

## Control de la Tuberculosis en personas viviendo con VIH-SIDA<sup>1</sup>

Gabriela Tavares Magnabosco<sup>2</sup>

Lívia Maria Lopes<sup>3</sup>

Rubia Laine de Paula Andrade<sup>4</sup>

Maria Eugênia Firmino Brunello<sup>5</sup>

Aline Aparecida Monroe<sup>6</sup>

Tereza Cristina Scatena Villa<sup>7</sup>

Objetivo: analizar la oferta de acciones y servicios de salud para el control de la tuberculosis en las personas viviendo con VIH-SIDA acompañadas por los Servicios de Atención Especializada al VIH-SIDA de Ribeirao Preto, SP, Brasil. Método: estudio cuantitativo, exploratorio, de tipo encuesta. Participaron 253 personas viviendo con VIH-SIDA seguidas por estos servicios, considerando como criterios de inclusión: individuos mayores de 18 años, residentes en el municipio y no ser del sistema de prisiones. La recolección de datos fue realizada en el periodo de enero de 2012 a mayo de 2013, por medio de entrevistas guiadas por un instrumento específico. Los datos fueron analizados mediante indicadores y un índice compuesto. Resultados: la oferta de acciones y servicios para el control de la tuberculosis en personas viviendo con VIH-SIDA fue considerada intermedia, reforzando la necesidad de mejorar la planificación de la asistencia en forma integral, la articulación de los profesionales en los equipos y entre los servicios de la red, además de la formación profesional y la educación permanente. Conclusión: se hace necesaria la implementación de estrategias que favorezcan las acciones compartidas entre los programas de tuberculosis y VIH-SIDA y entre los diferentes servicios, con el fin de fortalecer la red local de atención para producir un cuidado personalizado, integral y resolutivo.

Descriptor: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Tuberculosis; Enfermedad Crónica; Sistemas de Salud.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "Prevenção e diagnóstico da tuberculose em pessoas que vivem com aids: análise da assistência prestada", presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2010/15521-8.

<sup>2</sup> PhD, Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> MSc, Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Enfermera, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Profesor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>7</sup> PhD, Full Professor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Magnabosco GT, Lopes LM, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Villa TCS. Tuberculosis control in people living with HIV/AIDS<sup>1</sup> Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2798. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1187.2798>.

URL

## Introducción

La tuberculosis (TB) por más que sea una enfermedad con cura viable por décadas, todavía es reconocida como un problema de salud pública actual y persistente. Vinculada a la pobreza, a la mala distribución del ingreso, y a la baja calidad de vida de la población<sup>(1-3)</sup>, la TB lleva a la muerte cerca de seis mil personas por año en Brasil, y esta agravada por el aumento del número de casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)<sup>(4)</sup>. Se considera a la infección por VIH como uno de los más importantes factores de riesgo conocidos para TB<sup>(5-6)</sup>, por lo que las personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS) están de 21 a 34 veces más propensas a desarrollar una TB activa, comparadas con la población general<sup>(7)</sup>.

En Brasil la TB activa en PVVS es la condición de mayor impacto en la mortalidad por SIDA y por TB. En 2011, entre los casos de TB notificados en el SINAN (71 mil), cerca de del 10% presentaron co-infección TB-VIH, siendo 6% la tasa de letalidad relacionada a la superposición de ambas infecciones<sup>(8)</sup>.

En este sentido, los dos problemas de salud representan grandes desafíos<sup>(9)</sup> para los servicios de salud y para los órganos gubernamentales<sup>(10-11)</sup>. Se reconoce por lo tanto la necesidad de integrar efectivamente las acciones que son ofrecidas tanto dentro del propio servicio, entre los equipos de los programas de control de TB (PCT) y del VIH-SIDA, y entre los diferentes puntos de atención a la salud, para componer una red de atención efectiva y coherente con una asistencia adecuada a la co-infección TB-VIH.

En esta forma, pensar en la asistencia a las PVVS, con enfoque de control de la TB, lleva a la constitución de un plan de cuidados que sea proactivo, integrado y continuo<sup>(12)</sup>. Se entiende que la dinámica asistencial tanto para la asistencia a las PVVS como para la TB, debe ir más allá de la comprensión de las tasas epidemiológicas, y debe incorporar prácticas interdisciplinarias que pongan en claro las relaciones sociales y las condiciones de vida que se presentan en un territorio determinado en situación de vulnerabilidad social, posibilitando mejor planificación y reorganización de las tecnologías de salud<sup>(11-13)</sup>.

Debe tenerse presente que los estudios analizados cuando se revisa la literatura sobre esta temática en los últimos cinco años mostraron la existencia de vacíos de información en el conocimiento científico en referencia a la incorporación de aspectos relativos al contexto que rodea a los sujetos y su articulación con la atención prestada. En este sentido se reitera la importancia de desarrollar este estudio, de naturaleza operacional, que permitió identificar las acciones y

servicios de salud considerando la complejidad en el manejo de estas condiciones de salud.

Por ser la TB una de las principales causas de muerte entre las PVVS, se espera un mayor esfuerzo en la prevención y diagnóstico de la misma en esta población, con articulación y coordinación entre los profesionales, las acciones y servicios de salud. En este sentido el estudio intentó analizar la oferta de acciones y servicios de salud para el control de la tuberculosis en las PVVS en el municipio de Ribeirão Preto-SP.

## Método

Estudio descriptivo, de tipo encuesta exploratoria, de abordaje cuantitativo realizado en el municipio de Ribeirão Preto, cuya población estimada en 2011 era de 614.759 habitantes<sup>(14)</sup>. En ese mismo año, la red pública de atención a la salud en el municipio estaba organizada en cinco Distritos Sanitarios, en los cuales estaban insertas cinco unidades de atención inmediata, 76 servicios de atención primaria (Unidades tradicionales, Unidades de Atención Primaria- AB y Unidades de Salud de la Familia – USF), cinco unidades de atención secundaria (Unidades Básicas Distritales de Salud –UBDS) que es donde están insertos los cinco Servicios de Atención Especializada –SAE que integran el Programa de ETS/SIDA y nueve servicios terciarios.

El seguimiento clínico y terapéutico de los casos de VIH-SIDA diagnosticados y notificados en el municipio era realizado por los equipos especializados de los SAE, designados con las letras "A", "B", "C", "D" y "E". Merece destacarse también el hecho que los SAE comparten la misma estructura física de los PCT en cada uno de los distritos sanitarios, siendo que los equipos de los dos programas, en el momento del estudio, estaban compuestos por los mismos profesionales.

Es importante señalar que el seguimiento de las PVVS infectadas por el *Mycobacterium Tuberculosis* tanto para la infección latente como para la TB activa, es de responsabilidad de los equipos que componen los SAE. Sin embargo el Ministerio de Salud (MS) propone que el manejo de las dos infecciones debe ser realizada en forma coordinada e integral, lo que implica que la responsabilidad sea compartida entre los Programas de Control tanto PCT como VIH-SIDA.

La población del estudio estaba constituida por las PVVS seguidas en los SAE que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: casos confirmados de VIH-SIDA, con edad igual o superior a 18 años, residentes en el municipio del estudio y que no pertenezcan al sistema carcelario.

El cálculo para el tamaño de la muestra fue realizado a partir del conteo del número total de casos confirmados e seguidos por los cinco consultorios ambulatorios en enero del 2011, siendo identificados 1389 casos (249 pertenecientes al consultorio A, 374 al B; 249 al C; 374 al D; y 143 al E). Los parámetros considerados fueron: error de la muestra de 5% ( $e=0,05$ ); intervalo de confianza de 95% ( $Z=1,96$ ) y P (proporción poblacional) de 50%. Fue obtenido a través de la ecuación  $n_0 = P(1-P)Z^2 / e^2$  un tamaño de muestra mínima de 385 individuos. Este valor fue corregido en relación a la población total (1389), resultando en 302 individuos.

Se realizó el proceso de muestreo en dos etapas: estratificación con reparto proporcional según los SAE responsables por los casos y muestreo por conveniencia hasta llegar al tamaño de la muestra. Por tanto y tomando en consideración el número previsto en cada SAE, 54 deberían ser entrevistados en el SAE A; 81 en el B; 54 en el C; 81 en el D; y 31 en el E. Se debe resaltar que de los 302 individuos contactados, 49 no quisieron participar en la entrevista, lo que resultó en un total de 253 entrevistados.

Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas utilizando un cuestionario elaborado en base a las guías y protocolos que orientan la evaluación institucional de servicios de salud dirigidos a la asistencia del VIH-SIDA<sup>(7-8)</sup>. Este instrumento fue sometido a análisis de contenido, análisis semántica y prueba piloto para estudiar reformulaciones y ver la viabilidad del mismo, así como del método propuesto para cumplir con los objetivos de la investigación. Para realizar el análisis de contenido, se seleccionaron tres profesionales con notorio conocimiento en áreas temáticas de VIH-SIDA, TB y salud pública, y se les envió carta de invitación, el instrumento de recolección de datos, y el formulario para que analizaran el contenido del mismo. El análisis semántico se realizó después de la prueba piloto, con el fin de *"verificar si todos los ítems son comprensibles para todos los miembros de la población a la que está destinado"*<sup>(15)</sup>. En la prueba piloto se entrevistaron 17 individuos, siguiendo los criterios de inclusión predeterminados. Se deja constancia que los sujetos que participaron de esta etapa de prueba piloto, no fueron incluidos en la muestra final de este estudio.

Para el estudio se seleccionaron las variables relacionadas con la oferta de acciones y servicios de salud para la prevención de TB en las PVVS: oferta de exámenes de sangre (CD4 y carga viral), pedidos de rayos X, oferta de prueba tuberculínica (PT), pedido de baciloscopía de esputo (BK), entrega de máscara facial, oferta de medicamentos para

prevenir la aparición de infecciones oportunistas, de medicamentos antirretrovirales, de medicamentos para la prevención de la tuberculosis, preguntas sobre la existencia de tos, fiebre, adelgazamiento, y pérdida de apetito en sujetos y contactos, preguntas sobre condiciones de vida, orientaciones en relación al estado inmunológico, enfermedades oportunistas, uso correcto de la terapia antirretroviral (TARV), signos y síntomas de TB, forma de transmisión de la TB; cuidados con el ambiente para evitar enfermar de TB, cuidados con el ambiente para evitar transmitir la TB, reducción de uso de alcohol y drogas, nutrición y alimentación así como pedidos de beneficios sociales al gobierno.

Las categorías de respuesta de las variables seleccionadas se distribuían en escalas dicotómicas, de múltiple opción y de Likert, con valores entre "uno" y "cinco" en la que la respuesta más favorable correspondía al valor más alto.

La recolección de datos fue realizada entre enero de 2012 y mayo de 2013 en los propios SAEs, en lugares que mantenían la privacidad y el anonimato de los entrevistados. Los datos fueron analizados a través del software Statistica Statsoft 9.0.

En la primera etapa de análisis de los datos, para identificar la oferta de acciones y servicios prestados a las PVVS por parte de los SAE del municipio, se construyeron indicadores a partir de las variables relacionadas a la oferta de acciones y servicios. El indicador creado, correspondió al valor promedio que se obtuvo de la sumatoria de todas las respuestas de todos los entrevistados para cada pregunta, dividido por el total de personas que respondieron<sup>(16)</sup>. En esta forma, cada indicador fue clasificado en insatisfactorio (entre 1 y 2,5 cuando correspondía a valores hasta el 50% de la escala), intermedio (mas de 2,5 y menos que 3,5 lo que corresponde valores entre 50% y 70% de la escala) y satisfactorio (mas de 3,5 que corresponde a valores sobre el 70% de la escala).

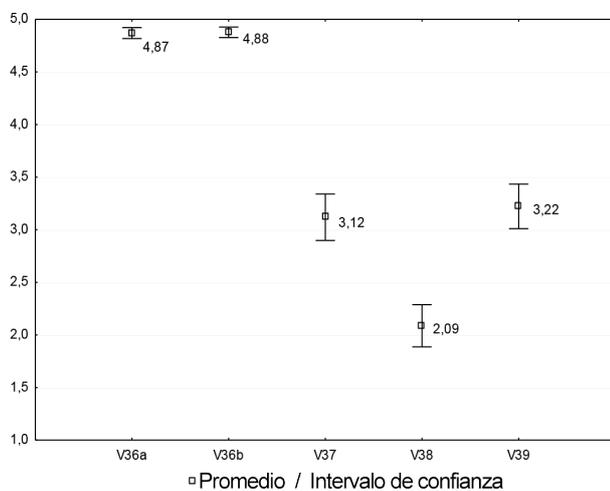
Para clasificar la oferta de acciones y servicios para el control de la TB en las PVVS se realizó la medida del índice compuesto que corresponde al promedio de las respuestas de todos los participantes para todas las variables seleccionadas.

De acuerdo con la resolución no.196/96 del Consejo Nacional de Salud, este estudio tiene la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo, de acuerdo al protocolo no. 1215/2010.

## Resultados

La oferta de acciones y servicios para el control de la TB en las PVVS presentó un promedio de 3,1 (DE=1,87), o sea que fue clasificada como intermedia por los participantes en la investigación.

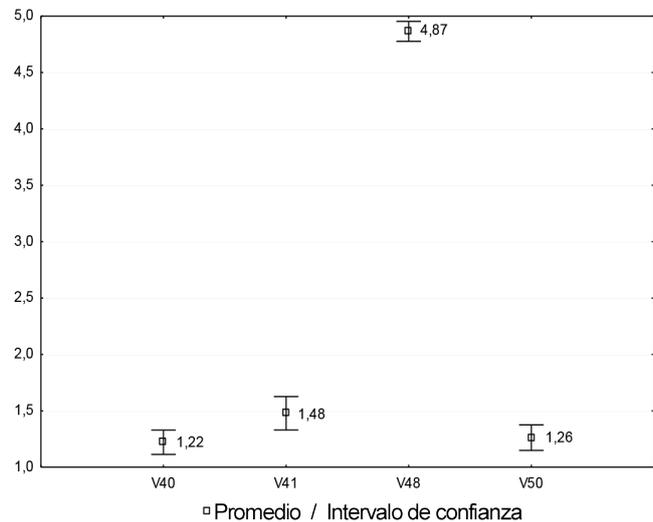
Los indicadores referentes a la oferta de exámenes de sangre (CD4 y carga viral) fueron los mejor evaluados, siendo clasificados como satisfactorios por los entrevistados. Sin embargo, el pedido de rayos X para signos respiratorios, fiebre y pérdida de peso fue evaluado como intermedio, así también como la realización de PT para evaluar el riesgo de infección por TB. Por último, la solicitud de BK frente a casos de tos con expectoración, fiebre y pérdida de peso fue considerada como insatisfactoria (Figura 1).



V36a – Oferta de exámenes de sangre (CD4); V36b – Oferta de exámenes de sangre (carga viral); V37 – Solicitud de Rayos X frente a un síntoma respiratorio, fiebre, pérdida de peso; V38 – Solicitud de baciloscopia de esputo frente a tos con expectoración, fiebre, cansancio; V39 – Realización de prueba tuberculínica para evaluación del riesgo de infección por TB.

Figura 1 - Distribución de promedios e intervalos de confianza de las variables relacionadas a la oferta de insumos, acciones y servicios de salud por el equipo de referencia para el control de la tuberculosis en personas viviendo con VIH-Sida, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012-2013

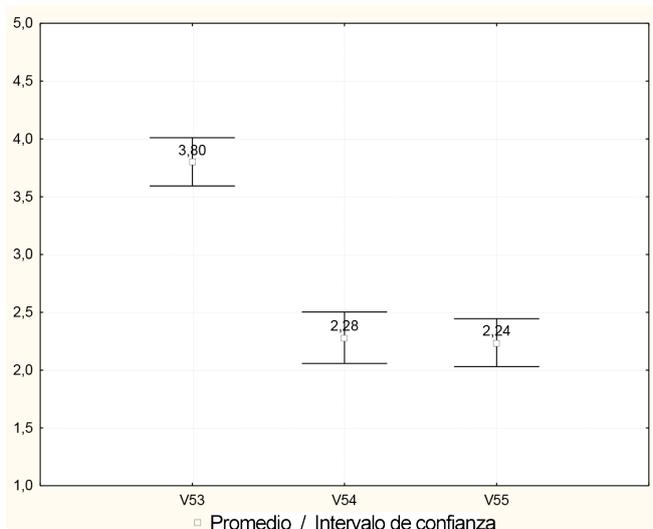
Los indicadores de entrega de máscara facial, oferta de medicamentos para prevenir la aparición de enfermedades oportunistas y oferta de medicamentos para prevención de TB (Isoniazida) fueron calificados como insatisfactorios por las PVVS (Figura 2).



V40 – Entrega de máscara facial; V41 – Oferta de medicamentos para prevenir la aparición de enfermedades oportunistas; V48 – Oferta de medicamentos antirretrovirales; V50 – Oferta de medicamentos para prevención de la tuberculosis

Figura 2 - Distribución de promedios e intervalos de confianza de las variables relacionadas a la oferta de acciones y servicios de salud por el equipo de referencia para el control de la tuberculosis en personas viviendo con VIH-Sida, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012-2013

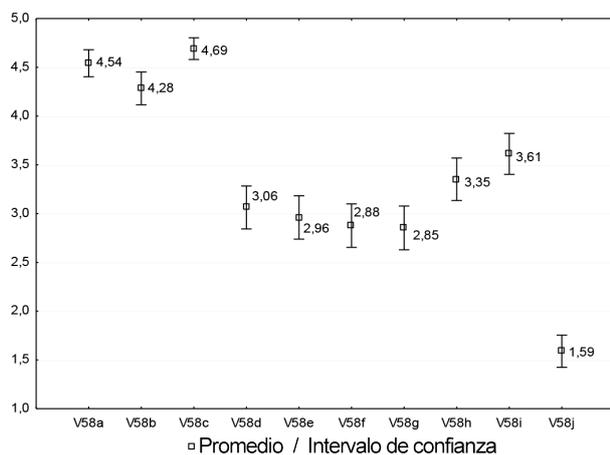
En relación a los indicadores relacionados a la búsqueda de TB en las PVVS, la actividad de preguntar por parte de los profesionales sobre la existencia de signos y síntomas sugestivos de TB, tos, fiebre, adelgazamiento y pérdida de apetito, fue clasificada como intermedia, mientras que el indicador referente a las preguntas sobre la existencia de estos signos y síntomas en los contactos que viven con los individuos, fue de desempeño insatisfactorio (Figura 3).



V53 – Preguntas sobre existencia de tos, fiebre, adelgazamiento, y pérdida de apetito; V54 – Preguntas sobre la existencia de tos en los contactos del caso en seguimiento; V55 – Preguntas sobre las condiciones de vida (empleo, vivienda, alimentación).

Figura 3 - Distribución de promedios e intervalos de confianza de las variables relacionadas a la acción de preguntar sobre signos y síntomas sugestivos de tuberculosis por el equipo de referencia para el control de la tuberculosis en personas viviendo con VIH-Sida, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012-2013

En lo que se refiere a la oferta de orientación por el equipo de referencia, la mayor parte de los indicadores fueron considerados como intermedios, por lo que es importante enfatizar que los consejos relacionados a la TB están comprendidos dentro de estos indicadores. Sin embargo el ofrecer informaciones sobre el estado inmunológico, las enfermedades oportunistas y el uso adecuado de la TARV, tuvo un desempeño satisfactorio. Se encontró que el indicador que mide la oferta de indicaciones sobre como solicitar beneficios sociales del gobierno, era insatisfactorio (Figura 4)



V58a – Oferta de orientaciones sobre estado inmunológico; V58b – Oferta de orientaciones sobre enfermedades oportunistas; V58c – Oferta de orientaciones sobre uso correcto de la TARV; V58d – Oferta de orientaciones sobre signos y síntomas de tuberculosis; V58e – Oferta de orientaciones sobre forma de transmisión de TB; V58f – Oferta de orientaciones sobre cuidados con el ambiente para evitar la aparición de tuberculosis; V58g – Oferta de orientaciones sobre cuidados con el ambiente para evitar la transmisión de la tuberculosis; V58h – Oferta de orientaciones sobre reducción del uso de alcohol y drogas; V58i – Oferta de orientaciones sobre nutrición y alimentación; V58j – Oferta de orientaciones sobre solicitud de beneficios sociales del gobierno.

Figura 4 - Distribución de promedios e intervalos de confianza de las variables relacionadas a la oferta de orientaciones por el equipo de referencia para el control de la tuberculosis en personas viviendo con VIH-Sida, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012-2013

## Discusión

Se identificó que las acciones de los equipos de los SAE del municipio se dirigían para estabilizar el VIH-SIDA en los individuos, predominando las actividades

clínicas y biológicas. En este sentido, fue evidente la evaluación satisfactoria de los entrevistados en relación a oferta de exámenes de sangre (CD4 y carga viral) y medicamentos de la TARV. Este hecho puede relacionarse con una consolidación de las estrategias de manejo y control del SIDA, mostrando el esfuerzo programático en mantener un encare clínico adecuado de las PVVS en seguimiento<sup>(17)</sup>. Debe destacarse el importante papel que los representantes de la sociedad civil desempeñaron en conquistar políticas públicas para la asistencia al VIH-SIDA, lo que contribuyó decisivamente para el acceso universal y gratuito a la TARV, implantado en Brasil desde 1996, causando un impacto relevante en la morbimortalidad con aumento de la supervivencia por SIDA en el país<sup>(13)</sup>.

Se debe subrayar que el uso regular de la TARV se constituye en un importante factor de protección contra el desarrollo de la TB en esta población<sup>(18)</sup>. Otros estudios también demuestran que el uso de la TARV puede prevenir muertes entre los co-infectados TB/VIH<sup>(19-21)</sup>, por lo que su uso debe ser instalado lo más rápido posible en los individuos diagnosticados con el VIH<sup>(7)</sup>. Sin embargo, el uso aislado de terapia no garantiza la prevención efectiva de la co-infección TB/VIH. Por lo tanto es necesario pensar el cuidado en forma integral, considerando el estilo de vida, las condiciones socioeconómicas y culturales como factores de vulnerabilidad para el contagio.

Por esta razón la atención a las PVVS debe abarcar acciones educativas en relación a la prevención, forma de transmisión, signos y síntomas e importancia del diagnóstico precoz de la TB, y también estrategias de trabajo en equipo que busquen los casos sospechosos y la detección oportuna de los casos de TB en estos individuos<sup>(8)</sup>.

En relación a los exámenes diagnósticos para TB (rayos X, PT y BK) los resultados muestran una oferta que va de intermedia a insatisfactoria, a pesar de que es conocida la vulnerabilidad de las PVVS a desarrollar esta enfermedad. Este bajo pedido de exámenes puede estar relacionado a las dificultades de los individuos en reconocer los signos y síntomas de la enfermedad y por lo tanto no relatar los mismos en las consultas de seguimiento, y también a que los profesionales de salud no consideren la posibilidad de existencia de otras co-morbilidades ligadas al VIH-SIDA, tales como la TB.

Otro aspecto que puede influenciar la conducta profesional es la inespecificidad de los signos y síntomas de la enfermedad en individuos con VIH. En estos casos, el diagnóstico de TB se dificulta por presentar hallazgos radiográficos atípicos, BK y cultivo de esputo negativo y mayor índice de TB extra pulmonar<sup>(22)</sup>.

Otro motivo para no solicitar exámenes tiene relación con la infraestructura de los servicios de salud y los laboratorios para realizar estos exámenes. En Ribeirao Preto, durante el periodo de recolección de datos, el aparato de rayos X, solamente estaba disponible en una unidad de atención inmediata del municipio, que era la unidad a la que el SAE C estaba acoplada. O sea que la calificación de "intermedio" para este pedido de este examen diagnóstico puede haber sido influida por este problema.

Un estudio realizado en tres capitales, Rio de Janeiro, Porto Alegre y Salvador, mostró como un resultado llamativo, el hecho de la baja sollicitación de BK<sup>(23)</sup>, que llama la atención por el hecho de que es un examen de bajo costo y determinante para diagnóstico de casos pulmonares de TB. También en línea con estos hallazgos, otro estudio en Sao Jose do Rio Preto/SP encontró que este examen no tiene prioridad por parte de los equipos de salud, a pesar de ser propuesto como un método principal para descubrir casos de TB<sup>(24)</sup>.

En relación a la PT, se sabe que la misma es prevista por el MS para ser realizada por lo menos una vez por año en las PVVS, con el objetivo de investigar y diagnosticar precozmente las posibles infecciones por TB<sup>(8)</sup>. Sin embargo, este estudio observó que la realización de la PT fue calificada como intermedia por los entrevistados. Siguiendo esta tendencia, la OMS muestra que aún conociéndose la importancia de la interacción entre las dos endemias, solamente un 25% de las PVVS atendidas en servicios de salud especializados realizaron despistaje de TB en 2009<sup>(7)</sup>. La falta de profesionales entrenados para la lectura de este examen en el municipio, puede estar relacionada con la baja realización de la PT por parte de los servicios. Se reitera que los profesionales entrenados para ejecutar este examen son parte de los equipos del PCT, lo que refuerza la necesidad de integración y coordinación entre los programas SAE y PCT.

La oferta insatisfactoria de Isoniazida para la prevención de la TB, puede relacionarse a la baja realización de la PT por los SAE del municipio, o por la ausencia de la infección. El esquema de tratamiento de la tuberculosis tiene una eficacia de aproximadamente un 95% en reducir la transmisión de la enfermedad. Sin embargo, los problemas en la adhesión al tratamiento, así como el uso irregular del medicamento y el abandono del tratamiento, pueden ser señalados como factores importantes que afectan la efectividad y por lo tanto el control de la tuberculosis en Brasil<sup>(25)</sup>.

La oferta de medicamentos para prevenir enfermedades oportunistas también fue clasificada como insatisfactoria. Los entrevistados solamente relatan el uso de la asociación de trimetoprim/sulfametoxazol

en forma asistemática. Sin embargo se señala que existe provisión de medicamentos para prevención de enfermedades oportunistas en la red de servicios y que se observó en las historias clínicas que los mismos eran prescritos por los infectólogos. Teniendo en cuenta este hecho, puede haber un sesgo de comprensión de parte del entrevistado, al confundir el uso de estos medicamentos como parte del llamado "coctel" que compone la TARV, y no como relacionado a la prevención de otras situaciones relacionadas a este cuadro.

En relación a las preguntas que se realizan a las PVVS para investigar TB, se identificó un desempeño insatisfactorio o intermedio, lo que puede poner en evidencia una utilización baja de la planificación en el cuidado a las PVVS. Esta situación puede estar relacionada la formación académica de tipo biologicista y centrada en una patología/órgano/sistema, a la ausencia o poca evidencia de que exista educación permanente que privilegie abordajes de nuevos conocimientos e recomendaciones, y también al carácter de enfermedad negligenciada que tiene la TB, a pesar del contexto de vulnerabilidad para desarrollar esta enfermedad como es el caso de las PVVS.

Por lo tanto, la formación permanente de los profesionales de salud, tiene un papel fundamental para el control de la TB, destacándose la inserción de entrenamiento y supervisión continuada de la práctica de los equipos para identificar fallas y dificultades en el proceso, y mejorar las habilidades adquiridas<sup>(26)</sup>. La superación de este obstáculo debe incluir también la preparación de los profesionales en las universidades, con integración enseñanza-servicio-investigación con, por ejemplo, inclusión de los *guidelines* del programa de control de la TB y tiempo suficiente para la enseñanza teórica y práctica para capacitar a tratar con esta enfermedad y su prevención<sup>(11)</sup>.

En referencia a la oferta de consejos por parte de los equipos, de nuevo queda en evidencia la importancia de los asuntos relacionados específicamente al VIH\_SIDA, de modo que las orientaciones se limitaron a aclarar lo relacionado con el uso correcto de la TARV, los efectos colaterales y la inmunodeficiencia que resulta de la multiplicación del VIH. En relación a las orientaciones sobre la TB, se percibe una oferta intermedia de esta acción, lo que muestra de nuevo el carácter negligenciado de la enfermedad en relación a los cuidados que se dan, involucrando en ellos tanto los aspectos técnicos y clínicos como también los de información y educación para la salud para el paciente.

Se pone en evidencia que los equipos especializados se han enfocado en sus acciones en el tratamiento clínico, explorando escasamente la dimensión del cuidado en un nivel más amplio, posiblemente por la

sobrecarga de trabajo, y también por la rotatividad de los recursos humanos, lo que no permite mantener a los profesionales preparados.

Los consejos sobre enfermedades hechos en forma individualizada, son elementos importantes para la educación y el empoderamiento de las personas para poder percibir los signos y síntomas de la enfermedad, de la misma manera que para mejorar la adhesión al tratamiento y fortalecer el vínculo entre el profesional y el individuo<sup>(3,22,26)</sup>. Por lo tanto promover propuestas de educación en salud capaces de concientizar a las PVVS en relación a la probabilidad elevada de infección por TB, implica sobrepasar las cuestiones técnicas y en forma articulada a la subjetividad y al conocimiento de los mismos, sensibilizarlos en relación a las formas de transmisión, cuidados preventivos, reconocimiento de signos y síntomas y a procurar los servicios de salud<sup>(24,27-28)</sup>.

Adicionalmente, y relacionada a la cuestión social, la oferta de beneficios sociales y de alimentación fue clasificada como insatisfactoria por los entrevistados. Las dimensiones sociales y económicas son un desafío que debe ser conquistado e insertado en la planificación del cuidado. Se debe aclarar en este aspecto que solamente los SAE A, B y D tenían un asistente social en el equipo y no estaban disponibles todos los días, ni tampoco eran ofrecidos a todos los individuos, sino a aquellos que el equipo pensaba que era conveniente. En el momento de recolección de datos, la unidad de salud que aloja al SAE C tenía un asistente social en el cuadro de funcionarios, sin embargo el mismo era responsable sólo por la cobertura de las otras especialidades atendidas en el servicio. Esta situación refleja, además de los aspectos organizacionales del sistema de salud, asuntos inherentes a la integración de los profesionales de los diferentes equipos del mismo servicio, así como estos equipos con equipos de otros servicios y especialidades. Refuerza una vez más la fragmentación del cuidado y de las relaciones profesionales. Se deberá avanzar en la búsqueda de estrategias que favorezcan el trabajo multiprofesional e interdisciplinario, utilizando tecnologías centradas en las relaciones interpersonales, para hacer viables las acciones conjuntas que ayuden a resolver las demandas y necesidades de las PVVS<sup>(11-12)</sup>.

Como limitaciones de este estudio se reconoce que puede haber un sesgo de memoria y de selección en función del tipo de muestreo por conveniencia. Además el estudio solamente investigó la percepción de las PVVS entrevistadas, o sea, impregnadas por componentes personales y subjetivos que tienen que ver con la satisfacción por la atención recibida.

## Conclusiones

La oferta de acciones y servicios para el control de la TB en las PVVS del municipio fue considerada intermedia, lo que refuerza la necesidad de mejorar la planificación de la asistencia a cada individuo. Es por lo tanto imprescindible adoptar una postura que ayude a conectar a los diferentes protagonistas del cuidado y que permita la construcción de un proyecto asistencial en común entre los programas de TB y de VIH-SIDA, coherente con las necesidades ya conocidas y ligadas a las dos condiciones, y que esté disponible para ser usado por los profesionales de todos los SAE y PCT.

El desafío que está propuesto, es pensar en una atención con integralidad, que sea capaz de coordinar la oferta de acciones y servicios de salud para el control de la TB en la PVVS, que sea centrada en cada proceso de trabajo, con uniformidad en la forma de organizar la asistencia, a través de la integración entre los profesionales, los equipos y los diferentes servicios de la red de atención a la salud.

## Referencias

1. Brunello MEF, Chiaravalloti NF, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):556-63.
2. Bertolozzi MR, Takashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Medicina*. 2014;93:83-9.
3. Souza WV, Ximenes R, Albuquerque MFM, Lapa TM, Portugal JL, Lima MLC, et al. The use of socioeconomic factors in mapping TB risk areas in city of northeastern Brazil. *Pan Am J Public Health*. 2000;8(6):403-10.
4. Hino P, Villa TCS, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012;16:157-62.
5. Sonnenberg P, Murray J, Glynn JR, Shearer S, Kambashi B, Godfrey-Faussett P. HIV-1 recurrence, relapse, and reinfection of tuberculosis after cure: a cohort study in South African mineworkers. *Lancet*. 2002;359:90.
6. Cahn P, Perez H, Ben G, Ochoa C. Tuberculosis and HIV: a partnership against the most vulnerable. *J Int Assoc Phys AIDS Care*. 2003;2(3):106-23.
7. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: WHO report 2011. 2011. [Acesso 17 jan 2015]. Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2011/gtbr11\\_full.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf).
8. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para o manejo da coinfeção TB/HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS. Brasília (DF): Secretaria Executiva; Ministério da Saúde; 2013. 28 p.

9. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface*. 2015;19:5-6.
10. Khan FA, Abdullah Al-Motairi JM, Benedetti A, Harries A, Menzies D. An Updated Systematic Review and Meta-analysis on the Treatment of Active Tuberculosis in Patients with HIV Infection. *Clin Infect Dis*. 2015;55(8):1154-63.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana; 2012. 132 p.
13. Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSBE, et al. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev Saúde Pública*. 2013;47:137-46.
14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). [Internet]. Ribeirão Preto (SP): População e estatísticas vitais - Perfil municipal; 2012 [Acesso 20 jul 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.
15. Pasquali, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Instituto de Psicologia. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999.
16. Macinko J, Almeida C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
17. Buchalla CM, Paiva V. Da Compreensão da Vulnerabilidade Social ao Enfoque Multidisciplinar. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):117-9.
18. Rezende ELLF, Vasconcelos AMN, Pereira MG. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. *Braz J Infect Dis*. [Internet]. 2010 [Acesso 28 out 2014]; 14(6):558-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-86702010000600003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702010000600003&lng=en).
19. Santoro-Lopes G, Pinho AM, Harrison LH, Schechter M.. Reduced risk of tuberculosis among brazilian patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with highly active antiretroviral therapy. *Brief report HIV/AIDS*. 2002;34:543-47.
20. Karim SSA, Naidoo K, Grobler A, Padayatchi N, Baxter C, Gengiah G, et al. Timing of initiation of antiretroviral drugs during tuberculosis therapy. *New Engl J Med*. 2010;362(8):697-706.
21. Maruza M, Albuquerque MF, Braga MC, Barbosa MT, Byington R, Coimbra I, et al. Survival of HIV-infected patients after starting tuberculosis treatment: a prospective cohort study. *Int J Tuberculosis Lung Dis*. 2012;16(5):618-24.
22. Barbosa EL, Levino A. Análise da coinfeção TB/HIV como fator de desenvolvimento da tuberculose multidroga resistente: uma revisão sistemática. *Rev Pan-Am Saude*. 2013;4(4):57-66.
23. Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;20(2):188-94 .
24. Wysocki AD, Ponce MAZ, Scatolin BE, Andrade RLP, Vendramini SHF, Ruffino Netto A, et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):440-7.
25. Ferreira ACG, Silva-Júnior JLR, Conde MB, Rabahi MF. Desfechos clínicos do tratamento de tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia. *J Bras Pneumol*. 2013;39(1):76-83.
26. Monroe AA, Gonzalez RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
27. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(2):369-77.
28. Buregyeya E, Kulane A, Colebunders R, Wajja A, Kiguli J, Mayanja H, et al. Tuberculosis knowledge, attitudes and health-seeking behavior in rural area Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;5(7):938-42.

Recibido: 30.7.2015

Aceptado: 15.3.2016

Correspondencia:

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

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.