abordadas no estudo: HIV/aids, TB e coinfeção TB/HIV.

A referida busca foi realizada no período de junho a agosto de 2011 através das bases de dados LILACS (Literatura Latino Americano em Ciências de Saúde) e PubMed (*Public /Medline* ou *Publisher Medline*). Foram encontradas 183 produções, destas 28 foram selecionadas por se encaixarem nos seguintes critérios de inclusão para seleção dos materiais: artigos completos publicados no período de janeiro de 2006 a maio de 2011; em periódicos nacionais e internacionais; nos idiomas português, inglês e espanhol e que citavam ou mencionavam em seus resultados elementos pertinentes ao cuidado prestado pelos serviços de saúde especializados responsáveis pelo acompanhamento e manejo clínico do HIV/aids, da TB e da coinfeção TB/HIV.

Dois bancos de dados foram criados no Excel, um para as produções obtidas no LILACS e outro para as obtidas no SciELO, sendo que as que se apresentavam duplicadas, foram eliminadas dos bancos. Foi realizada leitura completa dos materiais selecionados a fim de categorizar e sumarizar as produções.

As produções foram categorizadas da seguinte forma:

1. Título do artigo
2. Autores
3. Ano: ano de publicação;
4. Periódico: onde o artigo foi publicado;
5. Achados principais dos estudos: características relacionadas à oferta e integração de serviços de saúde às PVHA, TB e coinfeção TB/HIV.

Todos os descritores estavam contemplados dentre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Com relação ao HIV/aids, os

descritores utilizados foram: “*Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*” e “*serviços especializados*”; foram encontrados 39 artigos científicos, dos quais 11 foram selecionados. Para a TB, os descritores utilizados foram: “*tuberculose*” e “*serviços de saúde*”, encontrou-se 121 artigos científicos, dos quais 12 foram selecionados. Para a coinfeção TB/HIV, os descritores utilizados foram: “*tuberculose*” e “*HIV*” e “*serviços especializados*”; foram encontrados 24 artigos científicos, sendo seis selecionados.

Ressalta-se que os artigos foram selecionados porque, além de atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos, correspondiam ao recorte do objeto do estudo, traziam elementos pertinentes ao cuidado/manejo/assistência de ambos os agravos no contexto dos serviços de saúde. Os materiais excluídos, por sua vez, abordavam questões pertinentes às temáticas, HIV/aids, TB e/ou TB/HIV, no entanto voltavam-se para outros aspectos que não assistenciais, como por exemplo, puramente clínicos, fisiológicos, relacionados ao tratamento farmacológico e medicamentoso, à interação com outras morbidades, e até mesmo de descrição histórica e epidemiológica das patologias em questão.

Os materiais selecionados apontam que o HIV/aids está imerso em um contexto de transformações e transições de diversas naturezas, dentre elas a social, representando um importante fator de impacto no que tange à epidemiologia da doença, bem como as novas demandas que emergem e exigem ajustes nas práticas de saúde para o adequado cuidado prestado pelos serviços de saúde (BRAGA et al., 2007; LOPES et al., 2007; GARRIDO et al., 2007). Dentre os desafios para a prevenção e controle da doença, estudos reforçam vestígios de um agravo ainda estigmatizado, mesmo após mais de três décadas de sua emergência. É fato que houve considerável avanço na temática HIV/aids no âmbito biológico e psicossocial (SADALA & MARQUES, 2006); também é possível vislumbrar que os estudos sinalizam a diminuição dos casos e mudanças nos perfis de vulnerabilidade ao adoecimento, coerentes com as transformações sociais ocorridas e o advento da terapia antirretroviral (CLAUDIN, 2009; OLIVEIRA et al., 2009).

Verifica-se que o eixo da vulnerabilidade predominou nos achados das pesquisas, seja ela antes ou após o contágio, usando os conceitos de vulnerabilidade individual, social e programática, os artigos demonstram os pontos falhos tanto na prevenção da doença quanto no cuidado prestado ao portador do vírus, abrindo assim

um leque de possibilidades para a melhoria dos serviços de saúde que lidam direta ou indiretamente com as demandas e necessidades que envolvem o agravo em questão (REIS & GIR, 2009; BRAGA et al., 2007; LOPES et al., 2007). Torna-se evidente, assim, a complexidade e os desafios que permeiam a abordagem ao HIV/aids, uma vez que envolve, além de fatores biológicos e clínicos, fatores sociais e, sobretudo, preconceitos já enraizados na população como um todo.

Quanto à estruturação dos serviços de saúde, tal complexidade, sinalizada anteriormente, culmina em dificuldades e obstáculos no que tange à organização dos sistemas de saúde e planejamento do cuidado, contribuindo com o predomínio de uma assistência fragmentada, com enfoque na atenção especializada, uma vez que, os demais serviços vinculados ao SUS, Unidades de Atenção Básica e/ou de Pronto Atendimento, por exemplo, apresentam certo despreparo para a incorporação de responsabilidades relacionadas à prevenção e controle do agravo (GIRÓN, 2007; OLIVEIRA et al., 2009). Por outro lado, emerge também o fato de que muitas PVHA preferem que seu cuidado e acompanhamento clínico seja realizado pelos serviços de assistência especializada em HIV/aids (SAE), pois assim, acreditam obter certa garantia de privacidade e sigilo em relação ao status sorológico (DERIBE, 2008).

Ainda enfocando o cuidado às PVHA, dados significativos foram encontrados no que tange aos serviços de saúde. A estruturação e organização da rede de atenção abarcando os diversos serviços envolvidos no processo do cuidado integral e integrado à esta população aparece como um grande desafio. Aliado a isso, a responsabilidade e a qualidade do cuidado prestado está centrado na figura do profissional de saúde que atua na área e, deste modo, a qualificação destes sujeitos é essencial para lidar com a complexidade e as demandas biopsicossociais que emergem com o caráter crônico conferido ao HIV/aids na atualidade (REIS & GIR, 2009; CLAUDIN, 2009; OLIVEIRA et al., 2009; WONDAFRASH, 2008; SEGURADO et al., 2007; SCHRAIBER., 2007; AYRES, 2007; CÁCERES, 2007; SANTOS et al., 2007; SADALA & MARQUES, 2006).

Com relação à TB, os achados evidenciam que a interrupção da cadeia de transmissão da mesma na comunidade é uma das bases principais para controle da doença, e exige, para o seu alcance, a realização do diagnóstico precoce e início imediato da terapêutica adequada (SOUZA et al., 2009; STORLA & BJUNE, 2008; LANSANG et al., 2008). Destaca-se que a persistência da doença na sociedade se deve

ao aumento das possibilidades de transmissão da mesma, que por sua vez se relaciona ao retardo ao diagnóstico e tratamento adequado, situações tidas como alguns dos principais obstáculos para a efetividade dos programas de controle do agravo (REINERS, 2008; LIU, 2008; BRUNELLO et al., 2009; VILLA et al., 2011; PONCE et al., 2011). Nesse sentido, é importante considerar que a detecção de casos de TB é influenciada tanto por aspectos individuais, como o comportamento de busca por cuidado em saúde, e sociais, quanto por aspectos organizacionais, relacionados aos sistemas de serviços de saúde (REINERS, 2008; ARAKAWA et al., 2011).

O Brasil implementou a estratégia DOTS em 1994, e de acordo com a OMS apesar dos avanços no controle da doença, ocupa o 19º lugar na lista dos 22 países com maior carga da doença no mundo. Os artigos apontam que a taxa de detecção ainda está abaixo da meta estabelecida pela OMS de 85%, e já se encontra defasada, uma vez que o Ministério da Saúde já estabeleceu novas metas de elevar a detecção para 90% dos casos estimados. As principais preocupações giram em torno do fato de que o aumento na detecção dos casos tem se dado lentamente, mesmo com a TB sendo definida, desde 1999, como prioridade entre as políticas governamentais de saúde. Alguns artigos desvelam, ainda, que as ações de controle da doença não têm alcançado, em termos epidemiológicos, os objetivos a que se propuseram, devido à implementação de ações isoladas, não acompanhadas de avaliações sistemáticas das mesmas (VILLA & RUFFINO NETTO, 2009). O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) introduziu, portanto, novas possibilidades de intervenção em sua proposta de trabalho, passando de uma perspectiva verticalizada para a descentralização de suas ações, e assinalou que a inserção do controle da TB no escopo oferecido pela Atenção Básica (AB) poderia promover integração dos serviços, significando oportunidade para expansão da detecção de casos e adesão ao tratamento (VILLA et al., 2011; ARAKAWA et al., 2009; BRUNELLO et al., 2009).

Porém, evidencia-se que, para uma doença como a TB, a descentralização não significa apenas a transferência de ações, mas o compartilhamento de responsabilidades em todo o sistema de saúde. No contexto brasileiro, a AB ganha destaque neste cenário, uma vez que esta é considerada como elemento reordenador da assistência em saúde, caracterizada como porta de entrada preferencial do sistema, esperando-se que os serviços sejam capazes de identificar, diagnosticar e tratar os casos de TB na comunidade (SCATENA et al., 2009).

Dados apontam que para a situação atual, no entanto, existem grandes desafios a este processo de descentralização tanto no nível de atenção à saúde quando de organização social: a grande dimensão territorial do país, com diferenças regionais geográficas e culturais marcantes; insuficiência na formação de profissionais preparados, falta de incentivo a pesquisas operacionais para a solução de problemas encontrados nos serviços de saúde, e falta de garantia a todos os cidadãos ao acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde (VILLA et al., 2011; PONCE et al., 2009).

Nota-se que apesar de existirem estudos que descrevem a problemática na obtenção do diagnóstico de TB no país, seja por dificuldade de acesso aos serviços de saúde, por atraso no diagnóstico, dentre outros, ressalta-se que os fatores associados a este tema ainda são pouco conhecidos. Ainda há, também, o desafio de se obter sustentabilidade nas ações de controle à TB, permitindo que se adicionem novas estratégias àquelas já existentes, superando as metas pactuadas e permitindo a busca de maior qualidade na assistência (SCATENA et al., 2009; VILLA & RUFFINO NETTO, 2009; GOMES & SÁ, 2009). Os artigos mostram as situações de baixas condições gerais de vida da população, as dificuldades de acesso aos serviços e determinadas ações de saúde, relacionadas à falta ou à baixa qualificação dos recursos humanos, como contribuintes para a manutenção das elevadas taxas de infecção pela TB. Destaca-se, ainda, que a epidemia da aids contribui para agravar o problema, uma vez que o risco dos indivíduos infectados pelo HIV desenvolverem TB é aumentado em relação àqueles não-infectados (NEVES et al., 2010; ALBUQUERQUE et al., 2007).

Nesse cenário, considerando que a TB é uma das principais causas de óbito entre os casos de aids, é imprescindível também, agir no sentido de diminuir a prevalência da infecção pelo *Mtb* para diminuir a carga da TB entre a população infectada com o HIV, portanto, é grande a interdependência de ações relacionadas à aids ou à TB, tanto no âmbito técnico quanto político. Assim, a associação dessas duas doenças, demanda que haja interação das ações de controle desenvolvidas pelos programas de TB e de HIV/aids. O trabalho articulado dessas duas áreas permitirá melhor gerenciamento dos recursos direcionados para treinamento de pessoal, para o diagnóstico das duas infecções, para o controle de ambas e para o manejo destes casos (BARROS, 2011). Reitera-se aqui, que a descentralização das ações de controle da TB para a AB, proposta pelo MS e mencionada anteriormente, deve se dar de forma a garantir a integralidade da

assistência no que diz respeito à oferta e integração das ações e serviços de saúde voltados à prevenção, diagnóstico e manejo da coinfeção TB/HIV. Preconiza-se que os casos de infecção latente ou ativa por TB em PVHA sejam acompanhados pelos SAE, no entanto, faz-se necessário destacar a continuidade do cuidado, o qual deve ser realizado também pelos serviços de AB, de acordo com a proposta do PNCT. Nesse âmbito, reforça-se a complexidade existente para a adequada articulação dos diferentes serviços de saúde envolvidos neste processo.

Na situação de coinfeção TB/HIV ocorre uma modificação mutua da evolução de cada infecção e, conseqüentemente, das doenças resultantes, o que se revela como complicações do quadro clínico, respostas diferenciadas às terapias medicamentosas e prognósticos incertos ou desfavoráveis (LANNOY, 2008; ALBUQUERQUE et al., 2007).

Nessa lógica, com a evolução e maior incidência de doenças oportunistas, aqui se destacando a TB, o atendimento de pacientes com HIV/aids passou por reavaliações das condutas anteriormente adotadas pelos profissionais e serviços de saúde, o que apontou e exigiu adequações nos processos de trabalho.

Atualmente, o atendimento aos pacientes acometidos pela coinfeção TB/HIV deve incrementar condutas que visem integrar o controle da TB durante o atendimento de pacientes infectados pelo HIV. Para tanto, torna-se fundamental o conhecimento da evolução clínica da aids e da TB, das medidas terapêuticas adequadas, e, também, dos aspectos socioeconômicos e culturais que permeiam e interferem no processo desta enfermidade, embasamento primordial na elaboração de estratégias de saúde que realmente contemplem as peculiaridades existentes nesse contexto (LANNOY, 2008; GARCIA et al., 2010; ALBUQUERQUE et al., 2009).

Segundo os autores, o atendimento aos pacientes acometidos de aids e portadores da coinfeção TB/HIV, constitui, no âmbito do planejamento de sistemas e serviços de saúde, uma questão problemática, para a qual não se dispõe de uma solução única. Nesse aspecto, os achados das pesquisas selecionadas contemplam ainda, a importância de se exceder à mera identificação de necessidades assistenciais, buscando, ainda, possibilidades de avaliação destas ações e serviços para a organização do sistema de saúde como um todo, desde a formação e capacitação dos recursos humanos para a prestação do cuidado, até a coordenação destes, do processo de trabalho, das relações e

dos serviços, bem como, da interlocução dos serviços na rede de atenção (NEVES, 2010 et al.; GARCIA et al., 2010; ALBUQUERQUE et al., 2009).

De modo geral, ressalta-se que os estudos analisados apontam a existência de lacunas na produção do conhecimento científico no que tange à incorporação de aspectos relativos ao contexto que envolve os sujeitos e os articula com a assistência prestada. Neste sentido, reitera-se a importância do desenvolvimento do presente estudo, de natureza operacional, o qual possibilitou um avanço na identificação das ações e serviços de saúde que são prestados de fato aos usuários, levando em consideração as novas demandas, as necessidades dos usuários e a complexidade do manejo dos agravos em função dos diferentes perfis de vulnerabilidade e da complexidade inerente ao cuidado integral quando se trata de HIV/aids, TB e coinfeção TB/HIV.

Justificativa

Diante do exposto, o presente estudo justificou-se pela necessidade de produzir conhecimentos teóricos e operacionais acerca da oferta e integração de ações e serviços de saúde para a prevenção e diagnóstico oportuno da TB nas PVHA no contexto da rede de atenção à saúde, contribuindo assim, para o controle do agravo e o incremento da qualidade da assistência prestada.

Quadro

Teórico

Utilizou-se como eixo norteador para discussão dos achados relativos ao presente estudo o referencial teórico da “integralidade da atenção”, o qual abarca a oferta de ações e intervenções de saúde no cuidado prestado e a integração destas com/entre os serviços de saúde que compõem a rede de atenção.

Segundo Porter e Teisberg (2007), as redes de atenção à saúde (RAS) estruturam-se para enfrentar condições de saúde específicas através de ciclos completos de atendimento, o que implica na continuidade e integralidade da atenção à saúde (MENDES, 2009).

Neste sentido, a “integralidade da atenção” é baseada nas ações de promoção, garantia de atenção nos diferentes níveis de complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação e abordagem integral dos indivíduos. Implica no estabelecimento de *arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas, serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários* (STARFIELD, 2002).

O conceito de integralidade remete, portanto, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, por meio da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos contextos de vida e distintas demandas ao longo deste ciclo vital (HARTZ, 2004). Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais que respondam às necessidades de saúde dos indivíduos. É definida como alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados (STARFIELD, 2002).

Desta forma, para o aprofundamento das inter-relações propostas pelo modelo das RAS, no que diz respeito à organização do sistema de saúde e provimento da assistência, faz-se necessário considerar as diferentes modalidades de integração: horizontal - intervenções preventivas e curativas; integração de vários serviços, atenção à saúde contínua e ao longo do tempo, integração vertical de níveis assistenciais, vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho intersetorial

(WHO, 2008b). Estas devem estar articuladas com o propósito único de integrar serviços de saúde, como a gestão e a oferta de serviços de saúde, de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços, de acordo com suas demandas, ao longo do tempo (MENDES, 2009).

Essas dimensões da integração corresponderiam, na tipologia proposta por Mendes, à gestão da clínica e à dos pontos de atenção em que a oferta e a utilização de serviços são feitas pelo *conjunto dos pontos de atenção à saúde que se articulam, pela via das tecnologias de gestão da clínica, numa rede capaz de prestar atenção contínua* (MENDES, 2012). Consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas ao enfrentamento de problemas de saúde, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço (PINHEIRO, 2009).

Seguindo esta lógica, a integração alinhar-se-ia ao conceito ampliado de integralidade como uma ação que resulta da interação entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (MATTOS, 2004).

Sabe-se, no entanto, que a implementação prática dos conceitos de integralidade, integração e oferta de serviços, da forma como tem sido proposta esbarra em obstáculos estruturais, gerenciais e organizacionais peculiares ao dispendioso processo histórico de implantação e adequação do SUS. Tal dificuldade expõe de alguma forma, o desempenho não só de uma rede assistencial em si, mas dos serviços de saúde, em seus respectivos níveis. O déficit na integração entre os níveis assistenciais, por exemplo, é um dos grandes problemas para o acompanhamento e continuidade do cuidado no que se refere às condições crônicas (ALMEIDA, 2010), conhecidamente responsáveis pelo atual perfil epidemiológico e sanitário mundial.

No cerne desta questão, o HIV/aids e a TB, foco do presente estudo, embora doenças infecciosas e transmissíveis, são consideradas, segundo a OMS e o eixo conceitual de Mendes (2011; 2012), condições crônicas em função da persistência no tempo e necessidade de um sistema de saúde integrado capaz de proporcionar um cuidado permanente e contínuo por meio de estratégias adequadas de prevenção e controle.

A atenção a ambos agravos no Brasil, ainda se organiza em um contexto sanitário cujo modelo assistencial é caracterizado pela prática médica voltada para uma

abordagem biologicista, individualista, mecanicista, especializada, reducionista e com baixa cobertura e resolubilidade (MENDES, 2011; 2012). Tal situação aponta que o sistema de saúde no país está organizado em torno de um modelo fragmentado e caracterizado pela prestação de assistência descontínua e ausência de integração entre os diferentes pontos de atenção, privilegiando o atendimento aos eventos agudos e episódicos das doenças, com dificuldade de considerar as reais necessidades de saúde da população (MENDES, 2001).

Deste modo, os sistemas fragmentados são considerados pelo autor ineficazes por estarem direcionados ao atendimento das pessoas doentes em suas demandas pontuais e imediatistas, além de não enfocarem a prevenção e a gestão de riscos populacionais, mediante a incorporação de estratégias que favoreçam a coordenação da assistência em saúde visando à integralidade, a continuidade e resolutividade da atenção prestada (MENDES, 2001).

Frente a esse cenário, para que haja o efetivo controle da TB nas PVHA, há que se promover a atenção baseada no conceito da integralidade, no elenco de serviços ofertado e na extensão deste para a integração das ações e serviços para além da equipe e do centro responsável pelo acompanhamento e seguimento do usuário.

Nesta perspectiva, defende-se o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede assistencial, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os pontos de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que em qualquer ponto do sistema de saúde haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde (FRANCO, 2004).

Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde. Neste sentido, pensar em integralidade, integração e resolutividade do cuidado prestado implica, portanto, em profundas reflexões sobre a capacidade e a habilidade técnico-gerencial e política dos serviços de saúde, profissionais e gestores reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, a oferta de ações e serviços compatíveis às necessidades dos usuários, e a importância do fortalecimento do sistema de referência e contra referência (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

É importante destacar que atenção ao HIV/aids se dá de forma especializada nos SAE. Em se tratando especificamente da TB nesta população, a prevenção, diagnóstico e seguimento dos casos de coinfeção TB/HIV devem ser realizados rotineiramente pelas equipes atuantes em tais serviços, de forma articulada ao acompanhamento e manejo da infecção pelo HIV/aids. Sendo assim, há que se ressaltar que as unidades ambulatoriais nas RAS devem cumprir funções distintas das desempenhadas nos ambulatorios dos sistemas fragmentados. Nestes, habitualmente, não são estabelecidos vínculos, não existe comunicação fluida entre os diferentes serviços e equipes; funcionam de maneira pontual e isolada, o que os tornam inefetivos e ineficientes diante de qualquer necessidade de saúde ou situação de atendimento. Os pontos de atenção secundária nas RAS devem ser partes de um sistema integrado através de potentes sistemas logísticos; deve prover de forma equilibrada a atenção pelo especialista médico atuando em equipe com outros profissionais de saúde. As intervenções são estabelecidas por meio de linhas-guia, construídas com base em evidências. Estas, por sua vez, modelam protocolos clínicos que normalizam a oferta de ações e serviços de saúde. A integração do cuidado prestado se dá por meio do fluxo de informação entre diferentes equipes e serviços de saúde (MENDES, 2011; 2012).

Em suma, a integralidade das ações na assistência às PVHA, no caso do estudo voltada para o controle da TB nesta população, compreende a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os profissionais e os usuários, e destes com os níveis de gestão do SUS. Depende de diferentes dimensões do trabalho em saúde, como a organização do trabalho, a interdisciplinaridade, a interação entre os sujeitos e a incorporação de novos saberes e práticas. Assim, a integralidade refere-se à solidariedade do conhecimento e da contribuição para resolutividade dos problemas (BORGES, 2012); devendo ser demandada na reorganização dos serviços e na renovação das ações em saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado pautado no acesso ao elenco de serviços, compatíveis às necessidades e demandas das PVHA, e na integração contínua e cooperativa entre equipes e serviços de saúde (PINHEIRO, 2009), com intuito de colaborar no controle de ambos os agravos e garantir uma melhor qualidade da assistência prestada.

Objetivos

Geral

Analisar a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids para a prevenção e diagnóstico da tuberculose no município de Ribeirão Preto-SP.

Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas vivendo com HIV/aids em acompanhamento nos serviços de assistência especializada que integram a rede de atenção do município;
- Analisar a oferta de ações de prevenção e diagnóstico da tuberculose durante a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids nos serviços de assistência especializada que integram a rede de atenção do município;
- Analisar a integração das ações e serviços de saúde para a prevenção e diagnóstico da TB nos serviços de assistência especializada que integram a rede de atenção do município.

Material e Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito exploratório, de abordagem quantitativa.

Local do estudo

O estudo tem como cenário o município de Ribeirão Preto, que está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital e a 706 quilômetros de Brasília. Sua população estimada em 2011 foi de 614.759 habitantes (FUNDAÇÃO SEADE, 2012), em uma área de 650 Km².

Descrição do sistema de saúde do município de Ribeirão Preto

A atenção à saúde no município está organizada em cinco distritos sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central e é composta por uma ampla rede de serviços de saúde, cujo fluxograma de acesso aos diversos pontos de atenção à saúde está apresentado na Figura 1.

No ano de 2011, etapa inicial de desenvolvimento do presente estudo, a rede municipal de atenção à saúde era composta pela seguinte estrutura: 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) com Pronto Atendimento (PA) e algumas especialidades; Unidades de Atenção Básica (UAB) englobando 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 30 Unidades Tradicionais e 13 Unidades de Saúde da Família (USF); 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); 1 unidade de suporte avançado (USA) para atendimento móvel, 5 Ambulatórios de Moléstias Infectocontagiosas; 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, 1 Centro Regional de Saúde do Trabalhador; 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 3 ambulatórios de Saúde Mental (RIBEIRÃO PRETO, 2012a).

Figura 1. Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2011 (*Adaptado*).

Fonte: RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento, 2012.

Os Hospitais oferecem atendimento 24 horas por dia, com alta densidade tecnológica (utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que compreende cuidados de prevenção, tratamento e recuperação, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, nas mais diversas especialidades em saúde). Atendem pacientes portadores de doenças complexas e que não podem ser resolvidas nas UAB ou UPA.

As UBDS são estruturas de complexidade intermediária entre as UAB e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas, e com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências, uma vez que dispõem de serviços voltados para atenção à urgência e emergências. Esta estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação, tem funcionamento de 24h, e atende por demanda espontânea.

As UAB deveriam representar o primeiro contato entre o sistema de saúde e a população, e são nessas unidades que se recomenda a formação de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, sendo o local prioritário para que ocorra a prática da clínica do cuidado individual e/ou coletivo. Ainda tem a função de coordenar os fluxos e contra fluxos (referências e contra referências) dos usuários pelos diversos serviços oferecidos nessa rede de atenção.

Atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto

A atenção às PVHA, com diagnóstico efetuado, ocorre em nível secundário e terciário. Em relação ao nível secundário, serviços de assistência especializada ao HIV/aids (SAE) estão distribuídos nos cinco distritos de saúde do município os quais operam com equipes especializadas, disponibilizando serviços como Assistência Domiciliar Terapêutica (SAD) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

De acordo com Borges (2012), a importância do trabalho em equipe na assistência ambulatorial, como forma de responder à complexidade da aids, assumiu destaque com a proposta do MS na implantação dos SAE. Estes serviços deveriam se configurar como uma proposta inovadora de enfrentamento ao perfil crônico assumido pela condição. Desta forma, foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo a existência de uma equipe mínima, visando a oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção às PVHA.

Neste contexto, no que diz respeito ao diagnóstico, destaca-se que todas unidades de saúde da rede pública do município podem solicitar o exame anti-HIV e em caso de diagnóstico positivo, o indivíduo é encaminhado ao SAE de sua preferência, sendo possível não pertencer a área de abrangência da unidade.

Um laboratório municipal realiza as sorologias solicitadas pelas unidades e pelo CTA, levando em média cinco dias para disponibilizar o resultado dos exames. Os CTA oferecem ainda o Teste Rápido Diagnóstico para o HIV que demora em torno de 30 minutos para emitir o resultado. Os CTA representam uma modalidade de atendimento baseada na demanda espontânea e tem como objetivo promover um diálogo ancorado em uma relação de confiança que motiva e proporciona à população condições para que avalie os seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas para enfrentar

seus problemas relacionados às DST e, principalmente, ao HIV/aids (RIBEIRÃO PRETO, 2012b).

Com relação ao nível terciário, a maioria dos casos de aids que precisam de internação são atendidos pela Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), sob responsabilidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), o qual é referência para os usuários da regional de saúde do município, oferecendo atendimentos em regime ambulatorial e de internação parcial (Hospital Dia) ou integral (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Os diferentes serviços que compõem a rede de atenção ao HIV/aids no município se configuram de formas variadas no município (Quadros 1 e 2). Destaca-se que os SAE considerados no estudo foram designados com as letras “A”, “B”, “C”, “D” e “E” no intuito de preservar a identidade e diferenciá-los, uma vez que possuem formas de organização distintas.

Para caracterizar tais serviços, utilizou-se como roteiro o instrumento do Ministério da Saúde designado “*Qualiaids*” - que permite avaliar a qualidade da assistência ambulatorial ao HIV/aids nos serviços públicos brasileiros (BRASIL, 2008a). Os dados apresentados foram obtidos mediante interação e observação dos cenários do estudo, além de questionamentos aos profissionais que atuavam nos serviços de saúde.

Quadro 1. Caracterização dos serviços de referência em HIV/aids segundo alguns aspectos do funcionamento, Ribeirão Preto, agosto de 2011.

Características dos Ambulatórios	A*	D	C	B	E*
(1) Ambulatório de Especialidades**	2 HIV/aids, DST, tuberculose, hanseníase, hepatites virais	2 HIV/aids, DST, tuberculose	1 HIV/aids, DST, tuberculose	2 HIV/aids, DST, tuberculose e hanseníase	1 HIV/aids
(2) Centro de Referência em DST/aids**	Obs - Atende penitenciária masculina.	Obs – acoplado a uma UBS.	Obs – inserido em um Centro de Saúde Escola, que atende diversas especialidades. Possui um Pronto Atendimento (PA) acoplado à	Obs – atende penitenciária feminina.	Obs – equipe vinculada a uma UBDS, no entanto o atendimento é realizado em ambulatório anexo a um Hospital Universitário

			<i>estrutura física.</i>		<i>Privado. A retirada dos medicamentos ainda ocorre na UBDS, que possuía serviço de PA 24h até o término da coleta dados.</i>
Horário de funcionamento do ambulatório	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda-Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Tarde
Nº de pessoas com aids em acompanhamento***	650*	285	386	375	120*
Dias e Horários de atendimento com infectologista	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda: Manhã Quarta e Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Quinta: Manhã/Tarde	Terça a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Tarde
Periodicidade das consultas médicas oferecidas às pessoas com HIV/aids	2 a 3 meses	2 a 3 meses	2 a 3 meses	2 a 3 meses	3 a 4 meses
Grupo de convivência	Não	Sim	Não	Não	Não
Sala de vacina	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

*No período do estudo, os Ambulatórios “A” e “E” mudaram de estrutura física e, por este motivo, encontravam-se em processo de transição e remanejamento de equipes, com respectiva redistribuição dos usuários em seguimento.

** *Ambulatório de Especialidades*: prestam atendimento em diversas especialidades incluindo HIV/aids; *Centro de Referência em DST/aids*: unidade de saúde exclusiva para atendimento de DST/aids e Tuberculose.

*** Dados levantados em outubro/2012, durante Reunião Equipe Técnica do Programa Municipal de DST/aids e hepatites virais.

Quadro 2. Caracterização das equipes dos serviços de referência em HIV/aids segundo a composição do quadro de recursos humanos, Ribeirão Preto, agosto de 2011.

Ambulatórios	A*	D**	C***	B	E
Recursos humanos					
Médico clínico geral	-	-	-	-	-
Médico infectologista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	3	2	2	2	2
	<i>Carga Horária Total: 46h</i>	<i>Carga Horária Total: 24h</i>	<i>Carga Horária Total: 40h</i>	<i>Carga Horária Total: 40h</i>	<i>Carga Horária Total: 28h</i>
Médico residente e/ou acadêmico de medicina	Não	Acadêmicos	Residentes	Não	Residentes

Médico ginecologista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	--	2	3	1	--
	--	Carga Horária Total: 24h	--	Carga Horária Total: 20h	--
Enfermeiros (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2	2	1	2	1
	Carga Horária Total: 50h	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 30h	Carga Horária Total: 60h	Carga Horária Total: 30h
Acadêmicos de enfermagem	--	Sim	Sim	--	--
Auxiliares/técnicos de enfermagem (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	11	2	2	5	--
	Carga Horária Total: 510h	Carga Horária Total: 80h	Carga Horária Total: 80h	Carga Horária Total: 200h	--
Farmacêuticos (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2	2	1	1	--
	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 20h	--
Auxiliar de farmácia (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	1	2	2	1	--
	Carga Horária Total: 40h	Carga Horária Total: 80h	Carga Horária Total: 80h	Carga Horária Total: 40h	--
Assistente social (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	1	1	1	--	--
	Carga Horária Total: 30h	Carga Horária Total: 8h	Carga Horária Total: 30h	--	--
Dentista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	1	--	1	--	--
	Carga Horária Total: 36h	--	Carga Horária Total: 30h	--	--
Psicólogo	--	--	--	--	--
Fonoaudiólogo	--	--	--	--	--

*Junto ao Ambulatório “A”, atuava a equipe da coordenação do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais. O Centro de Referência em DST/aids “A” contava com estrutura física recém inaugurada (inferior 1 ano) e encontrava-se em processo de transição e remanejamento de equipes, por isso o grande número de auxiliares/técnicos de enfermagem.

**O Ambulatório “D” contava, em sua equipe, com uma enfermeira que havia assumido a coordenação municipal do Programa Controle da Tuberculose; em relação ao farmacêutico/auxiliar de farmácia e assistente social, estes não são exclusivos do ambulatório, atendendo toda demanda da UBS.

*** O Ambulatório C contava com 3 ginecologistas e 1 dentista, porém sem fluxo para atendimento exclusivo das pessoas que vivem com HIV/aids; em relação ao farmacêutico/auxiliar de farmácia e assistente social, estes não são exclusivos do ambulatório, atendendo toda demanda do distrito de saúde.

Convém ressaltar que há particularidades importantes em cada um desses serviços especializados, as quais podem refletir na constituição das equipes responsáveis pelo acompanhamento dos casos, serviços de apoio, população alvo e tipo de coordenação da assistência. Pode-se destacar, por exemplo, que, devido à reforma no espaço físico da unidade, houve a necessidade de mudar o local de atendimento o que refletiu na alteração da equipe e na coordenação da assistência no SAE D. Considerando o enfoque do estudo, é importante ressaltar que este serviço contou com uma enfermeira no quadro de pessoal que atua hoje como coordenadora do PCT e do Programa de HIV/aids municipal. O SAE B conta com equipe exclusiva ao atendimento às PVHA, destacando-se que um dia da semana é destinado para o atendimento de mulheres privadas de liberdade. O SAE E também é constituído por equipe exclusiva, porém restrita contando somente com um médico infectologista e uma enfermeira para todos os atendimentos. Nos últimos anos foi realocado para um centro universitário vinculado a uma universidade particular. O SAE C, apesar de contar com parte da equipe em regime exclusivo para o atendimento às PVHA, apresenta profissionais que também executam funções relacionadas a outras áreas programáticas e assistenciais da unidade. Este ambulatório está inserido em um Centro de Saúde Escola que é campo de estágio para os alunos da Universidade de São Paulo – campus Ribeirão Preto. Já o SAE A, passou por processo recente de transição física e consequente remanejamento de equipes, com respectiva redistribuição e regionalização dos usuários em seguimento. No momento atual, já está operando normalmente.

A interação entre as equipes dos diferentes serviços de referência ocorre por meio de reuniões mensais promovidas pela SMS, nas quais são abordados temas que tangem a temática do programa, além de se constituir em um espaço aberto a discussões, atualizações e trocas de informações técnicas e gerenciais que subsidiam a prática profissional. Destaca-se, que o profissional enfermeiro é o que participa efetivamente destas reuniões, tendo a incumbência de reproduzir o teor das discussões e capacitações para os demais membros da equipe do serviço ao qual se vincula.

Quanto aos antirretrovirais, de modo geral, são dispensados a cada dois meses, de acordo com o agendamento das consultas médicas e o atendimento pelo farmacêutico, podendo tal periodicidade variar conforme a complexidade e gravidade do caso.

Atenção à TB no município de Ribeirão Preto

O manejo clínico dos doentes de TB também é realizado nos cinco distritos sanitários do município pelos PCT implantados, em nível ambulatorial. Há equipes especializadas fixas, mas não exclusivas do PCT, compostas minimamente por enfermeiro, médico e auxiliares de enfermagem. Merece destaque o fato de que os PCT compartilham a mesma estrutura física dos SAE e CTA em cada um dos distritos sanitários, lembrando ainda que, muitas vezes, as equipes de saúde são compostas pelos mesmos profissionais.

Como a atenção à TB acontece de forma centralizada no município, ou seja, sob a responsabilidade das equipes especializadas do PCT, estes tem a função de confirmar o diagnóstico, iniciar o tratamento, oferecer e executar a terapia supervisionada e avaliar os contactantes dos pacientes em tratamento. Os PA devem suspeitar dos casos, solicitar baciloscopia, realizar o Raio-X e, após diagnóstico encaminhar para os ambulatórios de referência (PCT), de acordo com a área de abrangência do doente. Porém, estudo realizado no município mostrou que, muitas vezes, os PA encaminham os casos suspeitos para os ambulatórios especializados para que estes realizem a solicitação dos exames para confirmação diagnóstica (BRUNELLO et al., 2013). Às UAB compete realizar a Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) e oferecer o exame de baciloscopia de escarro para diagnóstico, a todas as pessoas que se queixem de tosse há mais de duas semanas, ou tenham sintomas sugestivos de TB, além de desenvolver ações de prevenção e informação na comunidade residente em suas áreas de abrangência.

Assim, os exames utilizados para o diagnóstico da TB no município são: a baciloscopia de escarro; o Raio-X e a Prova Tuberculínica (o qual é considerado prioritário para coinfectados TB/HIV, pessoas imunossuprimidas - destacando os portadores de HIV/aids, crianças comunicantes de usuários e suspeitos da doença). Segundo protocolo definido pelo Ministério da Saúde, preconiza-se que a Prova Tuberculínica seja realizada ao menos uma vez ao ano, como forma de acompanhamento, prevenção e controle da TB nas pessoas que vivem com aids) (BRASIL, 2009). Faz-se necessário abordar aqui, a situação atual de disponibilidade da tuberculina para realização das provas. No período de coleta dos dados, 2011 a 2012, o município ainda contava com estoque disponível de tuberculina para realização do exame, no entanto, há nos dias atuais um desfalque mundial no estoque e provisão do

referido insumo, acarretando na ausência do mesmo. Diante desta situação, o MS orienta a avaliação quanto a necessidade extrema de realização do exame e, então, a substituição da Prova Tuberculínica pelo IGRA (BRASIL, 2014).

A baciloscopia de escarro é recolhida diariamente nos PA e PCT (manhã) e nas UAB em torno de 3x/semana (manhã), no entanto há UAB que não possuem geladeira para o armazenamento, e os usuários precisam se dirigir a UBDS mais próxima para dispensação do material. O resultado, quando positivo, é informado por telefone para as unidades de saúde, e essas por sua vez, encaminham o usuário para o PCT, onde é realizado o manejo do tratamento. Os resultados dos exames, de forma geral, são disponibilizados no sistema de informação municipal, Hygia-WEB.

Assim como no atendimento ao HIV/aids, a rede de atenção à TB também conta com um ambulatório especializado sob responsabilidade da UETDI/HC-FMRP, respondendo pelo atendimento e o seguimento dos casos complexos de TB, entre eles as formas extrapulmonares, as situações de co-morbidades graves, como a coinfeção TB/HIV, entre outras. O fluxo de informação a respeito dos doentes de TB atendidos neste nível de atenção ocorre através de reuniões mensais entre a equipe da UETDI, enfermeiras de Vigilância Epidemiológica e Coordenadora Municipal do PCT, nas quais ocorre discussão e troca de informações verbais a respeito dos casos em internação atual ou recente. É importante destacar que os registros nem sempre estão disponíveis às equipes do serviço para onde o doente é contra referenciado.

É importante salientar que o acompanhamento das PVHA infectadas pelo *Mtb*, tanto para a infecção latente quanto para a TB ativa, deve ser realizado pelas equipes dos SAE responsáveis pelo seguimento dos casos de HIV/aids. Da mesma forma, considerando que o manejo de ambas as infecções deve ser realizado de forma articulada e integral, a prevenção da infecção por TB, bem como o diagnóstico precoce da mesma, também são ações cuja responsabilidade deve ser compartilhada entre ambos os Programas de Controle, PCT e HIV/aids.

População de estudo e amostra

A população do estudo foi constituída pelas PVHA acompanhadas pelos SAE do município de Ribeirão Preto. Destaca-se que se utilizou a seguinte definição de caso de aids: *“indivíduo que se enquadrava nas seguintes definições adotadas pelo Ministério da Saúde: infecção avançada pelo HIV com repercussão no sistema imunitário, com ou*

sem ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou consequentes a doenças oportunistas (infecções e neoplasias)” (BRASIL, 2008b).

Foram considerados como critérios de inclusão para participação na pesquisa: casos confirmados de aids, residentes no município de Ribeirão Preto, não pertencentes ao sistema prisional, com idade igual ou superior a 18 anos e que não apresentem limites de cognição.

O cálculo para o tamanho da amostra foi realizado a partir do levantamento do número total de casos confirmados e acompanhados pelos cinco SAE que integram o Programa Municipal HIV/aids do município. De acordo com dados do SINAN e livro de registros do Programa HIV/aids, estimou-se que 1.120 casos estavam em acompanhamento no município em agosto de 2010, distribuídos da seguinte forma: 200 indivíduos acompanhados pelo Centro de Referência D; 120 pelo Ambulatório DST/HIV/aids E; 300 pelo Ambulatório DST/HIV/aids C; 300 pelo Centro de Referência do B e 200 pelo Ambulatório DST/HIV/aids do A.

Para o cálculo do tamanho da amostra, admitiu-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido P por no máximo 5%, isto é, o valor absoluto de d igual a 0,05 sob nível de confiança de 95%. Adotou-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de doentes foi determinado pela expressão $n^* = (PxQ)/V(p)$, sendo:

$$V(p) = \left(\frac{0,05}{1,96} \right)^2 = 0,000651 \quad \text{e} \quad n^* = \frac{0,50 \times 0,50}{0,000651} = 384$$

O tamanho da amostra n foi corrigido para a população de tamanho $N = 1120$.

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)} = \frac{384}{1 + (384 / 1120)} = 286,6$$

Utilizando a correção para uma perda potencial de 5% determinou-se que $(286,6/0,95) = 302$ indivíduos fossem entrevistados.

O processo de amostragem foi realizado em duas etapas: estratificação com partilha proporcional segundo o serviço de saúde que acompanha o caso; por conveniência até completar o tamanho da amostra calculado. Desta forma, foram entrevistados 54 indivíduos em acompanhamento pelo Centro de Referência D; 32 pelo Ambulatório do E; 81 pelo Ambulatório C; 81 pelo Centro de Referência B e 54 pelo Centro de Referência A, totalizando os 302 indivíduos a serem considerados no estudo.

Ressalta-se que dos 302 indivíduos abordados para participarem da pesquisa, 253 foram entrevistados mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Dentre as 49 principais justificativas de recusa, destacam-se: falta de tempo, preocupação com o sigilo perante a equipe responsável pelo acompanhamento, preferência por não comentar a respeito da sorologia positiva para o HIV/aids, além de alegarem ter participado de pesquisas anteriores.

Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com apoio de um questionário estruturado (Apêndice I), elaborado com base nas Recomendações do Ministério da Saúde para TARV em adultos infectados pelo HIV (BRASIL, 2008), no protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG, 2007), no Manual de recomendações pra o manejo da coinfeção TB/HIV (BRASIL, 2010) e na metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

O instrumento de coleta de dados compreendeu 82 questões, divididas em quatro seções a saber: I - Dados sócio demográficos. II – Dados gerais sobre o acompanhamento dos casos. III – Dados sobre a oferta de ações e serviços de saúde, a partir da dimensão “*elenco de serviços*”. IV – Dados sobre a coordenação de ações e serviços de saúde, a partir da dimensão “*coordenação*” (STARFIELD, 2002).

Teste do instrumento de coleta de dados

Foi realizada análise de conteúdo, análise semântica e um teste piloto para readequar e verificar a viabilidade do instrumento, bem como do método proposto para atender aos objetivos da pesquisa.

Para realizar a análise de conteúdo selecionou-se cinco profissionais expertises nas áreas temáticas de HIV/aids, TB e saúde pública, para os quais foram enviados uma carta convite, o instrumento de coleta de dados e um formulário para apreciação do conteúdo do instrumento. A análise semântica foi realizada a partir da aplicação prévia do instrumento, no intuito de “*verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população á qual o instrumento se destina*” (PASQUALI,1999). Nesta etapa foram entrevistadas 21 PVHA em acompanhamento nos SAE do município.

Variáveis envolvidas no estudo

As variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços contemplam escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis de oferta e integração de ações e serviços de saúde continham uma escala de possibilidades preestabelecida (Likert) com valor entre “um” e “cinco”, cuja resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

Segue relação das variáveis referentes a cada seção do questionário (Quadro 3).

Quadro 3. Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo.

Seção	Descrição	Variáveis
I	Dados sócio-demográficos	Sexo; Idade; Estado civil; Escolaridade; Situação empregatícia; Classificação econômica (referente à Associação Brasileira de Pesquisa-ABEP).
II	Dados gerais sobre acompanhamento dos casos	Frequência de sinais e sintomas sugestivos de TB; Infecção latente por TB; Utilização de outros serviços de saúde.
III	Dados sobre oferta de ações e serviços de saúde (elenco de serviços)*	Oferecimento de exames (radiológico e laboratoriais); Disponibilização de medicamentos para prevenir infecções oportunistas e efeito adversos; Disponibilização de insumos (máscaras e medicamentos); Oferecimento de consultas de rotina ou eventuais com as equipes médica e de enfermagem, apoio psicológico, atendimento com assistente social; Orientações (TB, uso correto das medicações, redução do uso de álcool e drogas, estado imunológico, nutrição e alimentação, solicitação de benefícios sociais do governo); Recebimento de visitas domiciliares; Questionamento quanto a presença de sinais e sintomas sugestivos de TB (indivíduo e família), condições de vida, oferecimento de incentivos e benefícios.
IV	Dados sobre a integração de ações e serviços de saúde (coordenação)	<u>Coordenação da assistência pela equipe do SAE:</u> → Utilização do prontuário/ficha de atendimento pelos profissionais de saúde durante a consulta; → Registro das queixas dos indivíduos nos prontuários pelos profissionais de saúde; → Entrega dos resultados de exames impressos; → Disponibilização dos resultados de exame no serviço de saúde para avaliação durante as consultas; → Recebimento de informação sobre data de agendamento da consulta de retorno.

		<p>→Encaminhamento para outros serviços de saúde quando necessário;</p> <p><u>Coordenação da assistência junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços:</u></p> <p>→Auxílio dos profissionais de saúde para o agendamento de consultas junto a outros serviços/especialidades;</p> <p>→Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço de saúde/especialidade;</p> <p>→Recebimento de informações escritas sobre a situação do usuário para ser entregue a outro serviço/especialidade;</p> <p>→Obtenção de atendimento em outro serviço/especialidade;</p> <p>→Recebimento de informações escritas sobre os resultados/conduas adotadas por outro serviço/especialidade;</p> <p>→Discussão/orientação sobre os resultados e as conduas adotadas por outro serviço/especialidade.</p>
--	--	---

* Para esta dimensão foram incluídas outras possibilidade de resposta sendo possível caracterizar o motivo do “nunca” na escala *Likert* podendo assinalar opções como: *nunca precisou e nunca foi ofertado*, *sentiu necessidade e nunca foi ofertado* e *nunca precisou, mas já foi ofertado*. Tais possibilidades de respostas corroboram para o melhor entendimento do caso e uma análise mais concisa das ações e serviços de saúde oferecidos pelo ambulatório especializado.

Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de janeiro de 2012 a maio de 2013. Para proceder à coleta de dados, cada entrevistado recebeu orientações sobre a natureza e os objetivos do estudo, assim como foi solicitada a participação do mesmo mediante assinatura do consentimento informado (Apêndice II). Após aceitação, o entrevistado recebeu um impresso da escala de respostas possíveis (Apêndice III), com o intuito de facilitar a compreensão das perguntas e garantir a neutralidade nas respostas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora que desenvolve o presente projeto e por uma aluna de iniciação científica nos serviços de saúde no dia das consultas médicas de rotina, sendo estas conduzidas em locais acordados com a equipe de saúde com o intuito de resguardar a privacidade dos sujeitos entrevistados.

De forma complementar, alguns dados relacionados à seção II do questionário foram coletados de fontes secundárias, utilizando o SINAN e livros de registro do Programa de HIV/aids.

Dificuldades e potencialidades no procedimento de coleta de dados

Vários foram os aspectos que interferiram no desenvolvimento desta etapa do projeto de pesquisa inerentes ao contexto político no qual está inserido o município,

além de questões relativas à micro política, gerencial e de condução da assistência nas unidades de saúde participantes da pesquisa.

No que tange à execução da presente pesquisa, a falta de conhecimento acerca da importância do desenvolvimento de pesquisas operacionais para a compreensão e melhoria da assistência e do processo de organização e gestão do sistema de saúde por parte de alguns gestores e profissionais de saúde, constituiu-se um obstáculo para a realização da coleta de dados nas unidades de saúde participantes do estudo, fato este, que resultou na necessidade de excedermos o tempo previsto no cronograma para desenvolvimento desta etapa do trabalho.

Outro ponto que merece destaque com relação às dificuldades encontradas para a conclusão da coleta de dados, foi o contexto político do município, que comprometeu a organização do processo de trabalho dos serviços de saúde através da concessão de afastamentos concomitantes de médicos infectologistas, principalmente, os responsáveis pelo acompanhamento tanto das PVHA quanto daquelas com TB. Dessa forma, o contexto político do município em virtude de 2012 ter sido ano eleitoral, teve forte influência na coordenação da assistência à saúde de uma forma geral, comprometendo a qualidade da assistência prestada. No caso das PVHA, por exemplo, as consultas de acompanhamento mensal foram desmarcadas, ou realocadas para outro distrito de saúde, o que provocou descontinuidade do cuidado, além de sobrecarga dos demais serviços da rede de atenção.

No que se refere ao desenvolvimento do presente projeto, a situação descrita influenciou na efetivação do processo de coleta de dados, uma vez que, as entrevistas eram realizadas anterior ou posteriormente às consultas médicas de acompanhamento. Deste modo, ficou inviável proceder a essa etapa da pesquisa durante um período do ano em determinados serviços, visto que não havia seguimento e, portanto, a utilização dos mesmos pelos indivíduos. Aliado a isso, a duração das entrevistas superior ao tempo planejado, uma vez que a maioria dos sujeitos expunham suas dúvidas, sentimentos e dificuldades enfrentadas, também se constituiu um desafio à concretização da coleta de dados.

Outro fator importante diz respeito à percepção de alguns usuários quanto a participação em pesquisas, referindo receio relacionado ao sigilo e decorrências deste, o que reflete também na confiabilidade das respostas. Notou-se, por exemplo, que muitas

vezes houve constrangimento por parte dos entrevistados em fornecer informações corretas com relação às questões sociais, renda familiar e bens de consumo.

Por outro lado, podemos destacar como potencialidades do processo a parceria com a coordenação municipal do Programa DST/HIV/aids/Hepatites virais e PCT e com as equipes gestoras e técnicas dos serviços especializados, o auxílio dos profissionais de saúde dos serviços para a coleta dos dados, colaborando também, na discussão de alguns casos e na descrição do funcionamento da unidade e do sistema como um todo.

Através da execução da coleta dos dados do presente estudo, foi possível, ainda, identificar a situação dos registros nos serviços de saúde, tais como, a ausência de planilhas ou arquivos constando o número de casos e demais dados epidemiológicos relevantes dos indivíduos coinfectados, bem como de comunicantes destes, colaborando para com a gestão dos serviços no que tange à busca e manutenção destas informações.

Análise dos dados

Os dados foram analisados através do programa Statistica, versão 9.0 da Statsoft. Inicialmente, os indivíduos foram caracterizados em relação ao perfil sociodemográfico, clínico e de utilização dos serviços de saúde a partir das técnicas estatísticas descritivas para as variáveis categóricas: medidas de frequência absoluta, frequência relativa para as variáveis categóricas e as medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão).

Na primeira parte da fase analítica, para identificar e analisar a oferta e a integração das ações e serviços prestados às PVHA pelos SAE do município como um todo, foram construídos indicadores a partir das variáveis selecionadas para o estudo, relacionadas às dimensões *elenco de serviços* e *coordenação*, respectivamente. O indicador criado corresponde ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os entrevistados para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes, e então a oferta e a integração das ações e serviços de saúde foi classificada segundo os valores obtidos dos indicadores, classificados em insatisfatório (valores médios menores que 2,5), regular (maior que 2,5 e menor que 3,5) e satisfatório (acima de 3,5).

Na segunda etapa foi realizada a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM) que constitui uma técnica de análise multivariada indicada quando se pretende estudar um fenômeno complexo, com múltiplas variáveis, cujas relações e inter-relações se deseja conhecer. Ferreira (1990) justifica a escolha da AFCM, por possibilitar a

análise de um grande número de variáveis, que utilizam diferentes tipos de escalas e possuem diversas finalidades (dados sobre a utilização dos serviços e coordenação da assistência). Além disso, destaca a capacidade de projetar no mesmo espaço fatorial a variável em linha (i) e a variável em coluna (j), facilitando o estudo das relações entre elas e a identificação das variáveis que não contribuem ativamente para a constituição dos eixos. Carvalho (2004) ressalta ainda que a utilização da AFCM na análise da relação entre as categorias das variáveis não necessita de uma estrutura causal ou da priorização de uma distribuição de probabilidades, sendo apropriada no estudo de dados populacionais como uma técnica analítica não inferencial.

Para tanto, inicialmente, realizou-se o teste Qui-quadrado como critério de seleção das variáveis que apresentaram diferença estatística ($p < 0,05$). Estas foram incluídas na AFCM como variáveis ativas, enquanto os SAE como variáveis passivas.

O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

É importante salientar que, para a execução da segunda fase analítica do estudo, a qual se propôs a analisar diferenças existentes na oferta das ações de prevenção da TB entre os diferentes grupos (SAE), o serviço de saúde “E” foi desconsiderado pelo fato de possuir um baixo número de respondentes em relação aos demais serviços, o que poderia comprometer os resultados.

Aspectos éticos

Atendendo à resolução 196/96, o presente projeto possui a anuência do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (ANEXO I), conforme protocolo nº 1215/2010.

Resultados

Análise do perfil sociodemográfico e clínico das PVHA em acompanhamento pelos SAE do município de Ribeirão Preto

Das 253 PVHA entrevistadas, a maioria era do sexo feminino (51,4%), com proporção homem/mulher de 1:1,06. A faixa etária dos 30 a 49 anos foi a mais acometida pelo agravo, seguido da faixa etária de 50 a 69 anos. Quanto ao estado civil, nota-se uma maior frequência de indivíduos casados/união estável (37,2%) seguido de solteiros (36,4%). A baixa escolaridade esteve evidente na população do estudo sendo a maioria sem escolaridade ou com o Ensino Fundamental incompleto (47,8%). A maior parte dos doentes possuía alguma fonte de renda, com predomínio de indivíduos empregados (35,5%) seguidos de aposentados (19,4%) e autônomos (12,6%). Quanto à classificação econômica, predominou a classe C (C1+C2) (52,9%), seguida pela D (20,1%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP, 2012-2013.

Variáveis sócio demográficas e comportamentais		DOENTES (N=253)	
		n	%
Sexo	Feminino	130	51,4
	Masculino	122	48,2
	Ignorado	1	0,4
Idade	18 a 29 anos	19	7,5
	30 a 49 anos	152	60,1
	50 a 69 anos	78	30,8
	Mais que 70 anos	4	1,6
Estado Civil	Casado / União Estável	94	37,2
	Solteiro	92	36,4
	Separado / Divorciado	37	14,6
	Viúvo	29	11,5
	Outro	1	0,4
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	121	47,8
	EF completo	35	13,8
	Ensino médio completo	67	26,5
	Ensino superior completo	6	2,4
Situação Empregatória	Empregado	100	39,5
	Autônomo	32	12,6
	Aposentado	49	19,4
	Desempregado	42	16,6
	Do Lar	16	6,3

	Afastado	14	5,5
	Estudante	0	0,0
Classificação Econômica	A1	0	0,0
	A2	2	0,8
	B1	15	6,0
	B2	48	19,0
	C1	80	31,6
	C2	54	21,3
	D	51	20,1
	E	3	1,2
Serviços de saúde utilizados	SUS	229	90,5
	Misto (SUS + Privado)	24	9,5

Legenda: EF: Ensino Fundamental

Quanto ao perfil clínico dos participantes da pesquisa, em relação aos principais sinais e sintomas da TB nesta população, 145 pessoas (57,4%) referiram nunca/quase nunca ter apresentado tosse, seguidas de 30,0% que referiram às vezes ter tido tal sinal. A presença de tosse com alta frequência na população, sempre/quase sempre, foi relatada por 31 pessoas (12,5%). Com relação à febre 83,4% dos entrevistados referiram nunca/quase nunca ter apresentado tal sintoma, sendo que apenas uma pessoa referiu ter tido febre sempre/quase sempre. Dentre os indivíduos entrevistados, 184 pessoas (72,9%) relataram nunca/quase nunca ter apresentado perda de apetite. No que tange ao emagrecimento, 68,9% dos entrevistados (174 pessoas) informaram nunca/quase nunca ter perdido peso depois de diagnosticada a condição de infecção pelo HIV, sendo que, 35 pessoas (13,9%) referem sempre/quase sempre ter notado diminuição de peso. 181 pessoas (71,5%) referiram nunca/quase nunca ter apresentado suores noturnos. No que diz respeito à fraqueza, cansaço e desânimo, 53,4% dos indivíduos referiram nunca/quase nunca apresentarem tais sinais (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis do perfil clínico relacionadas à tuberculose nas pessoas que vivem com aids segundo o padrão de resposta. Ribeirão Preto – SP, 2012-2013.

Variável N=253	Padrão de Resposta									
	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)

Tosse	72	28,5	73	28,9	76	30,0	13	5,1	19	7,5
Febre	137	54,2	74	29,2	41	16,2	1	0,4	0	0
Perda de apetite	147	58,1	38	15,0	41	16,2	6	2,4	21	8,3
Emagrecimento	145	57,3	30	11,9	43	17,0	12	4,7	23	9,1
Suores noturnos	156	61,7	25	9,9	34	13,4	13	5,1	25	9,9
Fraqueza/cansaço/desânimo	113	44,7	22	8,7	59	23,3	11	4,3	48	19,0

Em se tratando de TB nessa população, é importante salientar que, dentre os 253 entrevistados, 40 indivíduos referiram ter apresentado infecção latente prévia por TB (15,8%). Destes, 36 (90,0%) afirmaram ter realizado a quimioprofilaxia, sendo que 97,2% fizeram-na por uma vez. Sobre a realização do Tratamento Supervisionado (TS) para a quimioprofilaxia, 23 pessoas afirmaram não ter sido realizado o TS, o que corresponde a 63,9% dentre aqueles que referiram ter realizado quimioprofilaxia (36 usuários).

Análise da oferta das ações e serviços de saúde pelos SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto

Para classificar a oferta de ações e serviços o controle da TB nas PVHA, a partir da análise da dimensão *elenco de serviços*, foi realizada a mensuração do índice composto, o qual relaciona as médias das respostas de todos os respondentes para todas as variáveis desta dimensão, estabelecendo uma média classificatória para a oferta de ações e serviços para o controle da TB. O referido índice apresentou uma *média de 3,1* ($dp=1,87$), ou seja a oferta de ações e serviços de saúde para prevenção e diagnóstico da TB nas PVHA pelos SAE do município foi classificada como *regular* pelos sujeitos participantes da pesquisa.

Em relação à oferta de ações e serviços pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos, os indicadores referentes à *oferta de exames de sangue, CD4 e carga viral*, foram os melhor avaliados, sendo classificados como satisfatórios pelos entrevistados. Entretanto, dentre os indicadores referentes à oferta de exames relacionados à prevenção e controle da TB, a *solicitação de Raio X diante de sinais respiratórios, febre e perda de peso* foi avaliado como regular, assim como a realização da *prova tuberculínica para avaliação do risco de infecção pela TB*. Já a *solicitação da baciloscopia de escarro diante da existência de tosse com catarro, febre e perda de peso*, foi classificada como insatisfatória (Figura 2).

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

Figura 2. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionadas a oferta de insumos, ações e serviços de saúde pela equipe de referência para a assistência, prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.

Ainda quanto à oferta de ações e serviços, pelas equipes responsáveis pelo acompanhamento dos casos, voltados para a prevenção e controle da TB, os indicadores referentes à *disponibilização de máscara facial, oferta de medicamento para prevenir o aparecimento de doenças oportunistas e oferta de medicamento para prevenção da TB (isoniazida)*, foram classificados como insatisfatórios pelas PVHA participantes da pesquisa (Figura 3).

Legenda: V40 – Disponibilização de máscara facial; V41 – Oferta de medicamentos para prevenir o aparecimento de doenças oportunistas; V48 – Oferta de medicamentos antiretrovirais; V50 – Oferta de medicamentos para prevenção da tuberculose.

Figura 3. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionadas a oferta de insumos, ações e serviços de saúde pela equipe de referência para a prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.

Quanto aos indicadores relacionados à investigação da TB nas PVHA, o *questionamento por parte dos profissionais sobre a existência de sinais e sintomas sugestivos de TB, tosse, febre, emagrecimento e perda de apetite* foi classificado como regular, já o indicador referente ao *questionamento sobre a existência de tais sinais e sintomas em contatos* que residem com os indivíduos, obteve um desempenho insatisfatório. No que tange às questões sociais, os indicadores relacionados ao *questionamento acerca das condições de vida, oferecimento de incentivos alimentares e benefícios sociais*, foram classificados como insatisfatórios, sendo o *questionamento*

sobre o oferecimento dos benefícios sociais o indicador que obteve a pior avaliação (Figura 4).

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

Figura 4. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionadas ao questionamento acerca de sinais e sintomas sugestivos de TB e oferecimento de incentivos alimentícios e sociais pela equipe de referência para a prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.

No que refere a oferta de orientações pela equipe de referência, a maior parte dos indicadores foram considerados como regular, sendo importante enfatizar que as *orientações relacionadas à TB* enquadram-se entre estes indicadores. No entanto, o oferecimento de *informações sobre estado imunológico, doenças oportunistas e uso correto da TARV*, obteve desempenho satisfatório. Encontrou-se como insatisfatório o indicador relacionado à *oferta de orientações para a solicitação de benefícios sociais do governo* (Figura 5).

Legenda: V32 – Oferta de orientações sobre estado imunológico; V33 – Oferta de orientações sobre doenças oportunistas; V34 – Oferta de orientações sobre uso correto da TARV; V35 – Oferta de orientações sobre sinais e sintomas da tuberculose; V36 – Oferta de orientações sobre forma de transmissão da TB; V37 – Oferta de orientações sobre cuidados com o ambiente para evitar o adoecimento por tuberculose; V38 – Oferta de orientações sobre cuidados com o ambiente para evitar a transmissão da tuberculose; V39 – Oferta de orientações sobre redução do uso de álcool e drogas; V40 – Oferta de orientações sobre nutrição e alimentação; V41 – Oferta de orientações sobre solicitação de benefícios sociais do governo.

Figura 5. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionadas a oferta de orientações pela equipe de referencia para a prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.

No que diz respeito aos atendimentos de rotina e complementares pela equipe de referencia responsável pelo acompanhamento dos casos, os indicadores de oferta de consulta médica e de enfermagem foram melhores avaliados e, juntamente com o indicador consulta em caso de intercorrência, apresentaram classificação satisfatória. Já os indicadores oferecimento de atendimento com assistente social, tanto no próprio serviço de saúde quanto em outros serviços da rede, foram tidos como insatisfatórios,

sendo este último o que obteve pior desempenho. No que tange à abordagem social nas consultas, os indicadores relacionados à oferta de incentivos alimentares e benefícios sociais foram classificados como insatisfatórios, sendo o último o pior avaliado (Figura 6).

Legenda: V43 – Oferecimento de consulta médica de rotina pela equipe que acompanha o caso; V44 – Oferecimento de consulta de enfermagem pela equipe que acompanha o caso; V45 – Oferecimento de consultas eventuais em caso de intercorrências pela equipe que acompanha o caso; V47a – Oferecimento de atendimento com assistente social no próprio serviço de saúde pela equipe que acompanha o caso; V47b – Oferecimento de atendimento com assistente social em outro serviço de saúde; V56 – Oferta de incentivos alimentares pela equipe que acompanha o caso; V57 – Oferta de benefícios sociais pela equipe que acompanha o caso.

Figura 6. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionadas a oferta de consultas e atendimentos pela equipe de referência para a prevenção e controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids.

Análise da oferta de ações e serviços para a prevenção da TB nas PVHA e diferenças existentes entre os SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto

Para classificar a integração de ações e serviços de forma geral, através da análise da dimensão *coordenação*, também foi realizada a mensuração do índice composto. Obteve-se uma *média de 3,7* ($dp=1,7$), ou seja, a integração das ações e serviços de saúde pelos SAE do município foi classificada como *satisfatória* pelos entrevistados.

Para analisar as diferenças existentes entre os SAE na oferta de ações e serviços para a prevenção da TB nas PVHA foi realizada a AFCM. Reitera-se que o SAE “E” foi excluído desta fase analítica em decorrência do baixo numero de respondentes. O perfil sociodemográfico e de características clínicas relacionadas à TB dos indivíduos excluídos estão apresentados nos Apêndices IV e V, respectivamente.

Em uma primeira etapa foi realizada análise das frequências de resposta dos entrevistados dos SAE “A”, “B”, “C” e “D” para as variáveis referentes a oferta das ações de controle da TB (Apêndice VI).

Posteriormente, realizou-se o teste Qui-quadrado para as variáveis da dimensão elenco/oferta de ações e serviços de saúde para a prevenção da TB nas PVHA (Tabela 3).

As variáveis que tiveram associação estatística significativa ($p<0,05$) para o teste Qui-quadrado foram submetidas à AFCM, cujo plano fatorial está abaixo (Figura 7).

Tabela 3. Distribuição de frequência das variáveis sobre a oferta de ações e serviços de saúde para prevenção da tuberculose nas pessoas que vivem com aids pelos SAE do município de Ribeirão Preto/SP segundo o padrão de resposta, 2012-2013.

Padrão de Resposta												
Variável N=242	SAE n*	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		Valor de p
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
V37	A	19	42,2	7	15,6	7	15,6	5	11,1	7	15,6	0,001
	B	20	28,2	9	12,7	5	7,0	2	2,8	35	49,3	
	C	24	28,9	8	9,6	9	10,8	1	1,2	41	49,4	
	D	18	41,9	2	4,7	1	2,3	0	0	22	51,2	
V38	A	28	62,2	5	11,1	7	15,6	2	4,0	3	6,7	0,006
	B	44	62,0	5	7,0	4	5,6	1	1,4	17	23,9	
	C	57	68,7	9	10,8	2	2,4	0	0	15	18,1	
	D	23	53,5	3	7,0	1	2,3	0	0	16	37,2	
V48	A	2	4,4	0	0	1	2,2	0	0	42	93,3	0,366
	B	2	2,8	0	0	0	0	2	2,8	67	94,4	
	C	2	2,4	1	1,2	0	0	0	0	80	96,4	
	D	0	0	0	0	0	0	0	0	43	100	
V49	A	17	37,8	4	8,9	14	31,1	3	6,7	7	15,6	0,000
	B	33	46,5	1	1,4	6	8,5	4	5,6	27	38,0	
	C	19	22,9	10	12,0	12	14,5	3	3,6	39	47,0	

	D	12	27,9	0	0	7	16,3	2	4,7	22	51,2	
V50	A	33	78,6	0	0	3	7,1	2	4,8	4	9,5	0,069
	B	60	87,0	1	1,4	2	2,9	2	2,9	4	5,8	
	C	80	96,4	0	0	1	1,2	0	0	2	2,4	
	D	43	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
V53	A	12	26,7	2	4,4	3	6,7	4	8,9	24	53,3	0,133
	B	18	25,7	4	5,7	9	12,9	2	2,9	37	52,9	
	C	20	24,1	1	1,2	5	6,0	4	4,8	53	63,9	
	D	5	11,6	0	0	2	4,7	1	2,3	35	81,4	
V54	A	25	56,8	2	4,5	1	2,3	4	9,1	12	27,3	0,089
	B	38	56,7	6	9,0	4	6,0	1	1,5	18	26,9	
	C	58	69,9	2	2,4	1	1,2	0	0	22	26,5	
	D	25	59,5	1	2,4	2	4,8	1	2,4	12	28,6	
V58a	A	3	6,7	4	8,9	3	6,7	5	11,1	30	66,7	0,028
	B	3	4,2	2	2,8	5	7,0	0	0	61	85,9	
	C	4	4,8	1	1,2	3	3,6	2	2,4	73	88,0	
	D	3	7,0	0	0	1	2,3	1	2,3	38	88,4	
V58b	A	5	11,1	5	11,1	1	2,2	5	11,1	29	64,4	0,111
	B	5	7,0	2	2,8	4	5,6	4	5,6	56	78,9	
	C	9	10,8	1	1,2	6	7,2	3	3,6	64	77,1	
	D	7	16,3	0	0	3	7,0	3	7,0	30	69,8	
V58c	A	2	4,4	2	4,4	3	6,7	4	8,9	34	75,6	0,002
	B	4	5,6	0	0	8	11,3	0	0	59	83,1	
	C	2	1,2	0	0	1	1,2	1	1,2	80	96,4	
	D	1	4,7	0	0	1	2,3	1	2,3	39	90,7	
V58d	A	20	4,4	1	2,2	6	13,3	2	4,4	16	35,6	0,816
	B	18	25,4	4	5,6	11	15,5	5	7,0	33	46,5	
	C	32	38,6	4	4,8	11	13,3	2	2,4	34	41,0	
	D	16	37,2	2	4,7	7	16,3	1	2,3	17	39,5	
V58e	A	21	46,7	4	8,9	4	8,9	1	2,2	15	33,3	0,539
	B	20	28,2	3	4,2	11	15,5	6	8,5	31	43,7	
	C	35	42,2	4	4,8	9	10,8	2	2,4	33	39,8	
	D	17	39,5	2	4,7	6	14,0	1	2,3	17	39,5	
V58f	A	21	46,7	3	6,7	4	8,9	2	4,4	15	33,3	0,454
	B	19	26,8	5	7,0	10	14,1	6	8,5	31	43,7	
	C	41	49,4	3	3,6	10	12,0	3	3,6	26	31,3	
	D	18	41,9	2	4,7	4	9,3	1	2,3	18	41,9	
V58g	A	21	46,7	3	6,7	4	8,9	2	4,4	15	33,3	0,633
	B	22	31,0	5	7,0	6	8,5	5	7,0	33	46,5	
	C	41	49,4	2	2,4	10	12,0	1	4,8	26	31,3	
	D	19	44,2	2	4,7	4	9,3	1	2,3	17	39,5	

Legenda: V37 – Solicitação de Raio X diante de sinais e sintomas de TB; V38 – Solicitação de exame de escarro diante de sinais e sintomas de TB; V48 – Oferta de Antiretrovirais; V49 – Oferta de Prova Tuberculínica; V50 – Oferta de medicamentos para prevenção da tuberculose (Isoniazida); V53 – Questionamento sobre a existência dos sinais e sintomas de tuberculose; V54 – Questionamento sobre a existência de sinais e sintomas nos contatos; V58a – Oferta de orientações sobre estado imunológico; V58b – Oferta de orientações sobre doenças oportunistas; V58c – Oferta de orientações sobre uso correto da TARV; V58d – Oferta de orientações sobre sinais e sintomas de tuberculose; V58e – Oferta de orientação sobre a forma transmissão da tuberculose; V58f – Oferta de orientação sobre cuidados com o ambiente para evitar o adoecimento por tuberculose; V58g – Oferta de orientação sobre cuidados com o ambiente para evitar a transmissão da tuberculose. * Serviços de Atenção Especializada ao HIV/aids considerados: A n=45; B n=71; C n=83; D n=43.

Legenda: V37 – Solicitação de Raio X diante de sinais e sintomas de TB; V38 – Solicitação de exame de escarro diante de sinais e sintomas de TB; V49 – Oferta de Prova Tuberculínica; V58a – Oferta de orientações sobre estado imunológico; V58c - Oferta de orientações sobre uso correto da TARV.

Figura 7. Plano Fatorial das variáveis relacionadas à oferta de ações e serviços de saúde para o controle da TB nas PVHA – dimensão “elenco de serviços”.

Por meio da análise do plano fatorial (Figura 7), observou-se que o SAE A (Quadrante 1) se distanciou dos demais e teve associação com a falta de oferta e solicitação regular de Raio X diante de sinais e sintomas de TB; a falta e/ou oferta regular de orientações sobre estado imunológico e uso correto da TARV; e a oferta regular e/ou alta da Prova Tuberculínica, ou seja, houve uma divergência de respostas entre os entrevistados, culminando na associação de oferta regular e satisfatória para essa variável neste SAE.

Já o SAE B (Quadrante 2), está associado à ausência de oferta de Prova Tuberculínica; elevada solicitação de Raio X diante de sinais e sintomas de TB; e uma divergência na solicitação de exame de escarro, polarizada entre nunca e sempre pelos entrevistados deste serviço.

Os SAE C e D (Quadrante 4) encontram-se em proximidade no plano, ou seja, não se diferem de forma significativa no que tange à oferta de algumas ações para o

controle da TB nas PVHA. Ambos associaram-se às variáveis referentes à oferta de Prova Tuberculínica, orientações sobre estado imunológico e uso correto da TARV, classificadas como satisfatórias pelos usuários; já a solicitação de Raio X diante de sinais e sintomas de TB foi insatisfatoriamente associada à estes serviços, estando mais próxima do SAE C.

Análise da integração das ações e serviços de saúde pelos SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto

De acordo com a figura 8, dentre os indicadores relacionados aos aspectos operacionais envolvidos na atuação da equipe de referência para a viabilização do atendimento clínico ambulatorial, apenas o indicador *disponibilidade dos resultados de exames impressos* foi considerado como regular. Os demais indicadores, *busca de informações e anotações no prontuário durante a consulta*, *disponibilidade dos resultados de exames no momento da consulta* e *informações sobre o agendamento de consultas de retorno*, foram classificados como satisfatórios.

Legenda: V59 – Busca de informações no prontuário durante a consulta; V60 – Anotações no prontuário durante a consulta; V61 – Disponibilidade dos resultados de exames impressos; V62 – Disponibilidade dos resultados de exames no momento da consulta; V63 – Informações dadas sobre o agendamento de consultas de retorno no serviço de saúde.

Figura 8. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão coordenação relacionados aos aspectos operacionais envolvidos na atuação da equipe de referência para a viabilização do atendimento clínico ambulatorial.

Quanto à atuação e envolvimento da equipe de referência na continuidade e coordenação da assistência, foram considerados satisfatórios os indicadores: *encaminhamento para atendimento com outros profissionais/outras serviços de saúde quando necessário, auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde, recebimento do comprovante desse agendamento, fornecimento de informações escritas (guia de referência) para entrega ao profissional de outro serviço de saúde, efetiva obtenção de atendimento em outro serviço de saúde.* O indicador *retorno com as informações escritas referentes ao atendimento em outro serviço de saúde (guia de contra-referência),* foi considerado insatisfatório. Já o indicador *discussão entre equipe e usuário sobre o atendimento realizado e seus desfechos em outro serviço de saúde* foi considerado regular (Figura 9).

Legenda: V73 – Encaminhamento para atendimento com outros profissionais; V74 – Auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V75 – Recebimento do comprovante de agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V76 – Fornecimento de informações escritas sobre o caso para entrega ao profissional de outro serviço de saúde (guia de referência); V77 – Efetiva obtenção de atendimento em outro serviço de saúde; V78 –

Retorno com as informações escritas referentes ao atendimento em outro serviço de saúde (guia de contra-referência);
V79 – Discussão pela equipe e usuário sobre o atendimento realizado e seus desfechos em outro serviço de saúde.

Figura 9. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão coordenação relacionados à atuação e envolvimento da equipe de referência na continuidade e coordenação da assistência.

Com relação à utilização de outros serviços de saúde que não o de seguimento, encontrou-se baixa *utilização dos serviços de Atenção Básica, Pronto Atendimento e outros serviços especializados* (Figura 10).

Legenda: V70 – Utilização de unidades de Atenção Básica da área de abrangência; V71 – Utilização de Pronto-Atendimento; V72 – Utilização de outros serviços de saúde.

Figura 10. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão coordenação relacionados à utilização dos serviços de saúde.

Análise da integração de ações e serviços para a prevenção da TB nas PVHA e diferenças existentes entre os SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto

Foi realizada análise das frequências de resposta dos entrevistados dos SAE “A”, “B”, “C” e “D” segundo o padrão de resposta para as variáveis referentes à integração das ações de controle da TB (Apêndice VII).

Posteriormente, realizou-se o teste Qui-quadrado para as variáveis da dimensão integração/coordenação das ações e serviços de saúde para a prevenção da TB nas PVHA (Tabela 4).

As variáveis que tiveram associação estatística significativa ($p < 0,05$) para o Teste Qui-quadrado foram submetidas à AFCM, cujo plano fatorial está demonstrado abaixo (Figura 11).

Tabela 4. Distribuição de frequência das variáveis sobre a integração de ações e serviços de saúde para prevenção da tuberculose nas pessoas que vivem com aids pelos SAE do município de Ribeirão Preto/SP segundo o padrão de resposta, 2012-2013.

		Padrão de Resposta										
Variável	SAE n*	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		Valor de p
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
V59	A n=45	0	0	0	0	2	4,4	4	8,9	39	86,7	0,083
	B n=70	1	1,4	0	0	0	0	4	5,7	65	92,9	
	C n=83	2	2,4	0	0	2	2,4	0	0	79	95,2	
	D n=43	0	0	1	2,3	1	2,3	0	0	41	95,4	
V60	A n=44	0	0	0	0	0	0	1	2,3	43	97,7	0,001
	B n=70	8	11,4	0	0	0	0	4	5,7	58	82,9	
	C n=83	2	2,4	0	0	0	0	0	0	81	97,6	
	D n=43	0	0	0	0	0	0	0	0	43	100	
V61	A n=44	6	13,6	7	15,9	6	13,6	9	20,4	16	36,4	<0,001
	B n=71	25	35,2	2	2,8	2	2,8	1	1,4	41	57,7	
	C n=83	34	41,0	0	0	3	3,6	1	1,2	45	54,2	
	D n=43	24	55,8	0	0	0	0	0	0	19	44,2	
V62	A n=43	0	0	0	0	0	0	4	9,3	39	90,7	0,220
	B n=71	0	0	0	0	0	0	1	1,4	70	98,6	
	C n=83	0	0	0	0	2	2,4	5	6,0	76	91,6	
	D n=43	0	0	0	0	0	0	4	9,3	39	90,7	
V63	A n=45	3	6,7	2	4,4	4	8,9	1	2,2	35	77,8	<0,001
	B n=71	6	8,4	0	0	2	2,8	4	5,6	59	83,1	
	C n=83	0	0	0	0	1	1,2	0	0	82	98,8	
	D n=43	0	0	0	0	0	0	0	0	43	100	
V70	A n=45	14	31,1	11	24,4	14	31,1	5	11,1	1	2,2	<0,001
	B n=71	38	53,5	6	8,4	19	26,8	2	2,8	6	8,4	
	C n=83	52	62,6	9	10,8	13	15,7	0	0	9	10,8	
	D n=43	25	58,1	2	4,6	8	18,6	0	0	8	18,6	
V71	A n=45	19	42,2	12	26,7	10	22,2	3	6,7	1	2,2	0,007

	B n=71	35	49,3	15	21,1	16	22,5	0	0	5	7,0	
	C n=83	24	29,0	27	32,5	28	33,7	0	0	4	4,8	
	D n=43	16	37,2	10	23,2	11	25,6	0	0	6	14,0	
V72	A n=45	28	62,2	4	8,9	9	20,0	3	6,7	1	2,2	0,375
	B n=63	41	65,0	3	4,8	8	12,7	2	3,2	9	14,3	
	C n=83	51	61,4	4	4,8	15	18,0	2	2,4	11	13,2	
	D n=43	32	74,4	2	4,6	3	7,0	0	0	6	14,0	
V73	A n=28	1	3,6	4	14,3	2	7,1	5	17,9	16	57,1	0,041
	B n=35	0	0	0	0	3	8,6	1	2,9	31	88,6	
	C n=56	0	0	2	3,6	1	1,8	2	3,6	51	91,0	
	D n=28	1	3,6	0	0	1	3,6	0	0	26	92,9	
V74	A n=28	3	10,7	5	17,9	0	0	7	25,0	13	46,4	<0,001
	B n=35	4	11,4	0	0	2	5,7	1	2,9	28	80,0	
	C n=56	4	7,1	0	0	4	7,1	2	3,6	46	82,1	
	D n=28	2	7,1	0	0	1	3,6	0	0	25	89,3	
V75	A n=27	1	3,7	2	7,4	1	3,7	3	11,1	20	74,0	0,009
	B n=35	0	0	0	0	2	5,7	0	0	33	94,3	
	C n=56	4	7,1	0	0	0	0	0	0	52	92,9	
	D n=28	2	7,1	0	0	0	0	1	3,6	25	89,3	
V76	A n=27	1	3,7	1	3,7	1	3,7	2	7,4	22	81,5	0,050
	B n=34	11	32,3	2	5,9	2	5,9	2	5,9	17	50,0	
	C n=56	8	16,0	1	1,8	1	1,8	0	0	45	80,4	
	D n=28	9	28,6	0	0	0	0	0	0	20	71,4	
V77	A n=27	1	3,7	0	0	2	7,4	3	11,1	21	77,8	0,437
	B n=33	3	9,0	0	0	1	3,0	0	0	29	87,9	
	C n=55	2	3,6	0	0	1	1,8	2	3,6	50	90,9	
	D n=28	2	7,1	0	0	0	0	2	7,1	24	85,7	
V78	A n=27	8	29,6	2	7,4	4	14,8	1	3,7	12	44,4	0,114
	B n=32	14	43,7	1	3,1	1	3,1	1	3,1	15	46,9	
	C n=56	31	55,3	0	0	4	7,1	0	0	21	37,5	
	D n=28	19	67,9	0	0	1	3,6	0	0	8	28,6	
V79	A n=27	10	37,0	2	7,4	4	14,8	3	11,1	8	29,6	0,049
	B n=32	12	37,5	1	3,1	4	12,5	1	3,1	14	43,7	
	C n=55	20	36,3	1	1,8	5	9,0	0	0	29	52,7	
	D n=28	9	32,1	0	0	0	0	0	0	19	67,9	

Legenda: V59 – Busca de informação no prontuário durante a consulta; V60 – Anotações no prontuário durante a consulta; V61 – Disponibilidade dos resultados de exames impressos; V62 – Disponibilidade dos resultados de exames no momento da consulta; V63 – Informações dadas sobre o agendamento de consultas de retorno no serviço de saúde; V70 – Utilização de Unidades de Atenção Básica da área de abrangência; V71 – Utilização de Pronto Atendimento; V72 – Utilização de outros serviços de saúde; V73 – Encaminhamento para atendimento com outros profissionais; V74 – Auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V75 – Recebimento de comprovante de agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V76 – Fornecimento de informações escritas sobre o caso para entrega ao profissional de outro serviço de saúde (guia de referência); V77 – Efetiva obtenção de atendimento em outro serviço de saúde; V78 – Retorno com as informações escritas referidas ao atendimento em outro serviço de saúde (guia de contra referência); V79 – Discussão pela equipe e o usuário sobre o atendimento realizado e seus desfechos em outro serviço de saúde. *O n foi variável em decorrência dos filtros utilizados no questionário.

Legenda: V60 – Anotações no prontuário durante a consulta; V61 – Disponibilidade dos resultados de exames impressos; V63 – Informações dadas sobre o agendamento de consultas de retorno no serviço de saúde; V70 – Utilização de Unidades de Atenção Básica da área de abrangência; V71 – Utilização de Pronto Atendimento; V73 – Encaminhamento para atendimento com outros profissionais; V74 – Auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V75 – Recebimento de comprovante de agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V79 – Discussão pela equipe e o usuário sobre o atendimento realizado e seus desfechos em outro serviço de saúde.

Figura 11. Plano Fatorial das variáveis relacionadas à integração das ações e serviços de saúde para o controle da TB nas PVHA – dimensão “coordenação”.

Por meio da análise do plano fatorial (Figura 11), verificou-se que o SAE A localiza-se mais distante dos demais (Quadrante 2) e teve associação com a ausência de auxílio para agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; pouca informação sobre agendamento de consulta de retorno, encaminhamento para atendimento em outros serviços de saúde; disponibilidade regular de resultados impressos de exames; regularidade na discussão entre equipe e usuário sobre atendimentos realizados em outros serviços de saúde; e utilização de UAB na área de abrangência variando de quase nunca e quase sempre.

O SAE B (Quadrante 3) associou-se à não utilização do Pronto Atendimento; baixo oferecimento de comprovante de agendamento de consulta de retorno; utilização regular das UAB da área de abrangência; encaminhamento para atendimento em outros serviços polarizado em regular e quase sempre; auxílio para agendamento de

atendimento em outros serviços variando de quase nunca à quase sempre; e discussão de condutas de atendimento em outros serviços de saúde quase sempre realizada.

O SAE C (Quadrante 4) foi associado à não utilização das UAB e pouca utilização de PA por parte dos usuários da área de abrangência; elevada realização de anotações no prontuário durante as consultas, bem como de oferecimento de informações sobre agendamento de consulta de retorno; elevado encaminhamento para atendimento com outros profissionais em outros serviços de saúde e auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde, bem como, oferta de comprovante de agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; e realização de discussão pela equipe e o usuário sobre o atendimento realizado em outro serviço de saúde e seus desfechos.

O SAE D (Quadrante 1) associou-se à não realização de leitura do prontuário pelos profissionais durante a consulta, e ausência de informações e comprovante de agendamento de consultas em outros serviços de saúde; não realização de discussões com os usuários sobre atendimentos em outros serviços e seus desfechos; uma polarização no que diz respeito à disponibilização de exames, sendo classificada como nunca ou sempre; e utilização de PA regularmente ou sempre pelos usuários da região de abrangência.

Análise do perfil sociodemográfico das PVHA e os SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto

De forma complementar e visando compreender possíveis associações entre o perfil sociodemográfico dos usuários e os respectivos SAE de atendimento, foi realizada AFCM entre as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade ocupação e classificação econômica; e os SAE “A”, “B”, “C” e “D” (Figura 12).

Figura 12. Plano Fatorial das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico das PVHA segundo SAE.

Através da análise do plano (Figura 12) nota-se que há uma aproximação entre os SAE e uma concentração dos mesmos na origem do mapa, ou seja, uma regularidade na distribuição das associações, evidenciando, que não há diferença significativa entre os perfis sociodemográficos dos SAE considerados.

Discussão

Perfil sociodemográfico e clínico das PVHA em acompanhamento pelos SAE do município de Ribeirão Preto

É certo que a associação entre a infecção pelo HIV e a TB elevam a probabilidade de morte dos indivíduos acometidos e influenciam drasticamente o controle de ambas as patologias (LAGUARDIA & MERCHAN-HAMANN, 2003; AERTS & JOBIM, 2004). Nesse contexto, em se tratando do controle da TB nas PVHA, reconhecer as características sociodemográficas e clínicas destes indivíduos é fundamental para reforçar a capacidade de resposta de ambos os programas de controle, PCT e HIV/aids, frente à sobreposição das duas infecções, planejar o cuidado com enfoque na prevenção e detecção precoce da coinfeção TB/HIV e favorecer o manejo oportuno das condições.

De acordo com os resultados deste estudo, o perfil sociodemográfico encontrado entre os entrevistados condiz com outras pesquisas realizadas que apontam o acometimento de indivíduos do sexo feminino, em idade produtiva e reprodutiva, com baixa renda e escolaridade (GUSTAFSON, 2007; IGNOTTI, 2007; CALIARI & FIGUEIREDO, 2007; CRUZ, 2008; SANTO, 2009; ZOCHE & SILVA, 2009).

Ao longo dos anos, no país como um todo, o perfil dos indivíduos com HIV/aids passou por mudanças marcadas pelo processo de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização da epidemia (BRITO, 2000). Sendo assim, os resultados referentes ao perfil dos entrevistados mantêm coerência com a tendência verificada no Brasil e em Ribeirão Preto (ANDRADE, 2014).

O aumento do número de casos entre mulheres está presente principalmente entre as que mantêm um tipo de união estável, na qual, em diversas situações, se pode notar a imposição de subordinação da mulher ao parceiro, como por exemplo quanto ao questionamento sobre a fidelidade ou mesmo na renúncia a relações que as coloquem em risco, destacando a dificuldade de negociação do uso do preservativo. (GRANGEIRO et al., 2010; BARBOSA, 2005; SANTOS et al., 2007; VELOSO, 2008; AYRES, 2007; BOGALE, 2010; GERMAN et al., 2012; MONTEIRO, 2009; OLIVEIRA et al., 2009; SADDIQ, 2010; JACUBOWSKI, 2008; REIS & GIR, 2009; MACKLIN, 2003). Nota-se, portanto, influências socioculturais significativas nesse aspecto que se configuram como importantes desafios para as ações preventivas, uma vez que, a mulher se torna mais vulnerável à infecção pelo HIV. É importante salientar,

por sua vez, que a frequência de acometimento entre solteiros foi próxima àqueles em união estável. Merece destaque o fato de que, independente do estado civil, tem-se observado o baixo uso do preservativo tanto nas relações sem compromisso social quanto nas conjugais (ANDRANDE, 2014). Situação esta que reflete na elaboração e disseminação das estratégias de prevenção da infecção, ou seja, é importante considerar este perfil comportamental dos indivíduos como subsídio para a realização de campanhas educativas e de conscientização da transmissão do vírus que sejam realmente significativas.

Por outro lado, há que se considerar o maior acesso aos serviços de saúde por parte das mulheres, fato que pode se relacionar à cultura de preocupação e cuidado com a saúde que está mais presente no universo feminino em detrimento aos homens, prazos trabalhistas mais extensos para afastamento, por exemplo nos casos de parturição. Seguindo esta lógica as mulheres buscam mais por atendimento, tendo mais oportunidades dentro da rede de atenção à saúde (REDONDO-SENDINO, 2006). Sendo assim, e considerando que a abordagem aos indivíduos foi realizada nas unidades de saúde da rede de atenção do município, a probabilidade de terem sido realizadas mais entrevistas com mulheres do que com homens vivendo com HIV/aids pode ter resultado na maior prevalência deste gênero sexual dentre a amostra considerada.

Quanto à faixa etária, observou-se maior frequência de indivíduos entre 30 e 49 anos, o que condiz com os 30 anos da epidemia de HIV/aids no país. Diante da melhoria das condições de vida e saúde decorrentes do acesso favorável à TARV e êxitos obtidos com este tratamento, destacando a diminuição da vulnerabilidade e do adoecimento por doenças oportunistas, configurou-se, ao longo dos anos, um perfil crônico da epidemia, o qual tem possibilitado maior sobrevivência dos indivíduos infectados pelo HIV (SILVA, 2010 et al; MENDES, 2009; TOLEDO et al., 2010). No entanto, destaca-se que o maior acometimento se dá entre pessoas em idade produtiva e reprodutiva, o que pode influenciar na vida pessoal das mesmas, no convívio familiar e ainda na sociedade (CHEADE, 2009). A população com menor nível de escolaridade e condições socioeconômicas regulares é a mais acometida, tanto para os casos de HIV/aids quanto para os de TB (SANTOS NETO, 2012; LEMOS; FEIJÃO; GALVÃO, 2013). A baixa escolaridade dos indivíduos exerce papel importante na incorporação de ações de saúde, preventivas e de autocuidado, na rotina diária de vida da pessoa, tendo em vista que há uma maior dificuldade de compreensão das orientações dadas sobre a doença e o

tratamento. Dessa forma, os indivíduos tendem a possuir menor grau de percepção da doença (FERREIRA, 2005). Nesse sentido, a educação configura-se como uma forma de enfrentamento da epidemia de aids, visto que existe relação entre baixa escolaridade e o risco aumentado de infecção (NEVES et al., 2012). Deve-se, no entanto, extrapolar a noção informativa, estando atrelada à possibilidade de modificação comportamental, grande problemática no que tange às práticas sexuais seguras.

A escolaridade pode ser utilizada, ainda, como uma variável indireta na situação socioeconômica (CASTRIGHINI, 2014). O aumento da epidemia em pessoas de baixa escolaridade pode refletir na pauperização da epidemia (BRASIL, 2013), associando-a a desigualdade social (DOURADO, 2006). Estudos apontam que a relação entre HIV/aids e pobreza é complexa e, em certos contextos, populações com melhor nível econômico possuem maior prevalência do HIV, portanto, a “pauperização” não está relacionada aos indicadores clássicos de pobreza, mas às diferenças sociais e aos bolsões de pobreza característicos dos grandes centros urbanos (GRANEIRO, 1994; SZWARCOWALD, 2000; BASTOS et al., 2000). Dentre os entrevistados, observou-se que a maioria tinha uma fonte de renda, sendo por meio de trabalho informal, autônomo ou emprego registrado. Aliado a isso, o maior acometimento foi entre as pessoas da classe econômica C, em ascensão quanto aos padrões de consumo no Brasil. Tais resultados alertam para uma contradição verificada entre o predomínio de indivíduos com baixa escolaridade e o predomínio da classe econômica C, resultante do desenvolvimento capitalista desigual e expansão da globalização (GRECO, 2006). Deste modo, há que se pensar sobre os impactos e repercussões da patologia na vida destes indivíduos e vislumbrar quais são os desafios que cabem ao setor saúde para a produção de respostas assistenciais compatíveis, principalmente quando se consideram as projeções desta classe econômica C no desenvolvimento social e econômico do país.

No que diz respeito ao perfil clínico dos entrevistados, com relação à presença de sinais e sintomas de TB, a maioria referiu não perceber com frequência alguns dos principais sintomas: febre, perda de apetite, emagrecimento e suores noturnos. Perceberam com certa regularidade a tosse e com maior intensidade a fraqueza/cansaço/desânimo. A pouca percepção dos sinais e sintomas da doença pelos indivíduos pode estar relacionada à falta de informação com relação à doença e suas manifestações. Assim, o usuário pode considerar aspectos rotineiros do cotidiano de vida/trabalho dos mesmos, como causas dos sintomas vivenciados. Por exemplo, a tosse

regularmente observada pelos entrevistados, pode ser relacionada ao hábito de fumar ou a doenças sazonais recorrentes; assim como o cansaço pode estar atrelado ao ritmo de trabalho e estresse. Este conjunto de possibilidades influencia na suspeita clínica da infecção por TB, e conseqüentemente no diagnóstico da mesma. Uma vez que o usuário acredita que os sintomas estão atrelados à outras circunstância podem, durante a consulta, não fazer referência aos mesmo, ou até não mencioná-los. Para Campos (2012) fatores conflitantes para os profissionais inerentes à percepção da infecção diante de sinais presuntivos de TB acabam desviando o foco dos profissionais de saúde no cotidiano do trabalho, o que faz, muitas vezes, o usuário ser submetido a outros procedimentos, exames e medicamentos que nada contribuem para a identificação e cura da doença. A inespecificidade sintomatológica da TB em indivíduos com aids é um aspecto dificultados da suspeição da infecção por TB, tanto por parte dos indivíduos quanto dos profissionais de saúde (WYSOCKI et al., 2013).

A baixa existência de sinais e sintoma de TB na população considerada, mesmo diante da conhecida vulnerabilidade das PVHA à infecção pelo bacilo da TB, pode relacionar-se aos benefícios imunológicos decorrentes do uso da TARV. Estudos mostram associação entre baixa contagem de linfócitos CD4 e maior probabilidade de desenvolvimento de outras doenças oportunistas e apresentações atípicas da TB, que são mais frequentes em fases avançadas de imunodeficiência e podem dificultar o diagnóstico de tuberculose e retardar o tratamento dessa doença (WHALEN et al., 2002). Por sua vez, a TARV contribuiu, na modificação desta situação, particularmente, pela redução das mortes por doenças oportunistas (MOCROFT et al., 2002). Alguns autores relataram significativa redução na mortalidade de indivíduos com TB/HIV quando comparados o período pré e pós TARV (AKKSILP, 2007; SANGUANWONGSE, 2008). Em contrapartida, o atraso no início da TARV pode implicar em elevado risco de progressão ativa da doença, ou favorecer a infecção latente em caso de contato prévio com o *Mtb*. (BREEN, 2006b; OLIVEIRA, 2011). Nesse âmbito, estudos reforçam que a não adesão à TARV pode causar imunossupressão aos indivíduos com HIV/aids e conseqüentemente aumentar o risco do desenvolvimento de TB, elevando também o índice de mortalidade dessa população (JAMAL; MOHERDAUI, 2007; LEMOS et al., 2008; SANTOS; BECK, 2009; NEVES et al., 2010). Este cenário exige a necessidade de intensificação de diagnóstico, tratamento e

acompanhamento desses pacientes, tendo em vista que estão mais propensos à infecção devido ao comprometimento do sistema imunológico.

Considerando esse quadro epidemiológico e sanitário, o MS preconiza a realização da quimioprofilaxia para tratamento da infecção latente por TB, uma vez que a quimioprofilaxia ocupa importância no que diz respeito à proteção individual de pessoas vulneráveis à TB doença, isto é, evita que infectados pelo *Mtb* passem para a condição de doentes (SANTANNA, 2007). Os achados mostraram a realização da quimioprofilaxia entre os indivíduos com a infecção latente por TB prévia, no entanto, não foi observado a realização do TS, o qual se caracteriza pela observação e monitorização da ingesta medicamentosa por parte de profissionais de saúde da equipe (VENDRAMINI et al., 2005).

Segundo Ribeiro, Lima e Loureiro (2009) um dos principais desafios do tratamento nessa população é a não adesão ou o abandono ao tratamento da TB. Santos (2009) aponta como dificuldades encontradas pelos indivíduos com TB/HIV para adesão ao tratamento os efeitos colaterais da medicação, o alcoolismo, a toxicodependência, a falta de vínculo com os profissionais de saúde e a não realização do TS. Estudo realizado em Belém do Pará mostra que entre os coinfectados TB/HIV existe maior probabilidade de abandono do tratamento devido às interações medicamentosas e reações adversas, que são potencializadas pela associação de tuberculostáticos e antirretrovirais (RODRIGUES et al., 2010), fortalecendo a importância da realização do TS por meio do vínculo com a equipe com vistas ao aumento da adesão e diminuição do abandono de ambos os tratamentos.

É importante ressaltar que apesar de ser preconizado o seguimento do indivíduo coinfectado por TB/HIV pelos SAE, no intuito de garantir um cuidado integral, no município do estudo, como os programas de controle atuam em conjunto, a equipe do PCT é responsável pela quimioprofilaxia e pelo TS. Diante disso, questionamentos surgem em relação ao fluxo de informação entre as equipes. Nota-se que, muitas vezes, que as informações ficam restritas às anotações das condutas nas planilhas do TS. Ou seja, não há compartilhamento entre profissionais e equipes dos programas para planejamento conjunto do cuidado. Dessa forma, a fragmentação da assistência é favorecida em detrimento do cuidado contínuo e integral almejado. Sabe-se que na unidade de saúde onde se insere o SAE A são realizadas reuniões conjuntas de equipe

para discussão dos casos comuns, no entanto, o mesmo não é observado nas demais unidades de saúde.

Sumarizando, as características e especificidades clínicas, sociais, demográficas e clínicas observadas no estudo mostraram a complexidade que envolve a assistência às PVHA. Por isso, faz-se necessário conhecer as reais necessidades da população, a fim de realizar com critério e maior frequência a vigilância em saúde com enfoque no controle da TB naqueles casos considerados mais vulneráveis principalmente quanto às questões sociais e clínicas. Aliado a isso, observou-se que o aumento da TB nas PVHA impõe sobrecarga aos serviços de saúde expondo as deficiências que existem nos programas de controle de ambas infecções, e apresenta desafios aos profissionais da saúde na definição do diagnóstico precoce, na avaliação e no tratamento oportuno, devido às modificações da TB nesses pacientes, desde sua sintomatologia e evolução clínica até a resposta ao tratamento preconizado (REID, 2006; CHEADE, 2009). Um desafio ainda maior refere-se a integração entre as equipes e ao processo de cuidado interdisciplinar e integral, para além do enfoque biologicista, coerente com as necessidades reconhecidas e atreladas a ambas condições, TB e HIV/aids.

Oferta das ações e serviços de saúde pelos SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto

A literatura tem mostrado que o conhecimento das características demográficas, socioeconômicas e clínicas são de extrema importância no processo de diagnóstico das doenças, uma vez que tais características podem interferir na busca pelo serviço de saúde ao início dos sintomas da doença ou na interpretação dos mesmos pela equipe de saúde nos casos que já se encontram em seguimento pelos serviços, podendo acarretar no retardo do diagnóstico e maior disseminação da infecção (HUONG, 2007; LACROIX et al., 2008; MAHENDRADHATA et al., 2008; MESFIN, 2009; RINTISWATI, 2009; SENDAGIRE et al., 2010; AHMAD, 2011; AYISI, 2011).

Sendo assim, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças são consideradas como um conjunto heterogêneo de estratégias a serem pautadas neste conhecimento do perfil socioeconômico e epidemiológico de determinada população para qual se voltará determinada política de atenção coerente com as necessidades encontradas. Devem, então, ser utilizadas na implementação de modelos de atenção à saúde baseados na integralidade do cuidado (MENDES, 2012).

No âmbito da integralidade do cuidado, um dos eixos conceituais utilizados no presente estudo relaciona-se à oferta de ações e serviços de saúde para a prevenção e diagnóstico da TB nas PVHA, por meio da dimensão “elenco de serviços” (STARFIELD, 2002).

É importante destacar que a oferta de serviços e os resultados do uso destes serviços estão intimamente interligados ao acesso dos indivíduos à tais ações, serviços e produtos (PEREIRA, 2011). Para os autores Travassos e Martins (2004) acesso indica o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, predominando, então, a compreensão de que este se relaciona à oferta de ações e serviços de saúde, os quais devem estar em acordo com as demandas e necessidades identificadas na população alvo do cuidado.

Seguindo esta lógica, nota-se que os achados do presente estudo apontaram para uma oferta regular de ações e serviços voltados ao controle da TB nas PVHA.

Ficou evidente o direcionamento da oferta por parte das equipes dos SAE do município à estabilização do HIV/aids nos indivíduos em acompanhamento, com o predomínio de atividades clínico-biológicas. Nesse sentido, justifica-se a avaliação satisfatória dos entrevistados com relação à oferta de insumos voltados para o manejo do HIV/aids, destacando-se os exames de sangue (CD4 e carga viral) e medicamentos da TARV. Esta situação pode relacionar-se ao tempo de epidemia da aids e à consolidação das estratégias de manejo e controle da mesma, desvelando o empenho programático na manutenção de uma adequada abordagem clínica das PVHA em acompanhamento. É imprescindível destacar o importante papel desempenhado pela sociedade civil brasileira na conquista das políticas públicas de saúde para a assistência ao HIV/aids, o qual contribui significativamente para o acesso universal e gratuito à TARV, implantado no Brasil desde 1996, o que causou um impacto relevante na morbimortalidade por aids no país (FAZITO-REZENDE, 2010), com aumento da sobrevivência de PVHA (CHEQUER, 1992, MARINS, 2003, MATIDA et al., 2008).

No âmbito desta questão, apesar de identificadas lacunas nas atuações que remetem ao cuidado integral do usuário, uma vez que a oferta de ações e serviços restringiu-se ao enfoque clínico e medicamentoso do agravo, ressalta-se que o uso regular da TARV, torna-se um importante fator protetor contra o desenvolvimento da TB nesta população (SANTORO-LOPES, 2002). Estudos demonstram que o uso da TARV pode prevenir mortes entre coinfectados TB/HIV (KARIM et al., 2010;

MARUZA et al., 2012), desta forma, seu uso deve ser implementado o mais rápido possível (OMS, 2009).

No entanto, é importante enfatizar que o manejo isolado da terapia não garante a efetiva prevenção da coinfeção TB/HIV. Há que se pensar ainda, no cuidado de forma integral, considerando-se as possibilidades de infecção pelo bacilo relacionadas ao estilo de vida, condições socioeconômicas e vulnerabilidade ao contágio; abrangendo ações educativas com relação à prevenção, transmissão, manifestação de sinais e sintomas e importância do diagnóstico precoce e manejo adequado da TB, bem como, em estratégias de trabalho em equipe que reforcem a necessidade de suspeição da infecção pela TB nestes indivíduos.

Com relação aos exames diagnósticos para TB (Raio X, Prova Tuberculínica e Baciloscopia de escarro), os achados desvelaram uma oferta regular e insatisfatória, apesar de reconhecida a vulnerabilidade das PVHA em infectar e desenvolver a doença. A infecção pelo HIV não só tem contribuído para um crescente número de casos de TB como também tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade dos pacientes coinfectados (SILVA; GONÇALVES, 2009).

O diagnóstico precoce da TB em pacientes infectados por HIV e o início de seu tratamento interrompe a evolução da doença, o que predispõe a melhora no estado clínico, com repercussões positivas no prognóstico (GODFREY-FAUSSETT, 2002; CHEADE, 2009). Ainda assim, os resultados apontam para o fato de que há uma baixa suspeição por parte dos profissionais de saúde que acompanham os casos com relação a esta comorbidade. Estes resultados refletem o despreparo dos profissionais para identificar a doença, apontado pela literatura como um importante aspecto relacionado ao retardo no diagnóstico da TB (WANG, 2007; CHANG; ESTERMAN, 2007; WAHYUNI, 2007).

A solicitação insatisfatória destes insumos pode também estar relacionada aos indivíduos, os quais não estão aptos a reconhecer os sinais e sintomas da doença não os relatando durante as consultas de seguimento, bem como, aos profissionais de saúde, que se encontram limitados no que diz respeito à compressão da integralidade do sujeito, desconsiderando a possibilidade de existência de outras comorbidades atreladas ao HIV/aids, como a infecção por TB.

Outro aspecto que pode influenciar na conduta profissional é a inespecificidade dos sinais e sintomas da doença. Para Santos e Beck (2009), em indivíduos com

HIV/aids o diagnóstico da TB é dificultado por apresentar achados radiográficos atípicos, cultura de escarro negativa e maior índice de TB extrapulmonar; ambas patologias possuem uma interação que dificulta o diagnóstico. Os pacientes com TB associada ao HIV têm menos bacilos no escarro, sendo a maioria dos casos diagnosticados com base em indicadores clínicos e radiológicos (SIDIQI, 2003). Nas fases mais avançadas da imunodeficiência causada pelo HIV, tanto as formas extrapulmonares como a forma disseminada de TB ocorrem mais frequentemente, representando um desafio diagnóstico em decorrência da inespecificidade dos sinais e sintomas (WANG, 2007).

Estudos mostram que a causa no atraso do diagnóstico da TB pode estar relacionada ainda, além dos indivíduos e dos profissionais, aos serviços de saúde (MACQ, 2004; MFINAGA, 2008; ZERBINI et al., 2008; WY SOCKI et al., 2011; BERALDO et al., 2012; PONCE et al., 2012; SILVA-SOBRINHO et al., 2012). Em Ribeirão Preto, no período de coleta dos dados, o aparelho de Raio X estava disponível em apenas uma unidade de PA do município. Ou seja, a solicitação deste exame diagnóstico pode ter sido influenciada por esta fragilidade, uma vez que havia falhas na estrutura física e organização do sistema para disponibilização de recursos que viabilizassem a realização deste exame. Neste contexto, destaca-se que o SAE C, o qual esta inserido em um centro de saúde acoplado à unidade de PA detentora do aparelho, foi favorecido em detrimento aos demais no que tange à disponibilidade deste insumo. No entanto, notou-se paridade deste serviço com os SAE B e D na frequência de oferta do exame de Raio X diante dos sinais e sintomas da TB.

Ainda referente aos aspectos organizacionais e estruturais dos serviços, todos os SAE do município apresentaram baixa solicitação da Baciloscopia de escarro, tal fato pode estar relacionado à restrição de recursos humanos no laboratório de análises clínicas para realizar a análise das laminais pela qual o sistema de saúde passava no momento da coleta dos dados. Ou seja, os profissionais podem ter sido influenciados a solicitar menos o exame em decorrência da sobrecarga laboratorial para devolução dos resultados.

Estudo realizado em três capitais, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador, mostrou que a baixa solicitação de baciloscopias também foi um resultado que chamou atenção (CAMPOS, 2012), principalmente pelo fato do exame ser de baixo custo e determinante para o diagnóstico dos casos pulmonares de TB. Corroborando com os

achados, outro estudo realizado em São José do Rio Preto/SP encontrou, em relação aos exames diagnósticos solicitados, que, mesmo que preconizado pela OMS (WHO, 2004) como método principal para a descoberta de casos de TB e embora todos os serviços de saúde possam solicitar e realizar a baciloscopia de escarro, este exame ainda é pouco priorizado pelas equipes de saúde (WYSOCKI, 2014).

Com relação à Prova Tuberculínica, sabe-se que esta é preconizada pelo MS a ser realizada ao menos 1 vez por ano nas PVHA com intuito de investigar possível infecção pelo bacilo, e favorecer o diagnóstico precoce dos casos de doença latente ou ativa (BRASIL, 2013). Trata-se de uma medida de controle da TB nesta população, uma vez que, favorece o diagnóstico da infecção latente ou ativa, e os tratamentos específicos para cada uma destas situações. A prevenção da TB ativa em pessoas infectadas pelo HIV deve ser realizada em conjunto com o tratamento do HIV, através da instituição precoce da TARV e do diagnóstico e tratamento (quimioprofilaxia) da infecção latente pelo bacilo da TB com Isonizida (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

No entanto, neste estudo, observou-se que a realização da PT foi classificada de forma regular pelos entrevistados. Seguindo esta tendência, a OMS traz que, mesmo com o conhecimento da importância da interação entre as duas endemias, em 2009, somente cerca de 25% das PVHA atendidas em serviços de saúde especializados realizaram triagem para TB (OMS, 2011).

Neste caso, essa baixa realização investigativa, pode ter influenciado na solicitação dos exames confirmatórios para o diagnóstico da TB pulmonar (Raio X e BK), também classificados como regular e insatisfatório pelos respondentes. A carência de profissionais treinados para leitura do exame no município também pode ter relação com a baixa realização da PT pelos serviços. Reitera-se que os profissionais treinados para execução deste exame fazem parte das equipes dos PCT, reforçando a necessidade de integração e articulação das ações programáticas para controle da TB entre ambos os programas de controle, SAE e PCT.

Ainda no âmbito desta questão, ressalta-se que, devido a importante interação destas doenças, o PNCT recomenda que o teste para HIV seja realizado logo que a TB seja diagnosticada e/ou até as duas primeiras semanas de tratamento (BRASIL, 2006, 2011a).

Pensando na prevenção da transmissão da TB dentre as PVHA, a disponibilização da máscara facial para uso dos indivíduos, apesar de não ser uma preconização

registrada nos manuais e protocolos de atendimento às PVHA, é uma medida considerada como importante e recomendada no sentido de evitar o contágio e a transmissão do bacilo da TB. Considerando-se que no município do estudo os SAE A, B, C e D atendem tanto PVHA quanto pacientes de TB, o compartilhamento da mesma estrutura física da unidade de saúde para atendimento de ambas as infecções pode favorecer o contato entre os indivíduos, por exemplo, na sala de espera. Neste sentido, a utilização da máscara facial seria viável como intervenção preventiva para os casos de HIV/aids imunologicamente comprometidos, os quais teriam risco de contágio ainda mais elevado. Oliveira (2011) traz que o comprometimento no nível de CD4 sanguíneo dos indivíduos com HIV/aids é um forte determinante para a infecção e desenvolvimento de comorbidades, com destaque para a TB, e maior causa de morte por doenças associadas ao HIV/aids. No entanto, observou-se que a oferta da máscara foi insatisfatória na rotina dos serviços, o que pode estar relacionado à falta do insumo nos ambulatorios, mas também ao baixo reconhecimento da eficácia do uso da mesma como estratégia programática de prevenção por parte dos profissionais de saúde.

A oferta de medicamentos para prevenir doenças oportunistas também foi classificada como insatisfatória. Os entrevistados relatam apenas o uso do *Bactrim* de forma assistemática. É importante ressaltar que há a provisão dos medicamentos na rede, e observou-se nos prontuários a prescrição dos mesmos pelos infectologistas. Sendo assim, pode-se pensar em um viés de compreensão do entrevistado com relação à forma com que foi questionado pelo entrevistador, ou até mesmo, à incompreensão deles quanto ao uso destes medicamentos como sendo parte do referido “coquetel” que compõe a TARV e não como relacionados ao tratamento com intuito de atingir outras situações relativas ao quadro.

Já a oferta insatisfatória da Isoniazida para prevenção da TB, pode estar relacionada à baixa realização da PT pelos SAE do município, ou ainda à ausência da infecção. Em nível nacional, segundo Barreto, ainda não foi possível fazer uma avaliação sobre em que medida a oferta de Isoniazida está sendo implantada e sobre seus impactos no controle da TB, nas taxas de finalização do tratamento e na ocorrência de eventos adversos, porque esta foi implementada apenas em 2009 (BARRETO, 2011). Contudo, o MS recomenda o tratamento da infecção latente da TB com Isoniazida em adolescentes e adultos (BRASIL, 2013).

No que diz respeito à investigação da TB nas PVHA, no que tange aos questionamentos, notou-se conduções insatisfatórias e regulares desempenhadas pelos SAE considerados, o que pode evidenciar a importância pouco significativa empregada à doença no planejamento programático do cuidado dispendido às PVHA. Tal situação pode estar relacionada à formação acadêmica biologicista e centrada em uma única patologia, à ausência ou pouca evidência do emprego de estratégias que privilegiem a abordagem de novos conhecimentos e recomendações por meio da educação permanente dos profissionais em atuação nos SAE, e ainda, ao aspecto negligenciável imposto à TB, até mesmo em um contexto de vulnerabilidade extremo ao desenvolvimento da doença que é o das PVHA.

Percebe-se, assim, uma lacuna nas atuações que remetem ao cuidado integral do indivíduo. A assistência ainda está centrada nas questões específicas ao HIV/aids, envolvendo a estabilização da doença no indivíduo e prevenindo o alastramento do vírus, porém com pouca abordagem às possíveis comorbidades e demais aspectos que vão além da questão clínico-biológica. Mendes (2012) ressalta que o conceito de doença não pode excluir outras condições que não seja a causa principal. No caso do HIV/aids, vê-se que, diante dos atendimentos centralizados nos determinantes biológicos da replicação do vírus, se perde de vista a possibilidade de reconhecer, prevenir e até mesmo manejar novos agravos.

A capacitação dos profissionais de saúde assume um papel fundamental para o controle da TB, com destaque à necessidade de inserção de treinamentos e supervisões contínuas na rotina de prática das equipes para identificar as falhas, dificuldades no processo e aprimoramento das habilidades adquiridas (Monroe et al, 2008). Porém barreiras quanto à programação desses treinamentos e a possibilidade de participação de grande parte dos profissionais de saúde os quais, muitas vezes, não podem ser liberados de seus setores pelo restrito número de recursos humanos, ainda são observadas nos cenários rotineiros de trabalho.

Camínero (2003) vai além ao relatar que o preparo do profissional deve se iniciar nas universidades e escolas médicas, por meio da implantação de ações concretas como, por exemplo, a inclusão dos guidelines do programa nacional de controle da TB no ensino das universidades, com tempo suficiente para o ensino teórico e a prática em campo, a fim de capacitar o futuro profissional a lidar com a doença e sua prevenção de modo articulado com as atividades de controle da TB.

No Brasil, o ensino da TB na graduação ainda é insatisfatório, fragmentado e desvinculado dos programas de controle da doença desenvolvidos pelo SUS. Essa fragmentação do conhecimento em saúde reflete o modelo formador dos recursos humanos da saúde, fundamentado no paradigma biologicista, hospitalocêntrico, centrado na visão essencialmente biológica e reducionista da doença, considerando o indivíduo apenas em sua dimensão anátomo-clínica, desarticulada com as reais necessidades de saúde (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Para a superação deste obstáculo, Mendes (2002) defende a idéia da necessidade de, num primeiro momento, adequar os cursos de graduação e pós-graduação de medicina e enfermagem através da aplicação de alguns princípios reorientadores como o envolvimento dos alunos em situações de prática de saúde desde o início e ao longo de todo o curso, a integração ensino-serviço-pesquisa e o desenvolvimento do estudo baseado na problematização e investir na educação permanente dos profissionais que já estão atuando.

Os programas de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina e Enfermagem constituem projetos promissores, propostos pelos Ministérios da Saúde e da Educação, como por exemplo, o Pró-Saúde, cuja perspectiva do processo de reorientação da formação antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005).

Merece destaque também, a debilidade de recursos humanos capacitados e comprometidos com as ações de controle da TB, a rotatividade e sobrecarga de trabalho que vão de encontro às limitações quanto à operacionalização das ações de controle da TB nos SAE (MONROE et al., 2008; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; QUEIROZ, 2012; SOUZA; SILVA, 2010).

No que diz respeito à oferta de orientações gerais por parte da equipe, fica novamente evidente a importância dada pela equipe às questões relacionadas especificamente ao HIV/aids. Observou-se que, na prática, as orientações ofertadas acabaram se limitando aos esclarecimentos quanto a aspectos técnicos do tratamento durante consultas realizadas: uso correto da TARV, efeitos colaterais e imunodeficiência decorrente da multiplicação do HIV. Com relação às orientações sobre TB, nota-se uma oferta regular desta ação, o que reitera o negligenciamento da

doença frente ao cuidado prestado, envolvendo aqui tanto as questões técnicas e clínicas quanto de informação e educação em saúde para com o paciente. A abordagem dos benefícios sociais foi ainda mais desfavorável, o que reforça o cuidado centrado na clínica em detrimento dos aspectos sociais e psicológicos.

Fica evidente que a equipe especializada tem focado suas ações no tratamento clínico, porém pouco explorando a dimensão do cuidar em nível mais ampliado, possivelmente em função da sobrecarga e responsabilização única (centralização) acerca do acompanhamento dos casos na rede de atenção à saúde (SANTOS & NOBREGA, 2004), além do próprio paradigma biologicista que norteia a organização das práticas de saúde.

Orientações sobre a doença pautadas na abordagem individual configuram importantes elementos para educação e empoderamento do doente para a percepção de sinais e sintomas da doença, bem como para melhorar a adesão ao tratamento e fortalecimento do vínculo entre o profissional e o indivíduo (CULQUI et al., 2010; BUREGYEYA et al., 2011; QUEIROZ et al., 2012; SOUZA; SILVA, 2010; THU, 2012). Assim, avançar em propostas de educação em saúde capazes de promover a conscientização das PVHA quanto à elevada probabilidade de infecção por TB pressupõe extrapolar questões técnicas e, de forma articulada à subjetividade e ao conhecimento dos mesmos, promover a socialização dos saberes, sensibilizando-os com relação às formas de transmissão, cuidados preventivos para a não infecção, reconhecimento de sinais e sintomas, busca dos serviços de saúde ao perceberem a necessidade de atendimento, possibilidade de identificação de contatos sintomáticos respiratórios e acompanhamento medicamentoso dos casos em seguimento coinfectados por TB latente (BUREGYEYA et al., 2011; CURTO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2009; SÁ et al., 2010).

Reconhece-se, então, a necessidade de mudança de comportamento diante das orientações, principalmente no que tange à prevenção e disseminação de ambas as patologias. Para que as estratégias de prevenção sejam realmente eficazes, tanto no que diz respeito à TB quanto ao HIV/aids, há que se considerar a necessidade de incorporação da informação com possibilidade de transformação desta em conhecimento e aplicabilidade deste no dia a dia, através de mudanças comportamentais que afastem situações de risco potencialmente vivenciadas por estas pessoas.

Considerando esta questão, urge a necessidade de incorporar mudanças curriculares ainda mais complexas, uma vez que, faz-se necessária sensibilidade por parte dos profissionais e responsabilização na verdadeira compreensão por parte dos indivíduos acerca das informações ofertadas, com intuito de exercer real influência no controle dos agravos por meio do emprego de novos hábitos.

Sobre a oferta de consultas, os resultados reforçam o cuidado centrado no profissional médico, seguido da atuação da equipe de enfermagem. Ressalta-se que alguns entrevistados referiram dúvidas com relação à consulta de enfermagem, há dificuldade no reconhecimento da consulta de enfermagem como um atendimento integrado ao acompanhamento realizado, isso porque, muitas vezes, esta se relaciona somente à aferição do peso, da pressão arterial e do agendamento de consultas de retorno.

A pouca participação do profissional enfermeiro no atendimento às PVHA é um fato questionável, pois este pode ser um profissional de referência para algumas decisões e atividades; no caso da TB, por exemplo, pode ser fundamental para a solicitação de exames, anamnese, história clínica e familiar da demanda. Estudo realizado no Reino Unido mostrou que o enfermeiro capacitado possibilita um acompanhamento mais eficaz dos casos de TB e suas famílias, diminuindo as “taxas de perda” destes pacientes ao longo do processo que envolve a detecção e tratamento da doença (BOTHAMLEY, 2001). Além disso, o profissional de enfermagem pode figurar como um elo na fragmentação que se impõe na gestão do cuidado em saúde (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Ressalta-se que a especificidade e a complexidade clínica da doença não estão sendo desconsideradas, sendo o profissional médico, juntamente com a equipe especializada, figuras essenciais para o manejo do agravo, porém, a centralização do cuidado na figura de um único profissional/equipe de saúde pode gerar uma sobrecarga assistencial, restringindo as respostas ao enfoque clínico da doença, fomentando a perpetuação de práticas fragmentadas e biologicistas, incompatíveis com a incorporação e integração de ações ampliadas que contemplem as demandas biológicas, sociais e psicológicas das PVHA.

Ainda aliada a essa questão social, a oferta de benefícios alimentares e sociais pela equipe de acompanhamento também foi classificada como insatisfatória pelos

entrevistados, o que reforça o caráter biológico da assistência em detrimento das dimensões sociais e econômicas que também constituem o indivíduo.

Os achados mostram, ainda, uma debilidade na oferta de benefícios alimentares e sociais e atendimento com o assistente social, principalmente no que diz respeito ao encaminhamento para atendimento em outro serviço. Esclarece-se que, neste aspecto, nem todos os SAE contam com a presença deste profissional na equipe, apenas os SAE A, D e B, os quais, porém, não dispõe de tal serviço todos os dias. No momento da coleta dos dados, a unidade de saúde em que se aloja o SAE C, contava com a presença do assistente social no quadro de funcionários, no entanto, o mesmo era responsável pela cobertura das demais especialidades atendidas no serviço e, portanto, não estava disponível para os usuários do SAE. Esta situação reflete, além de aspectos organizacionais do sistema de saúde, questões inerentes à integração entre os profissionais das diferentes equipes, bem como destes com equipes de outros serviços e/ou especialidades, questões abordadas adiante com maior profundidade. Reforça-se, mais uma vez, a fragmentação do cuidado e das relações profissionais. Há falhas gerenciais evidentes com relação ao trabalho interdisciplinar, ao suporte compartilhado e à cooperação entre os profissionais, equipes e serviços dentro da rede de atenção à saúde do município. Portanto, há que se avançar na busca de estratégias que favoreçam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com utilização de tecnologias centradas nas relações interpessoais, na viabilização de ações conjuntas objetivando a resolutividade às demandas e necessidades das PVHA (BORGES, SAMPAIO & GURGEL, 2012; PEDUZZI, 2007).

Em suma, a oferta de ações e serviços para controle da TB nas PVHA por todos os SAE do município foi considerada regular, reforçando a necessidade de melhor planejamento da assistência de forma integral, articulação dos profissionais nas equipes e entre estas e dos serviços, além da formação profissional e educação permanente.

A vivência nos serviços durante o desenvolvimento do estudo, permitiu observar que os SAE se configuram de forma distinta no que diz respeito à estrutura física e de recursos humanos. Nota-se também que há diferenças no número de pacientes acompanhados pelos diferentes SAE, é importante ressaltar, que independente da área de abrangência, o paciente com HIV/aids tem livre acesso a outros SAE de preferência, com intuito de resguardar a privacidade e o sigilo com relação ao diagnóstico do HIV/aids, o que influencia na sobrecarga de trabalho e no planejamento e

operacionalização da assistência. Se, por um lado, omitir o status clínico e sorológico pode evitar possíveis exposições desnecessárias, por outro, corre-se o risco de prestar uma assistência parcial, duplicada, pouco resolutive e em descompasso com as reais necessidades e demandas de tais indivíduos.

Ainda em relação à assistência às PVHA, observou-se uma oferta regular de consultas de intercorrência. Salienta-se que os SAE da rede de atenção do município têm certa flexibilidade na agenda para encaixe de atendimentos em caso intercorrência, funcionam como “serviço de porta aberta” para os indivíduos que estão em seguimento, o que facilita o acesso às consultas. Pode-se inferir também, que o acompanhamento regular dos casos favorece a estabilização da infecção, culminando no baixo aparecimento de situações desfavoráveis ou de intercorrência. Nesse sentido, Cheade (2009) enfatiza que o fato de as PVHA estarem vinculadas a um serviço de referência, com acompanhamento previamente agendado para a continuidade do tratamento, possibilita-lhes acesso aos atendimentos, garantia do fornecimento de medicamentos e estímulo à adesão às terapias medicamentosas de ambas as patologias, além de retorno regular ao tratamento em caso de interrupção ou irregularidade, ou necessidade de consultas eventuais.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração quanto ao elenco de ações e serviços ofertados pelos SAE considerados no estudo, são peculiaridades inerentes à configuração de cada um dos serviços em questão. Por exemplo, o SAE A, o qual ficou diferenciado em relação aos demais, encontrava-se em período de inauguração durante a coleta dos dados, com redistribuição dos pacientes em acompanhamento, recebendo pacientes realocados de outros SAE, do antigo ambulatório central (NGA), B e E.

O SAE B teve desempenho correspondente ao encontrado por Lopes (2013) em estudo realizado nos SAE do mesmo município considerando a assistência e manejo das PVHA, ou seja, foi considerado um dos serviços mais resolutivos, uma vez que apresentou maior vínculo entre profissionais e usuários e maior potencial para trabalhar em equipe

A semelhança observada entre os SAE C e D no que diz respeito ao controle da TB nas PVHA, pode estar relacionada à melhor consciência da população em relação à TB pelo fato de que no SAE D, por exemplo, havia uma enfermeira que atuava com afinco nas questões inerentes à TB, e que, inclusive, foi posteriormente nomeada à coordenação do PCT municipal. O SAE C, pode ter destacado em decorrência da

proximidade entre as equipes do PCT e do SAE, o que pode ter gerado um viés de confusão no momento da resposta, no qual os entrevistados referem ter recebido ações do SAE quando estas foram ofertadas pelo PCT.

Integração das ações e serviços de saúde pelos SAE que compõem a rede de atenção ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto

De acordo com Ayres (2009), em relação aos eixos que norteiam a compreensão do princípio da integralidade, além do eixo das necessidades que diz respeito à resposta às demandas de atenção à saúde – abordado neste estudo através da dimensão “elenco de serviços” (STARFIELD, 2002); há ainda o eixo das articulações, que se refere à composição de saberes interdisciplinares e intersetoriais; e o eixo das interações, que se refere às interações que permeiam as práticas do cuidado – analisados através da dimensão “coordenação” (STARFIELD, 2002). Evidencia-se, nesta lógica, a relação entre o cuidado ofertado e os serviços de saúde, valorizando o trabalho em equipe e as atividades de coordenação, comunicação e gerência, definição de fluxos, regras de atendimentos e compartilhamento das informações entre os profissionais e a realização de reuniões de equipe e estratégias de planejamento e avaliação (CECILIO, 2011). Para tanto, a integração possui uma dinâmica/dimensão *vertical*, considerando a articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde dentro de uma rede assistencial, bem como uma dinâmica/dimensão *horizontal*, mediante a interlocução entre os membros de uma mesma equipe (KRINGOS, 2010)

Neste sentido, para que haja um trabalho em equipe coordenado e direcionado à integralidade das ações e serviços às PVHA, levando em consideração a interação entre os sujeitos, a organização do trabalho, a incorporação de novos saberes e práticas e a interdisciplinaridade, pressupõe-se que haja o compartilhamento de conhecimentos na elaboração de um plano de cuidados comum (NEMES, 2004; PINHEIRO, 2003), de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua e adequada às suas necessidades e expectativas (WATSON, 2004; HOFMARCHER, 2007; MARTINEZ, 2009; HARTZ, 2009).

Quando se trata do controle de uma comorbidade relacionada à uma doença base, como no caso da TB nas PVHA, surgem questões de cunho ainda mais complexo no que tange à articulação e integralidade da assistência, visto que abarca, inicialmente,

o compartilhamento do cuidado entre dois programas distintos, PCT e HIV/aids, ou seja, na dimensão horizontal da integração.

Sabe-se que as ações direcionadas ao controle da TB são de fundamental importância para a efetividade das ações programáticas voltadas para o HIV/aids. Neste sentido, Santos (2014) reforça que a interação entre os programas é de fundamental importância para o controle da coinfeção TB/HIV, mas também de cada agravo individualmente. Para tanto, a OMS e o MS recomendam a integração e o estabelecimento de ações conjuntas voltadas ao controle de ambas infecções, TB e HIV/aids. Sendo assim, os dois programas devem integrar-se por meio do estabelecimento formal de fluxos de atendimento, acompanhamento e busca dos casos de TB nas PVHA, considerando ainda a integração/articulação e retaguarda dos demais serviços do sistema de saúde (CHEADE, 2009).

Neste contexto, em relação à coordenação da assistência pelas equipes dos SAE do município analisadas no estudo, encontrou-se resultados satisfatórios quanto à realização de atividades técnicas relacionadas ao uso do prontuário e registro de queixas durante as consultas. Tais indicadores relacionam-se com a apropriação de informações para o planejamento do cuidado prestado aos indivíduos, uma vez que, para haver uma adequada coordenação assistencial, são necessários meios que auxiliem o reconhecimento, a disponibilidade e a transferência de informações (STARFIELD, 2002). No entanto, reflexões são pertinentes quanto à qualidade, compartilhamento e uso efetivo das informações contidas nos registros, uma vez que, em se tratando do cuidado integral e integrado, se configuram como ferramentas primordiais no planejamento e implementação de intervenções em saúde (LIMA & RIVERA, 2009).

A carência de mecanismos e estratégias de efetiva integração e comunicação, de regulação do acesso pelos diferentes níveis, ausência de sistemas informatizados que possibilitem a gestão destes processos e fluxos são considerados nós-críticos para uma efetiva coordenação da assistência (ALMEIDA, 2010). No município do estudo, destaca-se a presença de um sistema de informação que permite conhecer a trajetória dos usuários dentro do sistema municipal de saúde, bem como os atendimentos e procedimentos realizados (exames e vacinas). Trata-se do sistema *Hygia Web*, o qual interliga todas as unidades da rede municipal de saúde. Acredita-se que tal ferramenta poderia ser explorada no sentido de garantir um acompanhamento e avaliação sistemática dos usuários. A equipe de enfermagem, por exemplo, poderia desempenhar

um papel de suma importância no momento da pré-consulta com o intuito de identificar, através deste sistema o último comparecimento do indivíduo no serviço, bem como o percurso de utilização de outros serviços de saúde e a realização de exames, visando promover discussões com o usuário sobre os atendimentos realizados, além de minimizar a fragmentação do cuidado e a duplicidade das ações entre distintos pontos de atenção.

Os SAE em geral apresentaram uma constância quanto ao apoio diagnóstico e terapêutico no que diz respeito à realização e divulgação dos resultados de exames, porém identificou-se que tais resultados não são entregues aos indivíduos, fato este que pode dificultar a continuidade e complementaridade do cuidado em outros pontos de atenção, podendo gerar duplicidade na realização de exames e custos desnecessários (MENDES, 2012). A oferta de informações sobre o agendamento de consultas de retorno no serviço de saúde também foi tida como satisfatória, o que reforça o empenho por parte dos profissionais das equipes no que diz respeito à continuidade terapêutica do seguimento.

Destacou-se como aspecto positivo no que diz respeito à articulação com outros serviços de saúde, o encaminhamento a outros profissionais/serviços de atenção à saúde. Verificou-se também que há uma preocupação evidente dos profissionais dos SAE quanto ao agendamento e obtenção do atendimento em outros serviços de saúde, entretanto os usuários informaram que a discussão das condutas realizadas em outros serviços e/ou especialidades acontece de forma regular por parte da equipe de acompanhamento. Tal situação é desfavorável à resolutividade e continuidade da assistência, tornando-se um entrave importante a ser trabalhado com os profissionais no sentido de reforçar a importância da construção de um acompanhamento que integre diversas especialidades, intervenções e serviços de saúde, com o intuito de atender às demandas existentes.

Em relação à coordenação da assistência junto aos outros profissionais/especialidades/serviços de saúde, o fornecimento da guia de referência foi avaliado como satisfatório entre os indivíduos que já haviam sido encaminhados. Já a contra referência foi tida como *insatisfatória*, o que pode interferir na continuidade do cuidado prestado (STARFIELD, 2002), dado que, quando o usuário retorna à unidade de origem com informações sobre o seu atendimento em outro serviço, aumentam as chances de promover uma prática integral, humanizada e resolutiva. Reforça-se que,

para que o processo de atenção seja consolidado por meio de uma rede de atenção emerge a necessidade de estabelecimento de conexões regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, vislumbrando a integralidade do cuidado e a interação entre os serviços. No âmbito desta questão, tem-se como principais componentes estratégicos os processos de referencia e contra referencia, que por sua vez, necessitam ser formalizados através do registro das informações e compartilhamento das mesmas, no sentido de garantir o fluxo da informação e a continuidade do cuidado. Para Giovanella (2009), a integração de ações e serviços poderia ser favorecida se, de fato, houvesse a atuação intersetorial e a articulação adequada dos serviços da rede de atenção à saúde, tendo como precursores ímpares neste processo a regulação e os mecanismos de referencia e contra referencia.

De acordo com Borges (2012), as dificuldades vivenciadas por algumas equipes dos SAE, em se articularem de forma a oferecer uma assistência integral e a desenvolverem um trabalho que vá além da multidisciplinaridade, são uma realidade para diversos serviços. A autora reitera que estas dificuldades contribuem para a fragmentação da assistência, tornando-a insuficiente para atender a complexidade da aids, assumindo uma situação ainda mais agravante quando se associa à TB.

Como possível reflexo do modelo de atenção vigente, no qual o seguimento do HIV/aids é centralizado no SAE, ficou evidente no estudo que as PVHA não utilizam com frequência os serviços de AB, PA que compõem a rede de atenção do município. É importante salientar que o MS propõe a busca de casos novos, a realização do diagnóstico e o manejo da TB pelas equipes das UAB. Entretanto, a descentralização das ações de controle da TB para os serviços de AB, apesar de recomendado pelo MS (WYSOCKI, 2013), ainda não foi incorporada pelos serviços do município do estudo, podendo ser um dos motivos da utilização insípida destes serviços pelos entrevistados. Para que estes serviços sejam recursos complementares a serem inseridos e acionados no processo assistencial à esses sujeitos, faz-se necessário dispor de equipes capacitadas, que conheçam a área de atuação e compreendam as reais necessidades da demanda atendida, a importância do controle da TB nas PVHA no curso de desenvolvimento de ambos os agravos, bem como a retaguarda disponível para suporte no manejo integral dos casos (SILVA, 2011). Entretanto, é necessário reforçar o importante papel desempenhado pela atenção secundária na resolubilidade e integralidade do cuidado, com a ampliação do acesso a consultas e procedimentos

especializados, articulando os pontos da RAS que se encontram distantes (ERDMANN, et al., 2013). A organização de algumas práticas de saúde a partir das interações no nível secundário, com, por exemplo, no que tange ao seguimento da TB e do HIV/aids no município estudado, ressalta a contribuição no desenvolvimento de melhores práticas de seguimento e acompanhamento dos usuários no contexto local de atenção à saúde

Há que se refletir ainda, sobre a complexidade na coordenação da assistência em situações em que os usuários optam por seguimento em SAE fora da área de abrangência a que pertencem, principalmente no que se refere às condições de acesso aos serviços de saúde, mas também à articulação e fluxo de informação estabelecidos entre os serviços da rede.

Assim, para manejar condições crônicas da complexidade do HIV/aids e da TB há que se pensar em um sistema de saúde integrado, que pressupõe oferta organizada de assistência e uma rede articulada, com fluxos e percursos definidos, ordenados e compatíveis com a demanda (BRASIL, 2002). Para isto, faz-se necessária a elaboração compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os membros da equipe de referência e dos demais serviços, considerando a prática do apoio matricial e a retaguarda dos serviços de AB como uma das possíveis alternativas frente às diferentes vulnerabilidades inerentes tanto à TB quanto ao HIV/aids.

A efetiva incorporação das ações de controle da TB pelos SAE e a articulação das equipes e serviços responsáveis pelo manejo da doença nas PVHA faz parte de um processo gradual e requer o envolvimento de coordenadores de ambos os programas de controle, dos gerentes dos serviços, profissionais das equipes e demais serviços de atenção pertencentes à rede de atenção à saúde. Emerge uma necessidade ímpar na elaboração de um projeto colaborativo no qual sejam estabelecidas prioridades, estratégias de atuação, bem como atribuições e responsabilidades conforme a capacidade e envolvimento de cada equipe na coordenação do cuidado (MONROE et al., 2008). Por fim, é imprescindível que, diante da estreita relação que existe entre a infecção pelo HIV e a TB e dos resultados encontrados em nosso estudo, os serviços respondam adequadamente aos desafios que impõem a associação entre esses dois agravos, passando pela sustentabilidade das estratégias adotadas (OLIVEIRA, 2011).

De modo geral, a coordenação da assistência às PVHA foi avaliada satisfatoriamente no município do estudo, entretanto, identificou-se diferentes

desempenhos entre os SAE, tanto no cuidado prestado pela própria equipe como junto a outros profissionais/especialidades/serviços.

O SAE A, apesar de ser sede da equipe Gestora do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais, apresentou desempenho singular e aquém, em relação aos demais SAE, em se tratando da execução de intervenções específicas e inerentes à coordenação da assistência às PVHA. Esta situação pode ter ficado em maior evidência em decorrência de este serviço estar em processo de organização e estruturação e inauguração no momento da coleta de dados. O referido serviço apresentou, por exemplo, avaliações negativas no que diz respeito ao encaminhamento e auxílio de agendamento para atendimento em outros serviços, o que pode estar relacionado, por sua vez, à uma maior resolutividade da assistência prestada na própria unidade, uma vez que é perceptível no processo de atendimento o vínculo e o comprometimento de todos os profissionais da equipe com os usuários. Com relação à avaliação regular quanto à disponibilidade de resultados impressos e discussão com os indivíduos sobre condutas realizadas por outros especialistas/serviço quando estes foram encaminhados, pode-se inferir que seja em decorrência do baixo encaminhamento/articulação com outros serviços da rede observado, ou seja, considerando que os indivíduos não foram encaminhados, não há motivo para discussões acerca do atendimento recebido em outros serviços, ou da disponibilização de exames impressos, os quais se caracterizam como informações acerca das condutas realizadas e a serem consideradas em caso de novos atendimentos. A pouca utilização das UAB por parte dos entrevistados acompanhados pelo SAE A, pode ser decorrente, também, da resolutividade da assistência prestada pela equipe na própria unidade de saúde.

O SAE B é o mais antigo no que diz respeito à inauguração e atividade dentro do sistema de saúde de Ribeirão Preto. Com relação a alguns indicadores relativos à integração, obteve classificação insatisfatória e regular no que tange à utilização de PA e UAB por parte dos entrevistados seguidos pela equipe do referido serviço, fato que pode estar relacionado, por sua vez, à qualidade da assistência prestada, a qual resulta no surgimento insipiente de intercorrências que levem os indivíduos a buscar outros serviços, ou à resolução das mesmas na própria unidade de saúde. A experiência referente aos anos de inserção na rede de atenção do município pode favorecer este serviço neste sentido, ou seja, na identificação e resolução de demandas de forma autônoma. Destaca-se, nesta lógica, que o SAE B obteve classificação regular no que

diz respeito ao encaminhamento para atendimento com outros profissionais/serviços de saúde.

O SAE C, por sua vez, foi o que obteve melhor desempenho no que tange à coordenação, à medida que se considera como atributos fundamentais da mesma a articulação com outros profissionais, em grande parte das vezes especialistas, em decorrência das demandas inerentes às condições crônicas como a TB e o HIV/aids. Tal fato faz-se notar pela avaliação positiva relativa aos indicadores de encaminhamento para atendimento com outro profissional/serviço, auxílio no agendamento de consulta para atendimento em outro serviço, oferecimento de comprovante de agendamento de consulta e discussão das condutas tomadas em atendimentos realizados por outros profissionais/equipes em outros serviços de saúde. A utilização das UAB e PA foi considerada insatisfatória, o que indica uma qualidade na assistência prestada, podendo relacionar-se a pouca existência de situações de intercorrência em decorrência do seguimento e manejo adequado dos casos e/ou à resolução das mesmas pela própria equipe do SAE. Reitera-se que o SAE C está inserido em um centro de especialidades atrelado a um Centro Saúde Escola, ou seja, a presença de estudantes e docentes pode reforçar a capacidade de resposta das equipes culminando em um atendimento de maior/melhor abrangência no que tange às demandas de saúde apresentadas pelos indivíduos. O emprego de novos conceitos e práticas científicos provenientes da academia poder ser um aspecto a ser considerado também nesta questão.

É importante salientar, porém, que durante a coleta de dados observou-se que o atendimento prestado por este serviço era fragmentado, com destaque para a resistência apresentada pelo infectologista em realizar a PT anualmente, por exemplo. A divergência existente entre os resultados obtidos e as observações realizadas na prática pode estar relacionada à singularidade da percepção dos usuários, únicos atores do estudo.

O SAE D, por sua vez, apresentou uma polaridade de respostas com relação à disponibilidade de exames impressos e utilização de PA para consultas eventuais, o que pode evidenciar um atendimento baseado na equidade do cuidado, no qual as ações e serviços de saúde são distribuídos heterogeneamente de acordo com as necessidades de cada um (ESCOREL et al., 2007).

Observou-se, ainda, que foram classificados como insatisfatórios a leitura do prontuário pelos profissionais durante a consulta, pouca informação e disponibilidade de

comprovante de consulta em outros serviços de saúde e discussão de condutas realizadas em atendimentos de encaminhamento. É importante ressaltar que o SAE D opera com equipes bem articuladas, o manejo dos usuários é responsabilidade de todos os profissionais e o cuidado é discutido e planejado em conjunto. Sendo assim, a baixa classificação dos indicadores relativos à coordenação da assistência pode estar relacionada à forma de trabalho que por si só favorece a comunicação informal entre as equipes da unidade de saúde em questão. Borges (2012) traz que *“o fato de uma equipe multiprofissional compartilhar uma situação comum, com a mesma clientela e no mesmo espaço físico, não garante o direcionamento do trabalho em equipe no sentido da integralidade”*. Faz-se necessário manter uma comunicação e articulação formalizadas e concretas, capaz de conectar os processos de trabalhos na construção de um planejamento comum, compatível com as demandas dos usuários e com as possibilidades das equipes (SILVA et al., 2002; BORGES, 2012). Para a que a coordenação, aliada à oferta de ações e serviços, favoreça a integralidade do cuidado pautado nas necessidades e demandas identificadas no contexto da atenção à esses indivíduos, é preciso fortalecer o ideal de trabalho cooperativo entre os diversos profissionais dentro de uma mesma unidade, ou por meio do suporte de outros serviços e equipes de saúde.

Sabe-se que os SAE, de maneira geral no país, são norteados por diretrizes únicas, e em paralelo, por diferentes necessidades e condições inerentes a cada cenário de atuação, seja dentro de um mesmo município ou entre municípios e Estados. Os SAE estudados apresentam uma estrutura físico-funcional compatível com a preconizada nos documentos oficiais, no entanto, foram identificadas deficiências ímpares e/ou similares entre eles que refletem na forma com que é planejada e ofertada a assistência pelas equipes de cada um. A partir deste ponto de vista foi realizada a análise do perfil dos entrevistados de acordo com o SAE de acompanhamento, com o intuito de vislumbrar possíveis associações que justificassem o desempenho heterogêneo dos SAE. Porém, notou-se que o perfil sociodemográfico e clínico dos indivíduos é homogêneo, ou seja, não há evidências de que as características inerentes aos sujeitos sejam possíveis causas das diferenças observadas nos processos de trabalho, tanto para a oferta quanto para a integração, dos SAE estudados.

Pode-se destacar, entretanto, como ponto comum e limitante entre todos os SAE considerados, a existência de um modelo de atenção que tem priorizado atendimentos

individualizados, o que não favorece a interação interdisciplinar entre profissionais e equipes. Esta fragmentação do processo de trabalho foi notável em todos os SAE do estudo, principalmente relacionada à hierarquia e subordinação entre diferentes categorias profissionais, aliada à superespecialização profissional que detém conhecimentos científicos acerca de especificidades, porém não compartilha com os demais para um processo efetivo de construção do cuidado (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Apesar do reconhecimento exaustivamente encontrado na literatura científica sobre o valor das interrelações entre os profissionais e entre estes e os usuários para a organização do serviço e para responder às necessidades das pessoas que convivem com patologias crônicas (TB e HIV/aids, no caso do estudo), observou-se que há uma forte influência do modelo biomédico, o qual ainda é hegemônico, centrado na atividade médica e na execução de procedimentos distintos (BORGES, 2012).

Segundo Campos (2007), a essa forma de fragmentação decorrente da dificuldade de integração em rede – vertical e horizontal, ou seja, entre programas e/ou serviços, soma-se ainda uma antiga fragmentação típica da tradicional saúde pública brasileira, que atuava em programas focais, voltados cada um para um tipo de risco ou de enfermidade e que foi ampliada ao longo da existência do SUS.

Outro aspecto comum a ser apontado e também inerente ao modelo hegemônico pautado na assistência pontualmente curativa (GONZÁLEZ, 2010), é o caráter biologicista atribuído ao cuidado prestado, o que também interfere na articulação com outros serviços/profissionais, influenciando na qualidade da assistência e de vida da população atendida. A busca por modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (ALMEIDA, 2007). A centralização do atendimento nas questões clínico-biológicas pode representar a lógica deste modelo biomédico que ainda perdura na formação e na prática profissional (SARNA & KELLERMAN, 2010; NEMES et al., 2009).

Para González (2010), ao se considerar este contexto, as instituições de ensino superior têm como grande desafio a revisão do papel na educação dos profissionais de saúde, promovendo mudanças nos currículos dos cursos com um modelo pedagógico que permita, além da apreensão de teorias científicas, a compreensão de valores relativos à ética, humanidade e competência para lidar com a população. Mendes (2002)

traz que os profissionais formados pelas universidades são preparados para atuar no modelo convencional, com base nas especialidades e para a atenção a eventos agudos em sistemas de serviços de saúde fragmentados. Como consequência, defronta-se a precária disponibilidade de profissionais com formação generalista, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos.

Diante da complexidade que permeia os contextos, tanto do HIV/aids quanto da TB, é preciso levar em consideração a necessidade de transpor os limites disciplinares e conceituais do conhecimento científico (GONZÁLEZ, 2010). Faz-se necessário abranger, também, a educação moral, a qual se pauta nos valores culturais, sociais espirituais e humanos. A educação racional embasa o conhecimento teórico e científico que precisa ser empregado na prática clínica do cuidado, no entanto é a educação moral que direciona o agir, o emprego adequado desse arcabouço conceitual levando-se em consideração as diversas dimensões que constituem o ser humano. Para Bonfada (2012), a valorização das relações interpessoais configura um desafio importante a ser assumido pelos profissionais na prática em saúde, uma vez que, suas prerrogativas apontam para um maior vínculo e o fortalecimento das relações entre os profissionais de saúde e das interações destes com os usuários, o que acarretará mudanças no pensar/fazer saúde. Esta questão se faz ainda mais necessária quando o olhar é voltado para o fato de que a continuidade do cuidado depende em larga escala do autocuidado proferido pelo próprio usuário a partir das informações e da educação obtida e construída junto aos profissionais de saúde, com os indivíduos e/ou dentro e entre as equipes. Em conformidade com essa definição, Fleury-teixeira et al. (2008) identificam a autonomia como categoria norteadora da atuação em prevenção e promoção da saúde, e consideram esta o cerne da proposição do cuidado autonomizador, o qual visa a ampliar a capacidade dos indivíduos e coletivos para intervir sobre seus determinantes de saúde (FREITAS, 2011), colaborando na resolutividade da assistência prestada por meio da mudança comportamental atrelada à valores significativos capazes de influenciar nos hábitos individuais de saúde, prevenção, adesão e busca por cuidado.

Pensando na consolidação de um modelo assistencial pautado na integralidade e passível a responder às necessidades de patologias crônicas como a TB e o HIV/aids, a organização da rede de atenção à saúde, considerando a articulação entre os diferentes pontos, equipes e serviços, bem como a oferta de ações consoantes às necessidades dos indivíduos, é imprescindível. Para tanto há que existir uma consonância entre a

formação dos profissionais promotores do cuidado e gestores, atores chave neste processo organizacional. Quanto àqueles profissionais que já estão nos serviços de saúde, se faz necessária a prática da educação permanente planejada/programada sob a identificação dos nós críticos de naturezas diversas a serem enfrentados no processo de atenção e/ou na gestão (BRASIL, 2011c). Ressaltar a importância do estabelecimento da cooperação nas relações e trabalho é importante no sentido de instruir quanto à probabilidade de construir um melhor planejamento da assistência, valorização de relações humanas favoráveis a este processo e articulação adequada entre profissionais/equipes e saberes (CREMA, 2001).

A escassez de profissionais e a impossibilidade de dedicação exclusiva ao SAE também podem ser dificuldades enfrentadas pelas equipes para a organização do processo de trabalho e do tempo dedicado à abordagem individual das PVHA durante as consultas, podendo refletir no direcionamento de intervenções clínicas, voltadas principalmente para o manejo da doença em si. A sobrecarga de atendimentos pode influenciar também na impossibilidade de participação em atividades coletivas, para discussão de casos, por exemplo, achado este que corrobora com os resultados obtidos em estudo realizado com diferentes SAE na cidade de Recife no ano de 2012 (BORGES, 2012).

Estudo realizado por Freire (1996) através da perspectiva dos usuários de serviços de saúde encontrou que o olhar generalista e o tempo da consulta denotam a produção satisfatória do cuidado, para estes sujeitos é essencial o escutar, já que muitas dimensões se fazem presentes na condição de saúde e/ou doença. Nesse sentido, torna-se necessário repensar e resignificar o processo de formação do profissional de saúde, articulando sua relação não só com os aspectos da doença, os conhecimentos técnico-científicos e as ferramentas de gestão, mas também com a saúde, a vida, a felicidade, o afeto e a produção do cuidado fomentador de cidadania, a solidariedade e a inclusão dos atores envolvidos (LIMA et al., 2009).

Apesar da classificação satisfatória obtida pela dimensão coordenação para todos os SAE analisados, os achados do estudo desvelam lacunas importantes, incluindo também questões inerentes à oferta, na integração das ações para o controle da TB nas PVHA ligadas à ausência de relações claras entre profissionais e usuários e/ou entre profissionais, equipes e serviços distintos. Neste contexto, acentuam-se os desafios da

coordenação para a produção de um cuidado compatível com as demandas e necessidades das PVHA (STARFIELD, 2002).

Reforça-se, neste sentido, a necessidade de qualificação dos recursos humanos e elaboração de estratégias que possibilitem a otimização da cooperação na organização do processo de trabalho das equipes visando a efetiva integração entre os programas de HIV/aids e de controle da TB para a garantia da oferta sistemática e coordenação das práticas clínicas voltadas à prevenção, bem como ao manejo de ambos os agravos.

Limitações do Estudo

Como limitações deste estudo reconhece-se a possibilidade de ocorrência de viés de memória em decorrência do questionamento acerca de condutas realizadas há tempos passados, viés de compreensão, referente ao entendimento pessoal que os indivíduos puderam apresentar diante de determinadas questões subjetivas e/ou inerentes à um determinado conhecimento ou vivência, e viés de seleção em função da amostragem por conveniência, possibilitando apenas a inclusão daqueles indivíduos que compareceram ao serviço na ocasião da coleta de dados.

Ademais, a análise da oferta e da integração de ações e serviços contemplou apenas a percepção das PVHA entrevistadas, ou seja, estão impregnadas por componentes pessoais e subjetivos que envolvem a satisfação com o atendimento prestado, a compreensão daquilo que o serviço poderia/deveria ofertar, o vínculo e a dinâmica de interação com os profissionais de saúde, dentre outros (STARFIELD, 2002).

Conclusões

O presente estudo permitiu delinear o perfil de uma amostra de PVHA em acompanhamento pelos SAE do município de Ribeirão Preto. Identificou-se acometimento maior dentre o sexo feminino, faixa etária adulta, indivíduos casados/união estável e solteiros, baixa escolaridade, empregados e predomínio da classe econômica C. Tais características e especificidades sociais e demográficas expõem a complexidade que envolve a assistência às PVHA e, em contiguidade, o controle da TB nesta população.

Observou-se também, que o aumento da TB nas PVHA impõe sobrecarga aos serviços de saúde expondo as deficiências que existem nos programas de controle de ambas infecções, e apresenta desafios aos profissionais da saúde na definição do diagnóstico precoce da TB, na avaliação e no tratamento oportuno.

A oferta de ações e serviços para o controle da TB nas PVHA por todos os SAE do município foi considerada regular, reforçando a necessidade de melhor planejamento da assistência de forma integral, articulação dos profissionais nas equipes e entre estas e os demais serviços da rede, além da formação profissional e educação permanente.

Apesar da classificação satisfatória obtida pela dimensão coordenação para todos os SAE analisados, os achados do estudo desvelam lacunas importantes na integração das ações para o controle da TB nas PVHA, ligadas a ausência de relações claras entre profissionais e usuários e/ou entre profissionais, equipes e serviços distintos.

Faz-se necessário a adoção de uma postura que propicie a conexão entre os diferentes protagonistas do cuidado e que permita a construção pela equipe de um projeto assistencial comum entre os programas de TB e de HIV/aids. O desafio que se coloca é pensar a integralidade da atenção que articule a oferta de ações e serviços de saúde para o controle da TB focalizada no interior de cada processo de trabalho, com a integração entre as equipes/profissionais e os diferentes serviços.

Neste sentido, um desafio ainda maior refere-se à integração entre as equipes e ao processo de cuidado interdisciplinar e integral, para além do enfoque biologicista, coerente com as necessidades reconhecidas e atreladas à ambas condições, TB e HIV/aids. Para tanto, urge a necessidade de transformar os conceitos e práticas de saúde que orientam o processo de formação acadêmica no sentido de conceber profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas de saúde, garantindo que as intervenções dêem consonância com as singularidades de cada um.

Espera-se que os resultados apresentados contribuam com a reorientação das ações de controle da TB nas PVHA, bem como com a reestruturação da rede de atenção às PVHA por meio da incorporação de novas práticas sanitárias integrais e integradas.

Referências

AERTS, D. & JOBIM, R. The epidemiological profile of tuberculosis in southern Brasil in times of AIDS. **Int J Tuberc Lung Dis** v. 8, p. 785-791, 2004.

AHMAD, R.A.; MAHENDRADHATA, Y.; UTARINI, A.; DE VLAS, S.J. Diagnostic delay amongst tuberculosis patients in Jogjakarta Province, Indonesia is related to the quality of services in DOTS facilities. **Trop Med Int Health**, v.16, n.7, 2011

AKKSILP, S. et al. Antiretroviral Therapy during Tuberculosis Treatment and Marked Reduction in Death Rate of HIV-Infected Patients, **Thailand1 Emerging Infectious Diseases**, v. 13, n. 7, p. 1001-1007, 2007.

ALBUQUERQUE, M.F.M. et al. Fatores associados com falência terapêutica, abandono e óbito em uma coorte de pacientes com tuberculose acompanhados no Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Publica**, 2007.

ALBUQUERQUE, M.F.M. et al. Fatores de risco associados com o óbito em pacientes que iniciam o tratamento para a tuberculose após dois diferentes períodos de seguimento. **Rev. bras. epidemiol.**, 2009.

ALMEIDA, C.M.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. 1 ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2006. p. 215.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Publica**, v.26, n. 2, p.286-298, 2010.

ANDRADE, A.C.G. **Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições de clínicas, Ribeirão Preto-SP**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

ARAKAWA, et al. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. **Rev Lat Am Enfermagem**, 2001.

AYISI, J.G.; VAN'T HOOG, A.H.; AGAYA, J.A.; MCHEMBERE, W.; NYAMTHIMBA, P.O.; MUHENJE, O.; MARSTON, B.J. Care seeking and attitudes towards treatment compliance by newly enrolled tuberculosis patients in the district treatment programme in rural western Kenya: a qualitative study. **BMC Public Health**, n.29, p. 511-515, 2011.

AYRES J.R.C.M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.117-139, 2003.

AYRES, JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9 n.3, p. 583-592, 2004.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, Jan. 2009.

BARROS, et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

BOGALE, G.W.; BOER, H.; SEYDEL, E. R. Condom use among low-literate, rural females in Ethiopia: the role of vulnerability to HIV infection, condom attitude, and self-efficacy. **AIDS care**, v. 22, n. 7, p. 851-857, 2010.

BONFADA, D. José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcante 1 Dayane Pessoa de Araujo 1 Jacileide Guimarães. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, supl. 2, p.555-560, 2012.

BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A.S.; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012.

BRAGA, P. E.; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A. C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2653-2662, nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 18, p. 09-18, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7. ed. Brasília, DF, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de testagem e aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial Tuberculose**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Brasília, v. 8, n. 1, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB/HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28p. ISBN 978-85-334-1995-7

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7. ed. Brasília, DF, 2008a.

BREEN, R.A. et al. Virological response to highly active anti-retroviral therapy is unaffected by anti-tuberculosis therapy. **J Infect Dis** v. 193, p. 1437–1440, 2006b.

BRITO A. M., CASTILHO E. A., SZWARCOWALD C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 34, n 2, 2000. p. 207-217.

BRUNELLO, M. E. F.; ANDRADE, R. L. P.; MONROE, A. A. et al. Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 17, n. 10, p. S41-47, 2013.

BRUNELLO, M.E.F. **Distribuição espacial e áreas de risco para co-infecção TB/HIV no município de Ribeirão Preto – SP**. 2006. 63f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BRUNELLO, M.E.F. et al. Áreas de vulnerabilidade para a co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 556- 563, 2011.

BUREGYEYA, E.; KULANE, A.; COLEBUNDERS, R. et al. Tuberculosis knowledge, attitudes and health-seeking behavior in rural area Uganda. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 15, n. 7, p. 938-42, 2011.

CÁCERES, F.M.; OROZCO, L.C. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. **Biomédica**. v. 27, p. 498-504, 2007.

CAHN, P.; PEREZ, H.; BEN, G.; OCHOA, C. Tuberculosis and HIV: a partnership against the most vulnerable. **Journal of the International Association Physicians in AIDS Care (Chic)**. v. 2, supl. 3, p. 106-123, 2003.

CALIARI, S.J.; FIGUEIREDO, M.R. Perfil dos pacientes com tuberculose internados em hospital especializado no Brasil. **Rev Panam Infectol.**, v.9, n.4, p.34-35, 2007.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMINERO, J.A. Is the DOTS strategy sufficient to achieve tuberculosis control in low- and middle-income countries? Need for interventions in universities and medical schools. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.7, n.6, p.509-515, 2003.

Campos GWS. **Saúde e Paideia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, supl. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, H. **Análise multivariada de dados qualitativos**. Lisboa: Edições Silabo, 2004.

CASTRIGHINI, C.C. **Prevalência da coinfeção HIV/tuberculose em indivíduos residentes no município de Ribeirão Preto – SP**. USP, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CDC. Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic-United States. **MMWR**, v. 52, supl. 15, p. 329-332, 2003.

CHANG, C.; ESTERMAN, A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. [online]. **Rural and Remote Health**, v.7, p.667, 2007.

CHAN-YEUNG, M. et al. Socio- demographic and geographic indicators and distribution of tuberculosis in Hong Kong: a spatial analysis. **Int J Tuberc Lung Dis.**, v. 9, supl. 12, p. 1320-1326, 2005.

CHEQUER, P.; et al. Determinants of survival in adult Brazilian Aids patients, 1982-1989. **AIDS**, v. 6, p. 483-487, 1992.

CHEQUER, P.; MARINS, J.R.P.; POSSAS, C.; VALERO, J.D.A.; BASTOS, F.I.; HEARST, N. AIDS research in Brazil [Introduction]. **AIDS.**, v. 19, supl. 4, p. 1-3, 2005.

CLAUDIN, C. S. Acceso universal al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: resultados a seis años. **Salud Pública Méx**, v. 51, n. 1, p. 26-33, Feb. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; DENIS, J.L.; TOUATI, N.; RODRIGUEZ, R. Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. **Ruptures**, v.8, p. 38-52, 2001.

CRUZ, R.C.S.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; CAMPELO, A.R.L.; SILVA, E.J.C.; MAZZA, E.; MENEZES, R.C.; et al. Tuberculose pulmonar: associação entre extensão de lesão pulmonar residual e alteração da função pulmonar. **Rev Assoc Med Bras.**, v.54, n.5, p.406-410, 2008.

CULQUI, D. R.; MUNAYCO E, C. V.; GRIJALVA, C. G. et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional em Perú. **Arch Bronconeumol**, v. 48, n. 5, p. 150-5, 2012.

CURTO, M.; SCATENA, L.M.; ANDRADE, R.L.P.; et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, 2010.

CVE/SES-SP. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Controle da Tuberculose. TB em números, 2011. http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html. (acesso em 30/08/2012).

DERIBE, K.; WOLDEMICHAEL, K.; WONDAFRASH, M.; HAILE, A.; AMBERBIR, A. A. Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in southwest Ethiopia. **BMC Public Health**, v. 8, n. 81, p. 8-81, 2008.

DOURADO, I.; VERAS, M. A. S. M.; BARREIRA, D.; BRITO, A. M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, Supl., p. 9-17, 2006.

EDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO, L.C.. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Jan-Fev. 2013.

ERHABOR, O.; AKANI, C. I.; EYINDAH, C. E. Reproductive health options among HIV-infected persons in the low-income Niger Delta of Nigeria. *Dove Press Journal: HIV/aids – Research and Palliative Care*, v. 4, p. 29-35, Feb. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2147/HIV.S1941>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panamericana Salud Publica/ Pan Am J Public Health**, [Online] – v. 21, n. 2-3, supl. 2, 2007.

FERREIRA, A. **A AFC como método de tratamento de informação qualitativa: usos e apropriação do alojamento em Telheiras: provas de aptidão pedagógica e capacidade científica**. Lisboa: ISCTE, 1990.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, n. 5, p. 427-35, 2005.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2. p. 2115-2122, 2008.

FRANCO T.B.; MAGALHÃES JR H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS/FHEMIG. **Protocolo de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS**. 20/08/2007. Disponível em: www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos. Acesso em: 25/05/2010.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **População e estatísticas vitais - Perfil municipal.** Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>. Acesso: 20 Jul. 2012

FUNDO GLOBAL – TUBERCULOSE BRASIL. A tuberculose no mundo segundo a OMS. Notícias. 25/03/2009. Disponível em: http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_content=728. Acesso em: 16/08/10.

GARCIA, P.J.; COTRINA, A.; GOTUZZO, E.; GONZALEZ, E.; BUFFARDI, A.L. Research training needs in Peruvian national TB/HIV programs. **BMC Med Educ.**, 2010.

GARRIDO, P. B.; PAIVA, V.; NASCIMENTO, V. L. V.; SOUSA, J. B.; SANTOS, N. J. S. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 41, supl. 2, p. 72-79, 2009.

GERMAN, D.; LATKIN, C. A. Social stability and HIV risk behavior: evaluating the role of accumulated vulnerability. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 1, p. 168-178, 2012.

GIRÓN, M.J.V.; SEGURA, E.R.; SALAZAR, V.C.; VALVERDE, R.A.; SALAZAR, X.L.; CÁCERES, C.F. Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. **Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 211-217, jul./set. 2007.

GODFREY-FAUSSETT, P.; MAHER, D.; MUKADI, Y.D.; NUNN, P.; PERRIËNS, J.; RAVIGLIONE, M. How human immunodeficiency virus voluntary testing can contribute to tuberculosis control. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, p.939-945, 2002.

GOMES, A.L.D; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*, 2009.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 12, Dec. 2010.

GRECO, S et al. The current evidence on diagnostic accuracy of commercial based nucleic acid amplification tests for the diagnosis of pulmonary tuberculosis. **Thorax** v. 61, p. 783-90, 2006.

GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, pag. 229-231, 2008.

GUSTAFSON, P.; et al. Clinical Predictors for Death in HIV-positive and HIV-negative Tuberculosis Patients in Guinea-Bissau. **Infection** v. 35, p. 69-80, 2007.

HARRIES, A.; MAHER, D.; GRAHAM, S. **TB/HIV: a clinical manual**. 2 edição. World Health Organization library. Geneva, 2004.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HAVLIR, D.V.; BARNES, P.F. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. **New England Journal of Medicine**, v. 340, supl. 5, p. 367-373, 1999.

HINO, P.; CUNHA, T.N.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; SANTOS, C.B. **Padrões espaciais da tuberculose associados a um indicador adaptado de condição de vida no município de Ribeirão Preto**. In: VILLA TCS, RUFFINO-NETTO A. (org.) Tuberculose: pesquisas operacionais. Editora FUNPEC, 1ª edição, Ribeirão Preto, p.84-90, 2009.

HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.

IGNOTTI, E.; OLIVEIRA, B. F. A.; HARTWIG, S. et al. Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. **J Bras Pneumol.**, v. 33, n. 3, p. 287-294, 2007.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, supl. 1, p. 104-110, 2007.

JONG, B.C.; ISRAELSKI, D.M.; CORBETT, E.L.; SMALL, P.M. Clinical management of tuberculosis in the context of HIV infection. **Annual Review of Medicine.**, v. 55, p. 283-301, 2004.

KARIM, S. S. A. et al. Timing of initiation of antiretroviral drugs during tuberculosis therapy. **The New England journal of medicine**, v.362, n.8, p.697-706, 2010.

KRITSKI, A. L. Perfil dos pacientes portadores de *Mycobacterium* sp. **J. Pneumologia**. São Paulo. v. 29, n. 6, 2003.

LACROIX, C.; MARTIN, P.; TURCOTTE, S.; DEROCHE, S.; MAGLUILO V. The Delay in Diagnosis of Tuberculosis in the Monteregie region of Quebec, Canada. **Mcgill J Med.**, v.11, n.2, p.124-131, 2008.

LAFAIETE, et al. User satisfaction in the tuberculosis control program in a city in Rio de Janeiro, Brazil. **Rev Lat Am Enfermagem**, 2001.

LAGUARDIA, J. & MERCHAN-HAMANN, E. Risk factors for tuberculosis diseases in AIDS cases reported in Brasil, from 1980 to 2000. **Rev Esp Salud Publica** v. 77, p. 553-565, 2003.

LANOY, L.H. et al. Incidência e fatores de risco para tuberculose em pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos nos serviços públicos de saúde em Brasília, Distrito Federal. **Rev. Soc. Brasileira Med. Trop.**, 2008.

LEMO, L. A.; FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Aspectos sociais e de saúde de portadores da coinfeção HIV/tuberculose. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 364-371, 2013.

LEUNG, E.C.C.; LEUNG, C.C.; TAM, C.M. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v.13, n.3, p.221-27, 2007.

LIMA, J.C.; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Comunicação Saúde Educação**, v. 31, supl. 12, p. 329-42, 2009.

LIMA, M.; COSTA, J. A.; FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Rev. Saúde Pública**, n. 41, supl. 2, p. 6-13, 2007.

LIU, Q.; et al. Reminder systems and late patient tracers in the diagnosis and management of tuberculosis. **Cochrane Database Syst Ver**, 2008.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, n. 41, supl. 2, p. 39-46, 2011.

LOPES, L. M. **Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto - SP. 2012.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MACKLIN, R. Bioethics, vulnerability and protection. **Bioethics.**, v.17, supl. 5, p. 472-486, 2003.

MACQ, J.; SOLIS, A.; IBARRA, M.; MARTINY, P.; DUJARDIN, B. The cost of medical care and people's health-seeking behavior before being suspected of tuberculosis in three local health systems, Nicaragua. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 8, supl. 11, p. 1330-1336, 2004.

MAHENDRADHATA, Y.; SYAHRIZAL, B.M; UTARINI, A. Delayed treatment of tuberculosis patients in rural areas of Yogyakarta province, Indonesia. **BMC Public Health**, v.8, p.393, 2008.

MARUZA, M. et al. Survival of HIV-infected patients after starting tuberculosis treatment: a prospective cohort study. **The international journal of tuberculosis and lung disease**, v.16, n.5, p.618-624, 2012.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública.**, v. 20, supl. 5, p. 1411-1416, 2004.

MAURICIO, L.; et al. **Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa.** [online]. The Lancet, Maio. 2011.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana, 2012

MESFIN, M.M.; NEWELL, J.N.; WALLEY, J.D.; GESSESSEW, A.; MADELEY, R.J. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. **BMC Public Health**, v.9, n.53, 2009.

MFINANGA, S.G.; MUTAYOBA, B.; KAHWA, A.; KIMARO, G.; MTANDU, R.; NGADAYA, E.; EGWAGA, S.; KITUA, A.Y. The magnitude and factors associated

with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar ES Salaam, Tanzania. [online]. **BMC Health Services Research.**, v. 8, supl. 15, 2008.

MOCROFT, A.; BRETTE, R.; KIRK, O.; BLAXHUL, T.A.; PARKIN, J.M.; ANTUNES, F.; et al. Changes in the cause of death among HIV positive subjects across Europe: results from the EuroSIDA study. **AIDS.**, v. 16, p. 1663–1671, 2002.

MONROE, A.A; GONZALEZ, R.I.C; PALHA, P.F.; et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 262-67, 2008.

NEVES, L. A. S. et al. Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 704-710, 2012.

NEVES, L.A.; et al. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2010.

NICHIATA, L.Y.I. **Vulnerabilidade da atenção em HIV/aids na estratégia saúde da família: um estudo no município de São Paulo – Brasil**. [Tese de Livre-Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2010.

OLIVEIRA, I.B. Universal access- Obstacles to access, continuity of treatment, and gender issues at a specialized HIV/AIDS clinic in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad Saúde Pública.**, v. 25, supl. 2, p. 259-268, 2009.

OLIVEIRA, M.M.M.B. **Tuberculose em indivíduos infectados pelo HIV em Pernambuco**. UFPE, 2011. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

OLIVEIRA, S.A.C.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. et al. Serviços de Saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 361-367, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Treatment of tuberculosis: guideline for national programmes 2009. Geneva, 2009. (WHO/HTM/TB/2009. n.420).

PAIM, J. **O futuro do SUS**. Cad. Saúde Pública, v.28, n.4, p.612-613, 2012

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Instituto de Psicologia. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003.

PONCE, M.A.Z.; et al. The establishment of bonds between professional and patient in TB treatment: the performance of primary health care services in a city in the interior of São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2011.

PONCE, M.A.Z.; WYSOCKI, A.D.; SCATOLIN, B.S. et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 945-54, 2013.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas coordenadorias de saúde Norte, Oeste e Leste do município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 453-61, 2010.

QUEIROZ, E. M.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; FERREIRA, K. R.; et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, mar.-abr. 2012.

REDONDO-SENDINO, A.; GUALLAR-CASTILLÓN, P.; BANEGAS, J.R.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. **BMC Public Health**, v. 6, p. 155, 2006.

REID, A.; SCANO, F.; HAILEYESUS, G.; WILLIAMS, B.; DYE, C.; NUNN, P.; DE COCK, K.M.; HANKINS, C.; MILLER, B.; CASTRO, K.G.; RAVIGLIONE, M.C. Towards universal access to HIV prevention, treatment, care, end support: the role of tuberculosis/HIV collaboration. **Lancet Infectious**, v.6, p. 483-495, 2006.

REINERS, A.A.O.; et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2008.

REIS, R.K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 662-669, set. 2009.

RIBEIRAO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância Epidemiológica. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/aids-grafico-final.pdf>. Acesso em: 10 dez 2011.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/aids-grafico-final.pdf>. Acesso em: 10 dez 2011.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Aconselhamento em DST/aids e hepatites virais**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/i16indice.php>. Acesso em: 17 fev. 2012b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa municipal de DST/aids e Hepatites Virais**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/painel/i16indice.php> >. Acesso em: 25 fev. 2012a.

RIBEIRO, K.C.S.; LIMA, K.M.S.R.; LOUREIRO, A.D. Coinfecção HIV/tuberculose (Mal de Pott) um estudo de caso. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 83-86, 2009.

RODRIGUES, J.L.C.; FIEGENBAUM, M.; MARTINS, A.F. Prevalência da coinfecção tuberculose/HIV em pacientes do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 10, n. 3, p. 212-217, 2010.

SÁ, L.D.; OLIVEIRA, A.A. V.; SOUZA, K.M.J. et al. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **Rev enferm UFPE**, v. 4, n. 3, p. 178-86, 2010.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, nov. 2006.

SANGUANWONGSE, N. et al. Antiretroviral therapy for hiv-infected tuberculosis patients saves lives but needs to be used more frequently in Thailand. **J Acquir Immune Defic Syndr** v. 48, p. 181-189, 2008.

SANTANA, C.A. **Avaliação da taxa de dispensação de isoniazida utilizada no tratamento preventivo de tuberculose em serviço especializado em HIV/aids**. USP, 2014. Dissertação (Mestre em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SANTO, L.A.L.A.; SANTOS, P.C.H.; MOREIRA, M.E. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com tuberculose em hospital universitário da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. BEPA, **Bol. epidemiol. paul.** [online], vol.6, n.68, p. 14-21, 2009.

SANTORO-LOPES, G.; et al. Reduced risk of tuberculosis among brazilian patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with highly active antiretroviral therapy. **Brief report HIV/AIDS**, v.34, p.543-547. fev. 2002.

SANTOS NETO, M. et al. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 6, p. 2012.

SANTOS, C. O.; IRIART, J.A.B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 2896-2905, 2007.

SANTOS, J. S.; BECK, S. T. A coinfeção tuberculose e HIV: um importante desafio – Artigo de revisão. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 41, n. 3, p. 209-215, 2009.

SANTOS, J. S.; BECK, S.T. A coinfeção tuberculose e HIV: um importante desafio – Artigo de revisão. **Revista brasileira análises clínicas**, v.41, n.3, p.209-215, 2009.

SANTOS, M.A.P.S.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; XIMENES, R.A.A.; LUCENA-SILVA, N.L.C.L.; BRAGA, C.; CAMPELO, A.R.L.; et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v.5, n.25, 2005.

SANTOS, M.L. **Fatores associados à subnotificação de TB e Aids, durante os anos de 2001 a 2010, a partir do Sinan**. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2014. Dissertação (Mestre em Ciência). Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

SANTOS, M.L.S.G.; PONCE, M.A.Z.; VENDRAMINI, S.H.F.; Villa, T.C.S.; SANTOS, N.S.G.M.; WYSOCKI, A.D.; KUYUMJIAN, F.G.; GAZETTA, C.E. The epidemiological dimension of TB/HIV co-infection. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v.17, n.5, p.683-688, 2009.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico C.R.T. DST/aids**, São Paulo, v. 28, n. 1, 2011.

SARNA, A; KELLERMAN, S. **Access to antiretroviral therapy for adults and children with HIV infection in developing countries: Horizons studies, 2002-2008**. Public Health Rep, v.125 n.2, p.305-15, 2010.

SCATENA, L.M; et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2009.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.R.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Cien Saúde Colet**. v. 4, supl. 2, p. 221-242, 1999.

SENDAGIRE, I.; VAN DER LOEFF, M.S.; MUBIRU, M.; KONDE-LULE, J.; COBELENS, F. Long Delays and Missed Opportunities in Diagnosing Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis in Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study. **PLoS ONE**, v.5, n.12, p.14459, 2010.

SIDDIQUI, K.; LAMBERT, M.L.; WALLEY, J. Clinical diagnosis of smear negative pulmonary tuberculosis in low-income countries: the current evidence, **The Lancet, Infectious Diseases**. v. 3, p. 288-295, 2003.

SILVA, E.M.; ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; et al. Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 34, n.2, p. 227-239, 2010.

SILVA, S. F. R.; et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.42, n.3, 2010.

SILVA-SOBRINHO, R.A.; et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica** [online]. v. 31, n.6, p. 461-468, 2012.

SONNENBERG, P. HIV-1 recurrence, relapse, and reinfection of tuberculosis after cure: a cohort study in South African mineworkers. **The Lancet**. v. 359, p. 1690, 2002;

SOUZA, T.R.C. **Impacto psicossocial da aids enfrentando perdas: ressignificando a vida.** São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2008.

SOUZA, W.V. et al. The use of socioeconomic factors in mapping TB risk areas in city of northeastern Brazil. **Pan Am J Public Health**, v. 8, supl. 6, p. 403-410, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco. p. 725, 2002.

STORLA, D.G.; YIMER, S.; BJUNE, G.A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**, 2008.

SZWARCWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 34, supl. 2, p. 207-217, 2000.

TB-WEB. Sistema de notificação de Tuberculose do Estado de São Paulo, 2010.

TEIXEIRA, P.R. **Série Avaliação 1 - Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços públicos do Estado de São Paulo. 2006.** Disponível em <http://www.aids.gov.br/avalia1/home.htm> [28/3/2006 11:13:11]. Acesso em 18/05/10.

THU, A.; OHNMAR; WIN, H. et al. Knowledge, attitudes and practice concerning tuberculosis in a growing industrialized area in Myanmar. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 16, n. 3, p. 330-35, 2012.

TOLEDO, L. S. G., et al. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.43, n.3, p. 264-267, 2010.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS)/WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Together we will end aids, 2012. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/publications/2012/name,72588,en.asp>. Acesso em: 2 abr. 2012.

VENDRAMINI, S. H. F. **O programa de controle da tuberculose em São José do Rio Preto-S. P 1985-2004: do contexto epidemiológico à dimensão social.** 2005. 251 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VILLA, T. C. S. **Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil**. Ribeirão Preto: 2011, 82p. Relatório de pesquisa Projeto FAPESP Proc.: 2011/09469-6 (Auxílio Regular).

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J Bras Pneumol**, 2009.

WAHYUNI, C.U.; et al. Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonesia. **BMC Health Services Research**. v. 7, p. 135, 2007.

WANG, W.; JIANG, Q.; ABDULLAH, A.S.M.; XU, B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delay in diagnosis. **Eur J Public Health**, v.17, n.5, p.419–23, 2007.

WHALEN, C. et al. Predictors of survival in human immunodeficiency virus- infected patients with pulmonary tuberculosis. **Lancet** v. 4, n. 359, p. 1618-1619, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global tuberculosis control: WHO report 2011. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). TB/HIV clinical manual. Informação geral sobre a TB e o HIV. Geneve, 2004. Disponível em: http://who.int/entity/tb/publications/who_htm_tb_2004_329/en/index.htm. Acesso em: 6 abril 2010.

WYSOCKI, A. D.; PONCE, M. A. Z.; SCATOLIN, B. E. et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 440-7, 2013.

ZERBINI, E.; CHIRICO, M.C.; SALVADORES, B.; AMIGOT, B.; ESTRADA, S.; ALGORRY, G. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. **Inter J Tuberc Lung Dis**. v. 12, sup. 1, p. 63-68, 2008.

ZOCHE, T.L.; SILVA, R.M. Tuberculose no município de Tubarão nos anos 2000-2006. **Rev. Pulmao RJ**, v.18, n.2, p.70-76, 2009.

Apêndices

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO

Número do questionário: _____	Responsável pela coleta de dados: _____	Data _____
da coleta de dados: ____/____/____	Local da coleta de dados: _____	
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____	
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____		

I. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1.	Iniciais: _____				
2.	Sexo:	☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Ignorado	3.	Data de Nascimento: _____	
			4.	Idade: _____	
5.	Raça/Cor:	☐ Branco ☐ Negro ☐ Pardo ☐ Amarelo ☐ Indígena	6.	Estado civil:	☐ Solteiro ☐ Casado / União Estável ☐ Separado / Divorciado ☐ Viúvo ☐ Outro _____
7.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou?	☐ Sem escolaridade ☐ 1ª fase do ensino fundamental (incompleto) ☐ 1ª fase do ensino fundamental (completo) ☐ 2ª fase do ensino fundamental (incompl.) ☐ 2ª fase do ensino fundamental (completo) ☐ Ensino Médio (incompleto) ☐ Ensino médio (completo) ☐ Ensino superior (incompleto) ☐ Ensino superior (completo)	8.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	☐ Desempregado(a) - Tempo: _____ ☐ Empregado(a) - Profissão: _____ ☐ Autônomo - Especificar: _____ ☐ Do lar ☐ Estudante ☐ Aposentado - Motivo: _____ ☐ Afastado - Tempo: _____
9.	Renda mensal da família? _____		10.	Número de pessoas que dependem dessa renda: _____	
11.	Classificação Econômica (Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa – ABEP) – Classe _____				
12.	O(A) Sr.(a) recebe algum benefício do governo?	12.a Bolsa Família ☐ Não ☐ Sim 12.b Auxílio doença ☐ Não ☐ Sim 12.c LOAS ☐ Não ☐ Sim 12.d Outros ☐ Não ☐ Sim	13.	O local onde o(a) Sr(a) vive é:	☐ Domicílio Próprio ☐ Domicílio Alugado ☐ Domicílio Cedido ☐ Instituição (asilar / abrigo) ☐ Morador de rua ☐ Outro: _____

II. DADOS GERAIS SOBRE O PERFIL CLÍNICO E ACOMPANHAMENTO DO CASO - FONTES DE COLETA DE DADOS:

14.	Nº SINAN: _____		15.	Prontuário (Nº Hygia): _____	
16.	Provável modo de transmissão:	☐ Transmissão Vertical ☐ Sexual ☐ Uso de Drogas Injetáveis ☐ Tratamento/hemotransfusão para hemofilia ☐ Transfusão sanguínea ☐ Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses ☐ Desconhece			
17.	Serviço responsável pelo diagnóstico de infecção pelo HIV:	17. a Nome: _____ 17. b Tipo de Serviço de Saúde onde foi feito o diagnóstico do HIV: _____	☐ UBS ☐ USF ☐ Serviço de saúde com equipe especializada do Programa DST/aids. Especificar _____		
18.	Data do diagnóstico: _____	19.	Data da notificação: _____		
20.	Procura do diagnóstico:	☐ Por acaso ☐ Curiosidade ☐ Aparecimento de sinais e sintomas ☐ Pelo diagnóstico de parceiro ☐ Por doação de sangue ☐ Pré-Natal ☐ Parto ☐ Outro motivo. Especificar: _____			
No momento do diagnóstico:					
21.	Doenças Oportunistas no momento do diagnóstico:	☐ Herpes Zoster ☐ Citomegalovírus ☐ Pneumonia. Especificar _____ ☐ Criptococose ☐ Toxoplasmose ☐ Outras. Especificar _____ ☐ Nenhuma			

22.	Manifestações Clínicas no momento do diagnóstico:	1 ☐ Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês 2 ☐ Diarréia igual ou maior que 1 mês 3 ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% 4 ☐ Dermatite persistente 5 ☐ Lipodistrofia 6 ☐ Outras. Especificar _____ N ☐ Nenhuma		
No momento da entrevista:				
23.	Doenças Oportunistas no momento da entrevista:	1 ☐ Herpes Zoster 2 ☐ Citomegalovírus 3 ☐ Pneumonia. Especificar _____ 4 ☐ Criptococose 5 ☐ Toxoplasmose 6 ☐ Outras. Especificar _____ N ☐ Nenhuma		
24.	Manifestações Clínicas no momento da entrevista:	1 ☐ Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês 2 ☐ Diarréia igual ou maior que 1 mês 3 ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% 4 ☐ Dermatite persistente 5 ☐ Lipodistrofia 6 ☐ Outras. Especificar _____ N ☐ Nenhuma		
25.	Data de início da Terapia Antiretroviral (TARV): _____			
26.	Já apresentou infecção latente por Tuberculose?	N ☐ Não (FILTRO: se não , pular para questão 27)	S ☐ Sim	26.a Se sim, realizou a quimioprofilaxia? N ☐ Não S ☐ Sim NA ☐ Não se aplica 26.b Quantas vezes? _____ NA ☐ Não se aplica 26.c Realizou Tratamento Supervisionado (TS)? N ☐ Não S ☐ Sim NA ☐ Não se aplica
27.	Faz tratamento específico além do ARV?	1 ☐ Não 2 ☐ Sim. Especificar: _____		
28.	Nome do Serviço responsável pelo acompanhamento do caso: _____			
29.	Serviços de Saúde utilizados de modo geral (públicos, conveniados e privados): Nome do Serviço: _____ Especificar os motivos da utilização: _____ Nome do Serviço: _____ Especificar os motivos da utilização: _____ Nome do Serviço: _____ Especificar os motivos da utilização: _____			
III. DADOS SOBRE A OFERTA E INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CONTROLE DA TUBERCULOSE (ELENCO DE SERVIÇOS/COORDENAÇÃO)				
Para as questões 30 a 59 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.				
Com que frequência o(a) Sr(a) apresenta ou apresentou os seguintes sinais e sintomas?				
30.	Tosse?			
31.	Febre?			
32.	Perda de apetite?			
33.	Emagrecimento?			
34.	Suores noturnos?			
35.	Fraqueza, cansaço e desânimo?			
Com que frequência os insumos são oferecidos pela equipe que acompanha o seu caso?				
36.	Exames de sangue:	36.a	CD4	
		36.b	Carga Viral	
		36.c	Outros: _____	
- Se sim , qual é o Serviço responsável pela realização dos exames de sangue: _____				
37.	É solicitado Raio X quando o Sr. (a) apresenta algum sintoma respiratório, febre, perda de peso?			
	- Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. - Se sim , qual é o Serviço responsável pela realização do Raio-X: _____			
38.	É solicitado o exame de escarro quando o Sr. (a) apresenta tosse com catarro, febre, cansaço?			
	- Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. - Se sim , qual é o Serviço responsável pela realização do exame de escarro: _____			
39.	Prova tuberculínica para avaliação do risco de infecção pela tuberculose? (1 vez ao ano = sempre)			
	- Se sim , qual é o Serviço responsável pela realização da Prova Tuberculínica: _____			
40.	Disponibilização de máscara facial? Motivo: _____			
41.	Medicamentos para prevenir o aparecimento de doenças oportunistas? (exemplo: tuberculose, diarréia e oral)			
	- Se não , informações adicionais: ☐ Nunca precisou e nunca foi ofertado. ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. - Se sim , especificar quais medicamentos: _____			
42.	Medicamentos para evitar ou diminuir os eventos colaterais da TARV? (náusea, vômito, diarréia, dermatite)			

- Se não , informações adicionais: ☐ Nunca precisou e nunca foi ofertado. ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado.			
Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu caso?			
43.	Consulta médica de rotina?		
44.	Consulta com a equipe de enfermagem?		
45.	Consultas eventuais para atendimento em caso de intercorrência?		
46.	Apoio psicológico?	46.a	Pela própria equipe Médica durante o seu atendimento - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado
		46.b	Pela própria equipe de Enfermagem durante o seu atendimento - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado
		46.c	Pela própria equipe da Assistência Social durante o seu atendimento - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado
		46.d	Pela própria equipe de psicologia/psiquiatria - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado
		46.e	Pela equipe de psicologia/psiquiatria de outro serviço - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado
47.	Atendimento com Assistente Social?	47.a	No próprio serviço de saúde
		47.b	Em outro serviço
48.	Medicamentos ARV?		
49.	Prova tuberculínica?		
50.	Medicamentos para prevenção da Tuberculose (Isoniazida)?		
	- Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado		
51.	Visitas domiciliares?		
52.	Grupos de apoio/troca de experiência/confraternizações no próprio serviço?		
53.	Os profissionais questionam se o(a) Sr.(a) tem tosse, febre, emagrecimento, perda de apetite?		
54.	Os profissionais questionam se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) tem tosse?		
55.	O(A) Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre as suas condições de vida (emprego, moradia, alimentação, psicológica)?		
56.	São oferecidos incentivos alimentares (cesta básica, vale alimentação, vale transporte)?		
57.	São oferecidos benefícios sociais? Especificar: _____		
58.	Orientações:	58.a	Estado imunológico
		58.b	Doenças oportunistas
		58.c	Uso correto da TARV
		58.d	Sinais e sintomas da Tuberculose
		58.e	Forma de transmissão da Tuberculose
		58.f	Cuidados com o ambiente para evitar o adoecimento por Tuberculose
		58.g	Cuidados com o ambiente para evitar a transmissão da Tuberculose para outros
		58.h	Redução do uso de álcool e drogas
		58.i	Nutrição e alimentação
		58.j	Solicitação de benefícios sociais do governo
IV. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO)			
Para as questões 59 a 81 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.			
Coordenação do Caso Clínico junto à Equipe do Programa DST/aids			
Com que frequência:			
59.	Os profissionais da unidade de saúde lêem o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?		
60.	Os profissionais fazem anotações em seu prontuário ou no computador durante a consulta médica ou de enfermagem?		
61.	São entregues ao Sr. (a) os resultados impressos de seus exames?		
	- Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi entregue ☐ Apenas olha, mas fica arquivado no prontuário. - Se sim , informações adicionais: ☐ Serviço entrega ☐ Usuário solicita		
62.	Os resultados dos seus exames já estão prontos e disponíveis quando o(a) Sr.(a) comparece ao serviço?		
63.	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no serviço de saúde?		
64.	O(A) Sr.(a) é questionado sobre a regularidade do uso dos medicamentos?	64.a	Pela equipe Médica?
		64.b	Pela equipe de Enfermagem?
		64.c	Pela Assistente Social?
		64.d	Pelo Farmacêutico?
65.	O(A) Sr.(a) é questionado sobre a ocorrência de efeitos colaterais?	65.a	Pela equipe Médica?
		65.b	Pela equipe de Enfermagem?
		65.c	Pelo Farmacêutico?

66.	O(A) Sr.(a) é questionado sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença?	66.a	Pela equipe Médica?	
		66.b	Pela equipe de Enfermagem?	
67.	O(A) Sr.(a) é questionado sobre as suas condições de vida (estrutura familiar, emprego, moradia, dificuldades financeiras)?	67.a	Pela equipe Médica?	
		67.b	Pela equipe de Enfermagem?	
		67.c	Pela Assistente Social?	
68.	O(A) Sr.(a) é questionado sobre o recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para seu tratamento?	68.a	Pela equipe Médica?	
		68.b	Pela equipe de Enfermagem?	
		68.c	Pela Assistente Social?	
69.	O serviço de saúde faz contato com alguma organização não governamental (associação de bairro, igreja, grupo de apoio) para contribuir com o seu tratamento?	69.a	Pela equipe de Enfermagem?	
		69.b	Pela Assistente Social?	

Coordenação do Caso Clínico junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços

OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO E O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTRAS ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista, ONGs)

Com que frequência:

70.	O (A) Sr. (a) utiliza a UBS / USF próxima do seu local de moradia? - Se sim , informações adicionais: Motivos: _____ A equipe da UBS/PSF pergunta/acompanha o seu tratamento ARV: _____ A equipe aqui do Programa tem conhecimento/acompanha/estimula ou até mesmo se articula com a UBS/ESF para ajuda-lo na resolução de seus problemas/necessidades: _____ A equipe aqui do Programa solicita as informações sobre seu acompanhamento na UBS/PSF: _____	
71.	O (A) Sr. (a) utiliza o Pronto Atendimento 24h? - Se sim , informações adicionais: Quais: _____ Motivos da procura: _____ Comunica a equipe sobre o atendimento e a conduta dos profissionais do PA: _____	
72.	O (A) Sr. (a) frequenta algum outro serviço de saúde sem ser esse ambulatório, a UBS/USF ou o PA? Especificar: _____	

FILTRO: Se indivíduo responder (N/A) ou NÃO SABE, finalizar a entrevista.

73.	A equipe deste serviço consegue encaminhá-lo para atendimento com outros profissionais/outros serviços quando identificam alguma necessidade? Quais serviços: _____ - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado - Se sim , informações adicionais: ☐ Serviço de Saúde solicita encaminhamento ☐ Usuário geralmente solicita encaminhamento	
74.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde/especialidade, com que frequência os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta? - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado - Se sim , informações adicionais: Quem realiza o agendamento: ☐ Serviço de Saúde ☐ Usuário ☐ Ambos. Obs: _____	
75.	No agendamento da consulta em outro serviço de saúde, com que frequência o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?	
76.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde, com que frequência os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas (guia de encaminhamento) sobre sua situação para entregar ao outro especialista/profissional? - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi ofertado ☐ As equipes discutem entre si sobre a situação do usuário, pois os profissionais já sabiam das condições do mesmo no momento do outro atendimento - Se sim , informações adicionais: ☐ Serviço entrega ☐ Usuário solicita	
77.	Quando encaminhado a outro serviço, com que frequência o Sr.(a) consegue ser atendido?	
78.	O(A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/com outros profissionais/ outras especialidades? - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi entregue ☐ As equipes discutem entre si sobre a situação do usuário, pois a equipe de referência já estava ciente das condições do mesmo no momento do retorno. - Se sim , informações adicionais: ☐ Serviço entrega ☐ Usuário solicita	
81.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/por outros profissionais? - Se não , informações adicionais: ☐ Sentiu necessidade e nunca foi discutido ☐ Usuário geralmente quem solicita esclarecimentos	

- Se sim , informações adicionais: ☐ Serviço geralmente faz os esclarecimentos ☐ Usuário solicita esclarecimento		
82.	Os profissionais da unidade de saúde estão interessados em saber se o(a) Sr.(a) conseguiu resolver o problema no outro serviço/com outros profissionais de saúde ou até mesmo em ONGs?	
	82.a Pela equipe Médica?	
	82.b Pela equipe de Enfermagem?	
	82.c Pela Assistente Social?	
	82.d Outro? Especificar: _____	
Observações do entrevistado:		
Observações do entrevistador:		
Data do retorno do usuário ao serviço de saúde:		

Horário término da entrevista: _____ Assinatura do entrevistador: _____
--

Data coleta dados secundários SINAN: ____/____/____ Assinatura do responsável: _____

Variável 11 - Classificação Econômica: SISTEMA DE PONTOS

Pose de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

CLASSE	PONTOS
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 - 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 - 7

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e tem como objetivo analisar a oferta e a integração das ações e serviços de saúde para o manejo clínico dos doentes nos ambulatórios que integram a rede de atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP. Sua participação consistirá em responder a um questionário, cujo local poderá ser estabelecido conforme sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2012.

Assinatura do entrevistado _____ Telefone _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população, contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Aline Aparecida Monroe

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP

Telefone (0XX16) 3602-3391

e.mail: amonroe@eerp.usp.br

APÊNDICE III

ESCALA LIKERT

APÊNDICE IV

Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com aids e são acompanhadas pelo SAE “E” do município de Ribeirão Preto/SP, 2012-2013.

Variáveis sócio demográficas		DOENTES (N=11)	
		n	%
Sexo	Feminino	7	63,6
	Masculino	4	36,4
Idade	18 a 29 anos	2	18,2
	30 a 49 anos	5	45,5
	50 a 69 anos	3	27,3
	Mais que 70 anos	1	9,0
Estado Civil	Casado / União Estável	4	36,4
	Solteiro	3	27,3
	Separado / Divorciado	3	27,3
	Viúvo	1	9,1
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	4	36,4
	EF completo	3	27,3
	Ensino médio completo	4	36,4
	Ensino superior completo	0	0
Situação Empregatória	Empregado	5	45,5
	Autônomo	2	18,2
	Aposentado	2	18,2
	Desempregado	1	9,1
	Do Lar	1	9,1
	Afastado	0	0,0
	Estudante	0	0,0
Classificação Econômica	A1	0	0,0
	A2	1	9,1
	B1	0	0,0
	B2	2	18,2
	C1	2	18,2
	C2	4	36,4
	D	2	18,2
	E	0	0

Legenda: EF: Ensino Fundamental

APÊNDICE V

Distribuição de frequência das variáveis do perfil clínico relacionadas à tuberculose nas pessoas que vivem com aids e são acompanhadas pelo SAE “E” do município de Ribeirão Preto/SP, segundo padrão de resposta. 2012-2013.

Variável N=11	Padrão de Resposta									
	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Tosse	2	18,2	8	72,7	0	0,0	1	9,1	0	0,0
Febre	3	27,3	6	54,2	2	18,2	0	0,0	0	0,0
Perda de apetite	5	45,5	3	27,3	1	9,1	0	0,0	2	18,2
Emagrecimento	7	63,6	2	18,2	2	18,2	0	0,0	0	0,0
Suores noturnos	4	36,4	0	0,0	4	36,4	1	9,1	2	18,2
Fraqueza/cansaço/desânimo	2	18,2	0	0,0	3	27,3	1	9,1	5	45,5

Presença de ILTB	Sim		Não	
	(n)	(%)	(n)	(%)
	1	9,1	10	90,9

Legenda: ILTB: Infecção Latente por Tuberculose

APÊNDICE VI

Distribuição de frequência das variáveis sobre a oferta de ações e serviços de saúde para prevenção da tuberculose nas pessoas que vivem com aids segundo padrão de resposta. Ribeirão Preto/SP, 2012-2013.

Variável N=242	Padrão de Resposta									
	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
V37	81	33,5	26	10,7	22	9,1	8	3,3	105	43,4
V38	152	62,8	22	9,1	14	5,8	3	1,2	51	21,1
V48	6	2,5	1	,4	1	0,4	2	0,8	232	95,9
V49	81	33,5	15	6,2	39	16,1	12	5,0	95	39,3
V50	216	89,3	1	,4	6	2,5	4	1,7	10	4,1
V53	55	22,7	7	2,9	19	7,9	11	4,5	149	61,6
V54	146	60,3	11	4,5	8	3,3	6	2,5	64	26,4
V58a	13	5,4	7	2,9	12	5,0	8	3,3	202	83,5
V58b	26	10,7	8	3,3	14	5,8	15	6,2	179	74,0
V58c	9	3,7	2	,8	13	5,4	6	2,5	212	87,6
V58d	86	35,5	11	4,5	35	14,5	10	4,1	100	41,3
V58e	93	38,4	13	5,4	30	12,4	10	4,1	96	39,7
V58f	99	40,9	13	5,4	28	11,6	12	5,0	90	37,2
V58g	103	42,6	12	5,0	24	9,9	12	5,0	91	37,6

Legenda: V37 – Solicitação de Raio X diante de sinais e sintomas de TB; V38 – Solicitação de exame de escarro diante de sinais e sintomas de TB; V48 – Oferta de Antiretrovirais; V49 – Oferta de Prova Tuberculínica; V50 – Oferta de medicamentos para prevenção da tuberculose (Isoniazida); V53 – Questionamento sobre a existência dos sinais e sintomas de tuberculose; V54 – Questionamento sobre a existência de sinais e sintomas nos contatos; V58a – Oferta de orientações sobre estado imunológico; V58b – Oferta de orientações sobre doenças oportunistas; V58c – Oferta de orientações sobre uso correto da TARV; V58d – Oferta de orientações sobre sinais e sintomas de tuberculose; V58e – Oferta de orientação sobre a forma transmissão da tuberculose; V58f – Oferta de orientação sobre cuidados com o ambiente para evitar o adoecimento por tuberculose; V58g – Oferta de orientação sobre cuidados com o ambiente para evitar a transmissão da tuberculose.

APÊNDICE VII

Distribuição de frequência das variáveis sobre a integração de ações e serviços de saúde para prevenção da tuberculose nas pessoas que vivem com aids segundo padrão de resposta. Ribeirão Preto/SP, 2012-2013.

Variável N=242	Padrão de Resposta									
	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
V59	3	1,2	1	0,4	5	2,1	8	3,3	225	92,6
V60	10	4,1	0	0	0	0	5	2,1	227	93,8
V61	89	36,8	9	3,7	11	4,6	11	4,6	122	50,4
V62	0	0	0	0	2	0,8	14	5,8	226	93,4
V63	9	3,7	2	0,8	7	2,9	5	2,1	219	90,5
V70	129	53,3	28	11,6	54	22,3	7	2,9	24	9,9
V71	94	38,8	64	26,4	65	26,9	3	1,2	16	6,6
V72	160	66,1	13	5,4	35	14,5	7	2,9	27	11,2
V73*	2	0,8	6	2,5	7	2,9	8	3,3	124	51,2
V74*	13	5,4	5	2,1	7	2,9	10	4,1	112	46,3
V75*	7	2,9	2	0,8	3	1,2	4	1,7	131	53,7
V76*	31	12,0	4	1,7	4	1,7	4	1,7	104	43,0
V77*	8	3,3	0	0	4	1,7	7	2,9	128	51,2
V78*	76	29,8	3	1,2	10	4,1	2	0,8	56	26,1
V79*	53	21,1	4	1,7	13	5,4	4	1,7	73	28,9

Legenda: V59 – Busca de informação no prontuário durante a consulta; V60 – Anotações no prontuário durante a consulta; V61 – Disponibilidade dos resultados de exames impressos; V62 – Disponibilidade dos resultados de exames no momento da consulta; V63 – Informações dadas sobre o agendamento de consultas de retorno no serviço de saúde; V70 – Utilização de Unidades de Atenção Básica da área de abrangência; V71 – Utilização de Pronto Atendimento; V72 – Utilização de outros serviços de saúde; V73 – Encaminhamento para atendimento com outros profissionais; V74 – Auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V75 – Recebimento de comprovante de agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V76 – Fornecimento de informações escritas sobre o caso para entrega ao profissional de outro serviço de saúde (guia de referência); V77 – Efetiva obtenção de atendimento em outro serviço de saúde; V78 – Retorno com as informações escritas referidas ao atendimento em outro serviço de saúde (guia de contra referência); V79 – Discussão pela equipe e o usuário sobre o atendimento realizado e seus desfechos em outro serviço de saúde. * Variáveis que tiveram o n=147 em decorrência do filtro utilizado no questionário.

Anexos

ANEXO I

COMITÊ DE ÉTICA

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0272/2010

Ribeirão Preto, 22 de novembro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de novembro de 2010.

Protocolo: nº 1215/2010

Projeto: ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM AIDS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP: ANÁLISE DA OFERTA E INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

Pesquisadores: Aline Aparecida Monroe

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Aline Aparecida Monroe

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP