



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LARISSA DE ARAÚJO LEMOS

**QUALIDADE DE VIDA, RELIGIOSIDADE E ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS
DE COINFECTADOS POR HIV/TUBERCULOSE**

FORTALEZA

2013

LARISSA DE ARAÚJO LEMOS

**QUALIDADE DE VIDA, RELIGIOSIDADE E ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS
DE COINFECTADOS POR HIV/TUBERCULOSE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Gimenez Galvão

Coorientador: Prof. Dr. André Ferrer Carvalho

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

L577q

Lemos, Larissa de Araújo.

Qualidade de vida, religiosidade e adesão aos antirretrovirais de coinfectados por HIV/tuberculose/ Larissa de Araújo Lemos. – 2013.

91 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Orientação: Prof.ª Dr.ª Marli Teresinha Gimeniz Galvão.

Coorientação: Prof. Dr. André Ferrer Carvalho.

1. Adesão à Medicação. 2. HIV. 3. Qualidade de Vida. 4. Religião. 5. Tuberculose. I. Título.

CDD 616.9792

LARISSA DE ARAÚJO LEMOS

**QUALIDADE DE VIDA, RELIGIOSIDADE E ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS
DE COINFECTADOS POR HIV/TUBERCULOSE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 26 de Fevereiro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marli Teresinha Gimenez Galvão (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Léa Maria Moura Barroso
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Dr^ª. Maria do Socorro Cavalcante
Secretaria do Estado da Saúde (SESA)

À minha mãe, que com muito amor e dedicação ensinou-me a viver com dignidade e a me tornar uma pessoa melhor. Foi meu alicerce durante toda essa trajetória, auxiliando-me nos momentos difíceis, apoiando-me nas minhas decisões e fortalecendo-me em todas as circunstâncias. Sem a sua confiança e seu amor constante teria sido impossível concluir mais essa etapa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela constante presença em minha vida, cujo amor é fonte de sabedoria e fortaleza, me auxiliando durante toda a minha caminhada. Que as bênçãos divinas permaneçam sendo derramadas por toda minha vida.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Marli Galvão, exemplo de profissional, que sempre me incentivou e acreditou que eu seria capaz. Sua dedicação e competência me fazem acreditar que é possível fazer uma Enfermagem melhor.

Aos meus pais, Rosa e Flávio (*in memoriam*), que me possibilitaram o dom da vida e fizeram acreditar que eu seria capaz de alcançar meus sonhos, não bastaria um muito obrigado. Por isso eu expresso a minha eterna gratidão da maneira mais singela: amo vocês!

Aos meus irmãos, Saulo, Rafael e Felipe, que sempre estiveram presentes, com demonstrações de afeto e carinho, e me possibilitaram enxergar o verdadeiro significado da fraternidade.

Ao meu namorado, Pedro, que com muito amor e dedicação, sempre se fez presente, mesmo quando longe, fazendo das minhas conquistas as suas, compartilhando comigo as alegrias e me fortalecendo diante das dificuldades.

Às minhas tias, tios, primas, primos, que direta ou indiretamente me ajudaram sempre que eu precisei. Agradeço pelos momentos de alegria, que é característico de todos os nossos encontros.

Às minhas amigas, em especial à Layana, Ranielly, Sammya, Lorena e Aline, pela compreensão, carinho, atenção, e por todas as vezes que estiveram a postos para me ajudar. A presença de vocês em minha vida torna mais leve e mais alegre a minha caminhada.

Às minhas companheiras do curso de Mestrado, em especial a Giselly e Rebeca, que tornaram esses anos mais alegres e compartilharam comigo as dificuldades e conquistas.

Às minhas amigas do “Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas”, em especial a Luciana e Julyana, que ao longo desses anos tornaram-se companheiras de trabalho, agradeço pelo apoio que foi de fundamental importância para dar prosseguimento a esse trabalho.

À Diorlene Silva, pela consultoria prestada para a análise estatística dos dados.

À Antônia, que com seu conhecimento e experiência sempre se mostrou disposta a me ajudar nas formatações dos meus trabalhos científicos.

Aos funcionários do ambulatório de coinfeção HIV/TB do Hospital São José de Doenças Infecciosas, em especial à Enfermeira Clauny Nobre e ao Dr. Roberto da Justa, pela franca disposição em contribuir com a realização da coleta de dados.

Por fim, a todos os pacientes que aceitaram participar desse estudo, pela extensa contribuição para que essa pesquisa se tornasse realidade, meu muito obrigado.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”

(Marthin Luther King)

RESUMO

A infecção pelo HIV é considerada um dos principais fatores de risco para que pessoas infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* desenvolvam a tuberculose (TB). Em parcela significativa dos casos, o diagnóstico da TB é conhecido concomitante ao da infecção pelo HIV. Esta condição influencia na aceitação da doença gerando dificuldade na adesão aos tratamentos, além de ocasionar sérios problemas no cotidiano com repercussões na qualidade de vida, pela própria doença e pelos estigmas que elas têm na sociedade. Ainda, tem-se observado a importância da religiosidade na qualidade de vida e no enfrentamento das doenças. Deste modo, objetivou-se avaliar a qualidade de vida, a adesão ao tratamento antirretroviral e a religiosidade em coinfectados por HIV/TB. Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em hospital de referência para atendimento de portadores da coinfeção HIV/TB, entre abril e setembro de 2012. Como instrumentos para coleta de dados utilizou-se a Escala para Avaliação da Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV/aids (WHOQOL-HIV bref), o Questionário de Avaliação da Adesão aos Antirretrovirais (CEAT-VIH) e a Escala de Religiosidade de Duke (DUREL). A análise dos dados se deu mediante o uso do STATA v.11, por meio de frequências, médias e desvio-padrão. Participaram 74 indivíduos com coinfeção HIV/TB; 79,7% do sexo masculino, com predomínio da faixa etária de 30 a 39 anos; 27,0% estavam casados; 47,3% concluíram o ensino médio e parcela significativa (40,5%) estava desempregada. Predominou a forma de tuberculose pulmonar (71,6%) e 44,6% da pesquisa de BAAR obtiveram resultado positivo. Quanto à qualidade de vida, não foi observado nível inferior, entretanto apresentou nível intermediário os domínios Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Meio Ambiente. A adesão à terapia antirretroviral mostrou-se inadequada em 86,5% dos estudados. No tocante à religiosidade organizacional (RO), apenas 8,1% não frequentavam templos religiosos. Relacionado à religiosidade não-organizacional (RNO), 28,4% informou realizar atividades religiosas individuais diariamente. Quanto à religiosidade intrínseca (RI), observou-se que a maioria sofre influência da religiosidade no comportamento e decisões pessoais. Conclui-se, diante dos achados, que os coinfectados por HIV/TB possuem comprometimento na qualidade de vida, na adesão aos antirretrovirais, e que tem na religiosidade uma esperança para enfrentar as doenças. Dessa forma, a realização do estudo possibilitou enriquecer o conhecimento científico como meio para promover uma melhoria na qualidade de vida.

Palavras-chave: Adesão à Medicação. HIV. Qualidade de Vida. Religião. Tuberculose.

ABSTRACT

HIV infection is considered one of the main risk factors for people infected by *Mycobacterium tuberculosis* to develop tuberculosis (TB). In a significant part of cases, the TB diagnosis is discovered at the same time as the HIV infection. This condition influences patients' acceptance of the disease causing difficulties in treatment adherence, besides severe daily problems and affecting their quality of life, due to the disease itself and the stigmas that accompany it in society. Also, the importance of religiosity has been observed in quality of life and disease coping. Thus, the aim was to assess quality of life, adherence to antiretroviral treatment and religiosity among patients coinfecting with HIV/TB. This cross-sectional study with a quantitative approach was undertaken at a referral hospital for care delivery to patients coinfecting with HIV/TB between April and September 2012. As data collection instruments, the Quality of Life Assessment Scale for people living with HIV/aids – short version (WHOQOL-HIV brief), the Antiretroviral Adherence Assessment Questionnaire (CEAT-VIH) and Duke's Religiosity Scale (DUREL) were used. Data were analyzed with the help of STATA v.11, through frequencies, means and standard deviations. Participants were 74 patients coinfecting with HIV/TB; 79,7% male, in the predominant age range between 30 and 39 years; 27,0% were married; 47,3% finished secondary education and a significant part (40,5%) was unemployed. The predominant form was pulmonary tuberculosis (71,6%) and 44,6% of BAAR tests came back positively. As regards quality of life, no lower level was observed, while intermediary levels were obtained in the Psychological, Independence level, Social relations and Environment domains. Adherence to antiretroviral therapy was inappropriate in 86,5% of the study subjects. Concerning organizational religiosity (OR), only 8,1% did not attend religious temples. What non-organizational religiosity (NOR) is concerned, 28,4% informed daily individual religious activities. As to intrinsic religiosity (IR), in the majority, religiosity influences behavior and personal decisions. In view of the findings, it is concluded that patients coinfecting with HIV/TB show negative effects on their quality of life, adherence to antiretrovirals, and that religiosity gives them hope to cope with the disease. Thus, this study contributed to scientific knowledge as a means to promote a better quality of life.

Keywords: Medication Adherence. HIV. Quality of Life. Religion. Tuberculosis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Apresentação dos domínios e facetas da escala WHOQOL-HIV bref.....	32
Quadro 2-	Variáveis de interesse do estudo.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.....	39
Tabela 2 -	Características clínicas dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.....	42
Tabela 3 -	Distribuição das formas de apresentação da tuberculose e realização de exames dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.....	44
Tabela 4 -	Presença de infecções oportunistas prévias entre os 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.....	45
Tabela 5 -	Distribuição dos escores médios e consistência interna dos domínios da escala WHOQOL-HIV bref dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE,2012.....	46
Tabela 6 -	Autoavaliação da qualidade de vida e satisfação com a vida de coinfectados por HIV/TB. Fortaleza - CE, 2012.....	47
Tabela 7 -	Características sociodemográficas dos 74 coinfectados por HIV/TB e os níveis de adesão aos antirretrovirais. Fortaleza-CE, 2012.....	48
Tabela 8 -	Características clínicas dos 74 coinfectados por HIV/TB e os níveis de adesão aos antirretrovirais. Fortaleza-CE, 2012.....	50
Tabela 9 -	Distribuição das formas de apresentação da tuberculose e os níveis de adesão à TARV dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012....	51
Tabela 10 -	Presença de infecções oportunistas prévias e níveis de adesão à TARV dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.....	52
Tabela 11 -	Correlações entre os domínios da WHOQOL-HIV bref e os níveis de adesão à TARV dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012....	53
Tabela 12 -	Distribuição dos índices de religiosidade dos 74 coinfectados por HIV/TB e os níveis de adesão. Fortaleza-CE, 2012.....	55
Tabela 13 -	Correlações entre os domínios da escala DUREL com os valores obtidos dos domínios do WHOQOL-HIV bref dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
CEAT	Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral
DUREL	Escala de Religiosidade de Duke
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Derivado Proteico Purificado
QV	Qualidade de Vida
SINAN	Sistema de Informação de Agravo de Notificação
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multirresistente
WHOQOL-HIV bref	Questionário para avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids (versão abreviada)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualização da coinfeção HIV/Tuberculose.....	13
1.2	Qualidade de vida e a coinfeção HIV/Tuberculose.....	17
1.3	Adesão à terapia antirretroviral.....	19
1.4	Religiosidade relacionada à saúde.....	23
1.5	Justificativa e relevância do estudo.....	25
2	OBJETIVOS.....	27
3	METODOLOGIA.....	28
3.1	Tipo de estudo.....	28
3.2	Local e período do estudo.....	28
3.3	Casuística.....	29
3.4	Coleta de dados.....	29
3.5	Instrumentos de coleta de dados.....	30
3.6	Variáveis de interesse do estudo.....	34
3.7	Organização e análise dos dados.....	36
3.8	Aspectos éticos.....	36
4	RESULTADOS.....	38
4.1	Caracterização sociodemográfica e clínica de coinfectados por HIV/TB.....	38
4.2	Qualidade de vida de coinfectados por HIV/TB.....	45
4.3	Adesão à terapia antirretroviral de coinfectados por HIV/TB.....	47
4.4	Religiosidade de coinfectados por HIV/TB.....	53
5	DISCUSSÃO.....	58
6	CONCLUSÃO.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICES.....	81
	ANEXOS.....	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da coinfeção HIV/Tuberculose

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem sido considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da tuberculose (TB) ativa a partir de uma infecção latente em indivíduos infectados por *Mycobacterium tuberculosis*. Assim, a epidemia de infecção pelo HIV constitui fator em potencial para a transformação da TB de doença endêmica em epidêmica, em todo o mundo (GAO, *et al.*, 2010; GARFEIN, *et al.*, 2010; ZENTENO-CUEVAS, *et al.*, 2011). A chance para desenvolver TB num indivíduo que não seja infectado pelo HIV pode variar de 5 a 15% ao longo da vida; entretanto, nos portadores do HIV e infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o risco varia entre 5 a 15% ao ano, ou 50% no decorrer da vida (WHO, 2012).

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010 foram diagnosticados e notificados 6,2 milhões de casos de tuberculose no mundo, sendo 5,4 milhões de casos novos, equivalentes a 65% dos casos estimados para o mesmo ano. O Brasil está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo (BRASIL, 2012).

A taxa de incidência de tuberculose no Brasil, em 2001, foi de 42,8 casos para cada grupo de 100 mil habitantes e reduziu para 36,0 em 2011, o que significa uma queda de 15,9 pontos percentuais na última década. Embora a região Sudeste concentre o maior número de casos de tuberculose, a região Norte apresentou as maiores taxas de incidência em todos os anos analisados. Em 2011, os estados do Amazonas (62,6%) e Rio de Janeiro (57,6%) apresentaram as maiores taxa de incidência do país, enquanto Goiás (13,6%) e Distrito Federal (11,1%) as menores (BRASIL, 2012).

No Ceará, durante os anos de 2001 a 2012, observou-se que, de um modo geral, houve uma discreta tendência de declínio nas taxas de incidência da TB. Em 2001, a incidência foi de 46,8 casos para cada grupo de 100 mil habitantes e caiu para 38,8 em 2012. No ano de 2012, foram notificados no Ceará 3.338 casos novos de tuberculose, dos quais 2.829 (84,8%) tinham a forma pulmonar, a extrapulmonar ocorreu em 464 casos (13,9%) e a associação pulmonar e extrapulmonar em 45 casos (1,3%). Entre aqueles com a forma extrapulmonar, predominou o comprometimento pleural, com 16 casos (36,3%). Os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera corresponderam a 1.890 casos (56,6%), alcançando

uma incidência de 22 por 100.000 habitantes. Isto significa que a transmissão está ativa e os pacientes estão sendo diagnosticados e tratados tardiamente (CEARÁ, 2013).

Ainda no Estado do Ceará, pesquisadores informam que a Capital, Fortaleza, é um dos centros urbanos com maior carga de tuberculose no Brasil, com cerca de 2.000 casos novos diagnosticados a cada ano e incidência de 66,2 casos/100.000 habitantes. Ainda em Fortaleza, entre os anos de 2004 a 2008 foi observado letalidade de 11,4% e taxa de abandono de 22,9% (PIRES NETO, *et al.*, 2012).

A partir dos anos 1980, a epidemia de HIV ocasionou um aumento da incidência e da mortalidade por TB em diversos países, que persistiram até por volta de 2004. Conforme a OMS, dos 8,7 milhões de casos incidentes de TB no mundo em 2011, 13% destes são coinfetados por HIV/TB. A proporção de casos de coinfeção HIV/TB foi mais elevada nos países da África, responsável por 79% dos casos de coinfeção em todo o mundo (WHO, 2012).

Entre os casos novos de tuberculose notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2010, cerca de 10% apresentavam coinfeção HIV/TB. A região Sul possui o maior percentual de coinfeção (18,6%), aproximadamente duas vezes maior que a média nacional, seguida da região Sudeste (9,8%), Centro-Oeste (9,1%) e Norte (8,5%). A região Nordeste, por sua vez, apresenta 6,7% de incidência da coinfeção HIV/TB. As divergências entre esses percentuais devem-se ao fato que esse indicador está intimamente relacionado à realização do exame anti-HIV. A tuberculose representa a primeira causa de morte em pacientes com aids no Brasil. Portadores da coinfeção HIV/TB têm maior probabilidade de apresentar um desfecho desfavorável ao tratamento da tuberculose, quando comparados aos indivíduos com TB sem a infecção pelo HIV (BRASIL, 2012).

Quando a aids emergiu a TB era uma patologia controlada e com pequena importância epidemiológica em países desenvolvidos, com diagnóstico e tratamento relativamente fáceis (GAO, *et al.*, 2010). Essa tendência decrescente de casos de TB foi revertida com o surgimento da epidemia de infecção pelo HIV. A doença voltou a ter relevância, induzindo à reformulação dos programas de combate à tuberculose (PUNGRASSAMI, *et al.*, 2010).

Os países em desenvolvimento, por sua vez, que sempre apresentaram alta morbidade por TB, vêm enfrentando o agravamento do problema. Este fato está relacionado à facilidade da transmissão e surgimento da doença ativa em condições como desnutrição, pobreza, aglomerações, além de programas antituberculose pouco estruturados com recursos

financeiros insuficientes e investimentos científicos aquém da necessidade (AKOLO, *et al.*, 2010, GAO, *et al.*, 2010).

Com o advento da infecção pelo HIV/aids nos países endêmicos para tuberculose acarretou em aumento significativo de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa e formas extrapulmonares. Embora sejam menos infectantes que os pacientes com baciloscopia positiva, estes pacientes, em geral, são mais imunocomprometidos, apresentam mais reações adversas aos medicamentos e têm maiores taxas de mortalidade agravadas pelo diagnóstico tardio dessas formas. É frequente a descoberta da infecção pelo HIV durante o diagnóstico de TB. Estima-se no Brasil que, embora a oferta de testagem seja de aproximadamente 70%, apenas cerca de 50% têm acesso ao seu resultado em momento oportuno, com uma prevalência de positividade de 15%. Além disso, como a TB é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, a taxa de óbito atinge 20% dos coinfectados (BRASIL, 2011).

O diagnóstico precoce do HIV em pacientes com tuberculose aumenta a chance de encerramento favorável para esses casos. É preconizado pelo Ministério da Saúde, através do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que todos os pacientes diagnosticados com TB sejam submetidos à investigação sorológica para o HIV. Em 2010, no Brasil, 60,1% dos casos novos de tuberculose foram testados para HIV (BRASIL, 2012). Em 2012, entre os casos novos de tuberculose notificados no SINAN, cerca de 7% apresentavam coinfeção HIV/TB. O teste anti-HIV no Ceará foi realizado em 42% dos casos de tuberculose notificados em 2012 (CEARÁ, 2013).

A coinfeção HIV/TB resulta em taxas de mortalidade mais altas do que a infecção somente pelo HIV (KOMATI, *et al.*, 2010). A resistência aos tuberculostáticos, assim como o elevado risco de transmissão, também surgiram como problemas em razão do abandono do tratamento da TB. Demonstrou-se que as pessoas que vivem com HIV têm maior risco de reativação da infecção tuberculosa latente, em razão da resposta imunológica deficiente. Em coinfectados, a mortalidade comumente se relaciona ao diagnóstico tardio, uma vez que alguns indivíduos infectados pelo HIV adiam a procura por serviços de saúde para evitar receber um diagnóstico de aids (DOMINGOS; CAIAFFA; COLOSIMO, 2008).

No concernente à evolução da doença, tem sido observada a redução da sobrevida de pacientes com HIV/aids após o desenvolvimento da TB ativa. Ainda, a infecção pelo HIV altera a infecção por TB, sua manifestação clínica, duração do tratamento e tolerância aos tuberculostáticos. Entretanto, com a realização correta do tratamento, aproximadamente 90% dos pacientes com tuberculose ativa podem obter alta por cura (KITTIKRAISAK, *et al.*, 2012).

Diante do exposto, constatou-se que, em média, 60% dos óbitos em indivíduos com TB estão relacionados ao HIV. Neste prisma, a infecção pelo HIV, além de ser um fator para ativação da TB, também eleva a ocorrência de óbitos entre indivíduos com tuberculose (SILVA, *et al.*, 2010). Em 2011, estima-se que houve 0,4 milhões de óbitos por TB associada ao HIV em todo o mundo, com números aproximadamente iguais entre homens e mulheres (WHO, 2012).

Os índices elevados da morbimortalidade desta coinfeção acarretam imprevisíveis custos financeiros e emocionais aos indivíduos, família e sociedade. Apesar de décadas de investimentos, muitos países, inclusive desenvolvidos, possui alta prevalência de casos de ambas as infecções. Contudo, as desigualdades sociais em países em desenvolvimento aumentam ainda mais os índices da doença. Sabe-se que fatores individuais, como comportamentos de risco, são os principais meios de transmissão. Também é evidente que a distribuição da coinfeção na população é influenciada pela interação dinâmica entre a prevalência dos agentes infecciosos, a eficácia das ações preventivas e de controle, além dos fatores socioeconômicos (DEAN; FENTON, 2010).

A terapia antirretroviral (TARV) reduz significativamente o risco de morbidade e mortalidade por TB (WHO, 2012). Estudo aponta que o uso adequado da TARV diminui o risco do desenvolvimento da TB em 65%, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+. Portanto, a TARV é recomendada para todos os pacientes com TB que vivem com HIV, independentemente dos níveis de CD4+ (SUTHAR, *et al.*, 2012).

Apesar de no Brasil haver uma política de acesso universal à TARV, além de condições para estabelecer estratégias para redução da morbimortalidade da TB associada ao HIV, ainda mantém-se grandes números de coinfectados, com relevância epidemiológica (CHEADE, *et al.*, 2009). Apesar de todos esses esforços, ainda persistem as dificuldades para o alcance das metas de controle da TB, principalmente pelas altas taxas de óbito entre os portadores de HIV sob tratamento da TB. A maior dificuldade se deve ao fato de a política de controle da TB estar atrelada ao nível básico de atenção à saúde, e a de assistência à aids aos níveis secundário e terciário (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

O problema da TB no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, em que os determinantes do estado de pobreza, as condições sanitárias precárias e as deficiências organizacionais do sistema de saúde limitam a ação da ciência, e, por consequência, inibem o desaparecimento de doenças marcadas pelo contexto social (HINO, *et al.*, 2011).

À medida que a tuberculose diminui na população em geral, em alguns segmentos ela se distribui de forma cada vez menos uniforme e mais concentrada. Estratégias específicas devem ser desenvolvidas para o controle da tuberculose entre alguns grupos populacionais que vivem em condições desfavoráveis de moradia e alimentação, em conglomerados humanos, e entre pessoas com sistema imune deficiente e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose definiu, entre suas populações prioritárias, a população em situação de rua, a população privada de liberdade, a população indígena e as pessoas que vivem com HIV/aids. Muitas vezes, existe uma falta de comunicação entre os programas de aids e de TB. Os pacientes coinfectados, às vezes, não são identificados até o óbito, enfatizando a falha do sistema de saúde em detectar, diagnosticar e tratar essas doenças relacionadas (BRASIL, 2012).

Esforços para prevenir e controlar a coinfeção HIV/TB em populações pobres com acesso limitado a serviços de saúde provavelmente não terão sucesso sem uma abordagem integrada que busque reduzir as desigualdades sociais subjacentes pelas quais o Brasil é conhecido. Um desafio de se abordar aids e TB em assentamentos informais é como utilizar oportunidades potenciais estrategicamente para criar melhorias a longo prazo em áreas urbanas com condições de pobreza de forma que as mesmas estejam mais bem equipadas para reduzir sua vulnerabilidade a essa coinfeção e também para fornecer a gama completa de serviços de saúde para prevenir, tratar e mitigar essas doenças (PRADO, *et al.*, 2011).

1.2 Qualidade de vida e a coinfeção HIV/Tuberculose

A expressão qualidade de vida é bastante abrangente, e tem aparecido em diversas áreas de pesquisa. Esse termo foi inicialmente utilizado por cientistas sociais, filósofos e políticos, e mais recentemente, vem sendo incorporado às ciências da saúde (FLECK, *et al.*, 1999).

Existem diversos conceitos de qualidade de vida (QV), embora não haja na literatura um consenso definitivo sobre a definição da qualidade de vida. Para o presente estudo, adotou-se a definição da OMS, que entende como qualidade de vida “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997). A expressão qualidade de vida vem sendo usada como sinônimo de estado de saúde, estado funcional, bem-estar psicológico, satisfação com a vida, satisfação das necessidades e avaliação da própria vida (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONES-MACHADO, 2004).

Estudos em diferentes áreas da saúde vêm sendo desenvolvidos no intuito de avaliar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, uma vez que os avanços terapêuticos e científicos que aumentam a sobrevivência dos pacientes não acarretam necessariamente como um impacto positivo no âmbito da qualidade de vida (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONES-MACHADO, 2004; REIS, *et al.*, 2011). Nesse ínterim, a melhoria da qualidade de vida tornou-se objetivo singular nas práticas das políticas públicas de saúde, especialmente no contexto da prevenção e promoção da saúde (CANINI, *et al.*, 2004).

Sabe-se que indivíduos com doenças crônicas geralmente valorizam seu estado de saúde mental, físico e seu bem-estar social. Como resultado, a avaliação da qualidade de vida tornou-se uma área de crescente interesse e tem sido avaliada em muitas doenças, incluindo a tuberculose e a aids (GUO; MARRA; MARRA, 2009).

Quando o indivíduo apresenta-se em situação de doença frequentemente surgem preocupações com as condições gerais de vida, dentre elas a qualidade de vida. Em relação às pessoas contaminadas pelo HIV, isso acontece principalmente devido ao elemento traumático do diagnóstico e o seu impacto na individualidade do portador do vírus, pois estes vivenciam ameaças nos aspectos físicos, emocionais e sociais. Deve-se considerar também o aumento da expectativa de vida proporcionado pela utilização da TARV; a busca pelos sistemas de saúde, pelos métodos de prevenção e de controle, além de estratégias para facilitar o ajustamento e aumento do bem-estar dos portadores de HIV (GASPAR, *et al.*, 2011).

A melhoria do estado clínico dos indivíduos infectados pelo HIV em uso de TARV foi avaliada, em grande parte, mediante a redução da taxa de mortalidade, das infecções oportunistas ou dos sintomas mais graves relacionados à aids. A avaliação da QV constitui-se um meio para monitorar o impacto da doença, podendo ser clinicamente útil para identificar quais aspectos são mais afetados por intervenções diretas, além de mensurar resultados da eficácia das terapêuticas utilizadas (O'CONNELL, SKEVINGTON; SAXENA, 2003).

A vigência da tuberculose acarreta em situações que podem comprometer a qualidade de vida, devido ao fato de que em alguns locais os pacientes ainda são vistos como fonte de infecção e, portanto, correm o risco de serem segregados e discriminados, resultando no comprometimento do seu bem-estar físico e psicossocial (HANSEL, *et al.*, 2004). Ainda, a duração prolongada do tratamento, os efeitos colaterais da medicação e a quantidade de comprimidos ingeridos podem, também, causar prejuízo na qualidade de vida (HANSEL, *et al.*, 2004; KITTIKRAISAK, *et al.*, 2012).

A recente história de ampla utilização da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) em nosso país resultou no reconhecido impacto do programa brasileiro de DST/aids: melhora nos indicadores de morbidade, de mortalidade e qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento para o HIV e aids. Por outro lado, a condição de conviver com a deficiência imunológica durante um tempo maior compõe sua caracterização como doença crônico-degenerativa e favorece a ocorrência de agravos à saúde, como exemplo o surgimento das neoplasias. Parte das pessoas que estão em uso de TARV há mais tempo convivem com efeitos da toxicidade dos medicamentos, como a lipodistrofia, as coinfeções e as variantes virais resistentes ao tratamento (BRASIL, 2008).

Com o advento da HAART, houve um aumento significativo do tempo de vida e, conseqüentemente, a expectativa de uma melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde. No entanto, percebe-se que a qualidade de vida de soropositivos não está relacionada apenas a possibilidade de vida mais longa, pois viver com HIV/aids é, em geral, se deparar com situações de discriminação, preconceito, exclusão social, falta de recursos sociais e financeiros, entre outros. Diante desse panorama, enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, a qualidade de vida pode ficar comprometida (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONES-MACHADO, 2004; GASPAR, *et al.*, 2011).

Estudos demonstram que a qualidade de vida de pacientes coinfectados HIV/TB tem maior prejuízo quando comparada a de pessoas que vivem com o HIV, sem a TB. A ocorrência de duas doenças estigmatizantes pode diminuir a qualidade de vida, afetando os aspectos físico, social e mental desses pacientes. Tais estudos possibilitam conhecer os preditores que interferem nos níveis de qualidade de vida, tais como: sintomas de tristeza, estigma, baixo suporte familiar, níveis de escolaridade reduzidos, situação financeira desfavorável, dentre outros (DERIBEW, *et al.*, 2009; NEVES, REIS, GIR, 2010). Através da apreensão desses fatores, possibilita-se traçar estratégias e ações em saúde que objetivam não apenas prolongar a sobrevivência desses pacientes, mas que vislumbre a promoção da saúde de um modo geral.

Especificamente, no Ceará, estudo retrospectivo mostrou as características clínico e epidemiológicas de pessoas coinfectadas com HIV/TB em Fortaleza, cuja ênfase na discussão dos dados indicou como possibilidade o desenvolvimento de ações de planejamento e a avaliação de qualidade de vida dessa população (PIRES NETO, *et al.*, 2012).

1.3 Adesão à terapia antirretroviral

A adesão à terapêutica consiste em um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008). Segundo a OMS adesão é “a medida que o comportamento de uma pessoa – tomando medicação, seguindo dieta, e/ou mudando seu estilo de vida, corresponde as recomendações acordadas por um prestador de cuidados em saúde” (WHO, 2003).

Um problema relevante apontado no tratamento de ambas doenças é a baixa adesão e o abandono ao tratamento, constituindo as principais causas da elevação da morbimortalidade por TB em indivíduos soropositivos (RODRIGUES, *et al.*, 2010). Neste contexto, as circunstâncias de irregularidade no tratamento e abandono por baixa adesão são as mais frequentes causas de resistência aos tuberculostáticos (NEVES; REIS; GIR, 2010).

Diante do exposto, é relevante entender as correlações existentes entre a qualidade de vida desses pacientes e a adesão à TARV. Embora a relação entre esses dois fatores ainda não tenha sido extensamente estudada, sabe-se que a adesão à TARV melhora os resultados clínicos, controla o avanço da doença e diminui a taxa de mortalidade, o que, supostamente, deveria resultar em uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes (CHIOU, *et al.*, 2006).

Em contrapartida a esses benefícios, os efeitos colaterais da TARV incluem alterações metabólicas, alterações neuropsiquiátricas (agitação, alucinações, ansiedade, confusão mental, depressão), alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, constipação intestinal) e lipodistrofia (BRASIL, 2008). Esses sintomas contribuem para a descontinuidade da medicação, que resulta no aumento da carga viral no sangue e diminuição da contagem dos linfócitos T CD4+. Isso pode aumentar a resistência do HIV aos medicamentos, resultando em falha no tratamento e em surgimento de infecções oportunistas (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

No entanto, mesmo com os avanços terapêuticos, há entraves envolvidos na probabilidade de sucesso do tratamento para TB. Alguns antirretrovirais têm interações medicamentosas com tuberculostáticos. Como a TARV e os tuberculostáticos são medicamentos com reconhecida toxicidade e exigências de adesão, o início concomitante dos dois esquemas aumenta o risco de intolerância medicamentosa e impõe dificuldades de identificar qual droga está associada a uma possível toxicidade. Outro problema é o diagnóstico tardio da tuberculose, pois o paciente soropositivo pode deixar de procurar o serviço de saúde por receio de ter diagnosticada a aids ou, ainda, por dificuldade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Em parcela significativa dos casos o diagnóstico de TB é conhecido ao mesmo tempo em que o diagnóstico para infecção pelo HIV. Esta condição influencia na aceitação da doença, gerando muitas vezes a dificuldade da adesão, levando à falência do tratamento, além de ocasionar sérios problemas no cotidiano do cliente com repercussões na qualidade de vida, pela própria doença e pelos estigmas que elas têm na sociedade (WHO, 2012).

Ao longo dos anos, ocorreram alterações nas recomendações nacionais para o tratamento quando estabelecida a concomitância das duas infecções ou das duas doenças. Uma dessas alterações se constitui na mudança de orientação no que se refere à prioridade de tratamento. Inicialmente, o tratamento antirretroviral tinha primazia sobre o tratamento de TB, ou seja, o esquema de antituberculostáticos era definido de acordo com o esquema antirretroviral que o paciente estava utilizando por ocasião do diagnóstico de TB. Posteriormente, o esquema de TB passou a ser prioritariamente definido, com o esquema antirretroviral adequando-se ao de TB, sempre que possível (BRASIL, 2011).

Os indivíduos coinfectados em tratamento concomitante das doenças podem estar em risco de diminuir a adesão em um ou em ambos os tratamentos. A baixa adesão ao tratamento da TB pode levar a um aumento do risco da resistência aos medicamentos, de recaídas, de óbito e prolongar a infecciosidade (SHARGIE; LINDTJORN, 2007). Ressalta-se que no Brasil são registrados índices de abandono do tratamento da tuberculose que podem chegar a 42,0%, sendo esta taxa extremamente elevada, uma vez que o Ministério da Saúde preconiza como aceitável apenas 5,0% de abandono (RODRIGUES, *et al.*, 2010). Provavelmente, o Brasil por abrigar diferenças regionais e possuir grandes dimensões tem diferenças nas apresentações das proporções da tuberculose e da coinfeção HIV/TB para as taxas de abandono e de óbito.

Em estudo realizado em Fortaleza com coinfectados HIV/TB entre os anos de 2004 a 2008, observou-se diferentes resultados, obtendo-se taxa de abandono de 22,9% e 11,5% de óbito (PIRES NETO, *et al.*, 2012). Em João Pessoa, a porcentagem de óbito e de abandono do tratamento para tuberculose foi maior nos pacientes coinfectados pelo HIV, de 15,0% e 16,0%, respectivamente. Entre aqueles somente com tuberculose esses índices foram menores, cujos percentuais foram de 2,0% de óbito e de 12,0% de abandono (COUTINHO, *et al.*, 2012).

No relacionado ao abandono do tratamento da tuberculose no Rio de Janeiro entre os anos de 2007 e 2008, a taxa de abandono foi de 14,7% (PINHEIRO, ANDRADE, OLIVEIRA, 2012). A cidade de Belo Horizonte é a terceira capital no Brasil em maior

número de abandono dos antituberculostáticos, cuja taxa é de 21,0% (WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

Estudo desenvolvido comparando-se duas capitais brasileiras (Fortaleza e Manaus) ao relacionar o abandono do tratamento para TB e algumas variáveis mostrou associação significativa entre sexo e a ocorrência de abandono do tratamento, em que os homens apresentaram uma frequência significativamente maior de desistência do tratamento. Observou-se ainda que, a presença da coinfeção por HIV/TB não foi motivo de abandono para o tratamento da tuberculose (BRAGA, *et al.*, 2012).

A não adesão à TARV é considerada um dos maiores perigos à resposta ao tratamento do indivíduo com HIV (SILVA, *et al.*, 2009). Também está relacionado diretamente à falência terapêutica, facilitando a emergência de cepas do HIV resistentes aos medicamentos existentes, implicando na necessidade de utilização de combinação de outras drogas, o que pode comprometer ainda mais a adesão ao tratamento. Em relação à TB, o paciente que abandona o tratamento torna-se importante fonte de transmissão do bacilo, podendo levar a um aumento dos índices de multirresistência às drogas (NEVES; REIS; GIR, 2010).

As principais barreiras à adesão ao tratamento concomitante das duas infecções consiste nos efeitos colaterais ocasionados por ambas terapias, quantidade excessiva de comprimidos, falta de recursos econômicos que acarreta na má alimentação e a comunicação inadequada com os profissionais de saúde. Os fatores facilitadores que influenciam positivamente à adesão são a crença na possibilidade de cura do tratamento da TB, crença na gravidade da TB na presença simultânea ao HIV e o apoio familiar e dos profissionais de saúde. Deve-se prestar aconselhamento a todos os pacientes, principalmente àqueles que começam a usar a TARV nas fases iniciais do tratamento da tuberculose, acerca dos possíveis efeitos do uso simultâneo das medicações e sobre a impossibilidade de descontinuar o uso dos medicamentos, em especial os antituberculostáticos (GEBREMARIAM; BJUNE; FRICH, 2010).

A conduta da equipe de saúde tem alta relevância para o sucesso do tratamento, visando esclarecer ao paciente a natureza da sua doença, duração do tratamento, a importância da regularidade no uso das drogas e as graves consequências advindas da interrupção do tratamento. O acompanhamento pelo profissional de saúde do paciente coinfectado beneficia o alcance da cura da TB, possibilitando maior sobrevida com qualidade aos pacientes acometidos pela coinfeção HIV/TB e evitando o óbito (RODRIGUES, *et al.*, 2010).

A OMS esclarece alguns pontos estabelecidos acerca da adesão a terapias de longo prazo, que podem auxiliar no manejo desse problema, tais como: os pacientes necessitam ser apoiados e não culpados; as consequências da baixa adesão ocasionam o aumento dos custos dos sistemas de saúde; as melhorias na adesão aumentam a segurança do paciente; a adesão é um importante fator modificador da eficácia dos serviços de saúde; melhorar a adesão pode ser o melhor investimento para enfrentar efetivamente as doenças crônicas; os sistemas de saúde devem se envolver em novos desafios; e uma abordagem multidisciplinar é necessária na direção da adesão (WHO, 2003).

1.4 Religiosidade relacionada à saúde

Os fatores psicossociais como o estigma, caracterizado pela exclusão, rejeição, culpa ou a desvalorização resultante da experiência ou da antecipação de um julgamento desfavorável demonstrado pela sociedade, no caso específico da coinfeção HIV/TB pode levar a atrasos dos cuidados do paciente (PUNGRASSAMI, *et al.*, 2010). Neste contexto, a coinfeção pelo HIV/TB tem ampliado os estigmas direcionados a essa população, por tratar-se de duas enfermidades que representa medo e preconceito para a sociedade (AKOLO, *et al.*, 2010).

Vários estudos têm apontado a importância da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida. Por exemplo, pacientes com tuberculose, indicaram o aumento da espiritualidade como importante fator de qualidade de vida resultante de sua doença e/ou tratamento (HANSEL, *et al.*, 2004). Outros estudos também apontam que a religiosidade e espiritualidade em pessoas com HIV/aids podem auxiliar como apoio social no ajustamento psicológico (SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2002) e no enfrentamento da doença (TANGENBERG, 2001). Diante do exposto, percebe-se que a dimensão da doença perpassa pelos aspectos biológicos, psicológicos, social, cultural e religioso dos indivíduos (REIS, 2008).

O diagnóstico de soropositividade para o HIV envolve sentimentos como o medo do abandono da família, do companheiro e dos amigos; rejeição social, ansiedade, diminuição da autoestima, sensação de perda do controle, perda da função social e a estigmatização (CARVALHO; GALVÃO, 2010).

No tocante a tuberculose, embora seja amplamente divulgada a existência da terapia efetiva contra a doença, em alguns locais os portadores da TB são percebidos como uma fonte de infecção, o que pode resultar na exclusão, rejeição e na desvalorização do indivíduo, levando em longo prazo a um comprometimento no bem-estar psicossocial desses

pacientes (HANSEL, *et al.*, 2004; PUNGRASSAMI, *et al.*, 2010). Muitos portadores da TB também relatam experiências emocionais negativas, tais como ansiedade e medo (HANSEL, *et al.*, 2004).

A religiosidade pode servir como apoio, representando uma importante rede de suporte emocional. A aids, por ser uma doença permeada de preconceito, pode ter como suporte a religiosidade. O indivíduo com crenças religiosas geralmente possui mais força, seja para suportar as dificuldades da existência ou para vencê-las. Os portadores do HIV encontram na crença religiosa um grande auxílio para enfrentar as dificuldades impostas pela doença (CASTANHA, *et al.*, 2007).

Estudo realizado sobre as modalidades de enfrentamento em pessoas que vivem com HIV/aids ressalta a importância da religiosidade no processo saúde-doença, afirmando que a busca de práticas religiosas podem auxiliar no enfrentamento da doença, e que indivíduos com menor escolaridade apresentaram maior uso dessa modalidade de enfrentamento (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005).

Outro estudo confirmou que qualidade de vida de soropositivos para o HIV estava diretamente relacionada a fé religiosa, afiliação religiosa e ao estado de saúde que, juntamente com as condições socioeconômicas contribuíam positivamente para elevar os índices de qualidade de vida. Esse estudo aponta também que o tratamento medicamentoso, tal como a descoberta do diagnóstico, geram sentimentos negativos, tais como ansiedade e tristeza, fazendo-se necessária uma nova adaptação para a convivência com a doença. Esse fato propicia o desenvolvimento da espiritualidade/religiosidade como forma de apoio psicológico e emocional (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008).

Independentemente de seu efeito na evolução das doenças, a religiosidade dos pacientes tem sido identificada como relevante e como um importante aspecto a ser considerado na avaliação da qualidade de vida (ROCHA; FLECK, 2004). Como reconhecimento da importância da dimensão espiritual, a OMS incluiu um domínio de espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais em seu instrumento para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL *Group*, 2006).

Assim, torna-se fundamental diferenciar os conceitos de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais. A espiritualidade se refere às questões de significado da vida e da razão de viver, independentemente de crenças e práticas religiosas. Por religiosidade compreende-se a situação em que um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Crenças pessoais são valores que a pessoa sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e do seu comportamento (FLECK, *et al.*, 2003).

O bem-estar espiritual pode ser então destacado como uma das variáveis presentes na capacidade de resiliência e de proteção da saúde. Esta pode auxiliar as pessoas que vivem com HIV na manutenção e diminuição de agravos do processo saúde-doença, contribuindo para o desenvolvimento da qualidade de vida. Pode-se observar que as pessoas soropositivas, em sua maioria, não se consideram doentes, quando detêm uma boa saúde (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008).

O profissional de saúde, em especial o enfermeiro, tem relatado que a espiritualidade influencia positivamente na saúde de seus pacientes e na assistência de enfermagem, enfatizando a importância de se reconhecer a religiosidade/espiritualidade como meio de fortalecimento para o enfrentamento de enfermidades (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011).

1.5 Justificativa e relevância do estudo

O crescente interesse em avaliar a qualidade de vida, amplamente difundido entre portadores de enfermidades crônicas, estende-se também aos indivíduos com TB, que mesmo sendo uma doença curável, apresenta tratamento de longa duração, podendo acarretar impacto na vida desses pacientes.

Devido ao prolongamento no tempo de sobrevivência das pessoas infectadas pelo HIV em decorrência da TARV e na presença da tuberculose nessa população, tornou-se importante avaliar a qualidade de vida em virtude da sobrecarga emocional e física dos pacientes infectados pelo HIV com a presença concomitante da tuberculose.

Estudo aponta que a qualidade de vida dos portadores de HIV/aids, bem como outras doenças, é fortemente influenciada por fatores sociodemográficos, tais como: condições socioeconômicas, gênero, raça/etnia, renda e grau de escolaridade (GASPAR, *et al.*, 2011). Portanto, a mensuração da qualidade de vida de populações em regiões específicas e com doenças associadas é importante para identificar as variáveis que atuam negativamente, direcionando para os cuidados individualizados, proporcionando a elaboração de políticas públicas específicas.

Nas diferentes regiões do mundo há estudos acerca da qualidade de vida de pacientes que vivem com HIV/aids (CAMPOS; CÉSAR; GUIMARÃES, 2009; FRANCOLINO, *et al.*, 2010), entretanto ainda são escassos na literatura estudos que abordem a adesão ao tratamento e a religiosidade de portadores da coinfeção HIV/TB, com enfoque na qualidade de vida.

O conhecimento dos fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral nos pacientes coinfectados é de extrema importância para o redirecionamento de estratégias que orientem as ações de saúde, no sentido de potencializar a cura e a não disseminação da TB, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes infectados pelo HIV (NEVES; REIS; GIR, 2010).

Para se avaliar as diferentes repercussões da coinfeção HIV/TB na vida dos pacientes surgiu o interesse de avaliar possíveis associações entre a qualidade de vida, a adesão ao tratamento e as dimensões de religiosidade dessa clientela, utilizando-se parâmetros mensuráveis quantitativos válidos e adequados para população brasileira.

Deste modo, este estudo surgiu com a finalidade de contribuir para ampliar as avaliações de qualidade de vida de indivíduos coinfectados pelo HIV e TB, visto que existe vasta literatura que aborda a qualidade de vida de infectados pelo HIV (CASTANHA, *et al.*, 2007; CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008; CAMPOS; CÉSAR; GUIMARÃES, 2009; FRANCOLINO, *et al.*, 2010) e de pacientes com tuberculose (HANSEL, *et al.*, 2004; GUO; MARRA; MARRA, 2009), mas ainda é incipiente estudos acerca da qualidade de vida, da religiosidade e da adesão à TARV em indivíduos coinfectados por HIV/TB.

A realização do estudo visa enriquecer o conhecimento científico e suscitar uma atenção melhorada e mais criteriosa à saúde como meio para promover uma melhoria da qualidade de vida desses indivíduos que vivenciam a presença de duas enfermidades de importante relevância para a saúde pública. Ainda, o conhecimento produzido por esse estudo contribuirá para o delineamento de novas estratégias de controle da tuberculose entre os infectados pelo HIV.

Diante do exposto elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: A qualidade de vida, a adesão à terapia antirretroviral e a religiosidade é influenciada pela presença da coinfeção HIV/TB? Para responder tal questionamento elaborou-se os objetivos descritos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

- Identificar os níveis de qualidade de vida, de adesão ao tratamento antirretroviral e os índices de religiosidade de coinfectados por HIV/Tuberculose.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas de coinfectados por HIV/TB;
- Avaliar a qualidade de vida, a adesão ao tratamento antirretroviral e os índices de religiosidade de coinfectados por HIV/TB.
- Correlacionar os níveis de qualidade de vida com os níveis de adesão aos antirretrovirais de coinfectados por HIV/TB;
- Correlacionar os níveis de adesão aos antirretrovirais com os índices de religiosidade de coinfectados por HIV/TB;
- Correlacionar os níveis de qualidade de vida com os índices de religiosidade de coinfectados por HIV/TB.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Para equacionar o problema de pesquisa foi desenvolvido estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. Optou-se por este delineamento metodológico, pois proporciona descrições detalhadas de variáveis existentes e uso de dados para justificar e avaliar condições e/ou situações, possibilitando a elaboração de planos para melhorar as práticas de atenção à saúde (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O modelo transversal mostra-se apropriado para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em determinado ponto fixo do tempo, considerando que a coleta de dados ocorre em um único momento (POLIT; BECK, 2011). Constituem uma boa escolha para descrever características em um grupo populacional, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. Apresenta, na maioria das vezes, baixo custo, rapidez e objetividade na coleta de dados. Uma das desvantagens consiste na limitação cronológica, pois não é possível acompanhar os sujeitos da pesquisa (BASTOS; DUQUIA, 2007).

3.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), pertencente à rede pública. Trata-se de uma unidade terciária de referência para diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas no Estado do Ceará. Além dos internamentos em unidades clínicas e de tratamento intensivo, o serviço disponibiliza atendimentos para diferentes doenças infecciosas. A escolha deste serviço se deu em razão de ser um centro de referência do Estado do Ceará para atendimento de pacientes infectados pelo HIV e coinfectados HIV/TB. Possui ambulatório especializado para atendimento de pacientes com coinfeção HIV/TB e mantém um protocolo de atendimento dos clientes. É um hospital que se preocupa com o aspecto humanizado no atendimento. Além disso, mantém constantes atividades de educação continuada para os profissionais.

Os dados foram coletados de abril a setembro de 2012. O período para a obtenção das informações ocorreu em função de possibilitar ao máximo a participação de indivíduos com coinfeção HIV/TB.

3.3 Casuística

A população consistiu em pacientes com coinfeção HIV/TB, residentes no estado do Ceará, e em acompanhamento no ambulatório do Hospital São José de Doenças Infecciosas, durante seis meses de 2012.

Para constituição da população teve-se como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ser de ambos os sexos, com diagnóstico médico de infecção pelo HIV e de tuberculose (coinfeção HIV/TB) com registro formal no prontuário em qualquer fase do tratamento da tuberculose. Os critérios de exclusão foram: pacientes com déficits cognitivos que impossibilitassem a compreensão das perguntas contidas nos instrumentos.

Dados fornecidos pelo serviço através do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HSJ, de abril a setembro de 2012, constatou-se que foram notificados 82 casos de coinfeção HIV/TB residentes no Ceará. A proporção de casos estudados (n=74) foi de 90,2% do total, considerando-se assim uma amostra ampla dos coinfectados em atendimento no período.

A seleção dos participantes foi realizada por meio da técnica de amostragem por conveniência, ou seja, à medida que os pacientes comparecessem aos serviços para o atendimento em saúde seriam convidados a participarem do estudo, até atingir o período estipulado para coleta de dados.

No presente estudo, para a coleta de dados, seguiu-se uma sistemática para garantir representatividade da amostra. A pesquisadora manteve-se no serviço durante todos os turnos de atendimento, ou seja, todas as sextas-feiras pela manhã, no período de seis meses. Seguindo-se os critérios de seleção, entrevistou 74 indivíduos coinfectados por HIV/TB. O período de coleta (6 meses) foi estipulado em função do tempo de tratamento para a tuberculose.

3.4 Coleta de dados

A captação dos dados ocorreu no dia em que os pacientes compareceram ao ambulatório para as consultas médicas agendadas. Os mesmos foram convidados a participar do estudo após o atendimento médico, a fim de não atrapalhar o andamento do serviço. A coleta foi realizada em ambiente privativo, permitindo o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas. O tempo estimado para cada entrevista foi de 40 minutos para cada participante. As entrevistas foram conduzidas por uma enfermeira previamente capacitada para tal fim. A principal dificuldade durante a coleta de dados deu-se em função de haver

apenas uma pesquisadora, tendo em vista que diversos pacientes eram atendidos pelo médico ao mesmo tempo, e assim, muitos pacientes iam embora após a consulta sem a oportunidade de participar da pesquisa. Dessa forma, em virtude das consultas geralmente ocorrerem mensalmente, apenas no mês seguinte esse paciente teria nova chance de ser incluído no estudo.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica.

As variáveis obtidas por fonte primária foram: data de nascimento, sexo, cor, escolaridade em anos, situação conjugal, categoria de exposição ao HIV, orientação sexual, mora com o parceiro, sorologia atual do parceiro sexual, número de filhos, religião, situação ocupacional, número de pessoas que moram no mesmo domicílio e renda familiar mensal. Os dados clínicos, também obtidos por fonte primária foram: tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, doenças prévias após diagnóstico de HIV, início de regime terapêutico antirretroviral, número de comprimidos e posologia da TARV, quantidade de internações por complicações do HIV, internações psiquiátricas nos últimos 12 meses e uso de medicações psiquiátricas.

Os dados obtidos por fonte secundária, ou seja, por meio de busca no prontuário foram: medicamentos em uso da TARV, contagem de linfócitos T CD4+, carga viral, forma de exposição da tuberculose, data do início do esquema antituberculostático, número de comprimidos e posologia, teste tuberculínico (PPD), pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e radiografia de tórax (APÊNDICE A).

- Escala de Mensuração de Qualidade de Vida (WHOQOL-HIV bref).

O WHOQOL-HIV bref é uma versão abreviada de um instrumento desenvolvido pela OMS, elaborado transculturalmente e validado no Brasil (ZIMPEL; FLECK, 2007), específico para a avaliação de qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. Foi elaborado a partir do WHOQOL - utilizado para mensuração da qualidade de vida da população geral. O WHOQOL originou-se a partir do desenvolvimento de módulos específicos para alguns grupos de pessoas ou de doenças específicas, de forma a avaliar as circunstâncias e peculiaridades da enfermidade ou da população em questão. O primeiro

módulo a ser desenvolvido foi o de HIV/aids, devido a importância epidemiológica e suas implicações na qualidade de vida.

O WHOQOL-HIV brief contém dois itens para a avaliação da qualidade de vida e estado de saúde geral. O instrumento contempla seis domínios, a saber: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente; espiritualidade/religião/crenças pessoais. Cada domínio é composto por facetas, manifestações menores da QV, totalizando 29, explicitadas no Quadro 1. Os itens foram formulados para uma escala de resposta do tipo Likert em relação à intensidade (nada- extremamente), capacidade (nada- completamente), frequência (nunca- sempre) e avaliação (muito ruim- muito boa; muito insatisfeito- muito satisfeito), contabilizando um total de 31 itens. Cada item possui cinco opções de respostas, variando de 1 a 5, em que 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas (ANEXO A).

Quadro 1- Apresentação dos domínios e facetas da escala WHOQOL-HIV bref.

Domínios	Facetas
1- Físico	Dor e desconforto
	Energia e fadiga
	Sono e descanso
	Sintomas de pessoas vivendo com HIV/aids
2- Psicológico	Sentimentos positivos
	Cognição (pensar, aprender, memória e concentração)
	Auto-estima
	Imagem corporal e aparência
	Sentimentos negativos
3- Nível de Independência	Mobilidade
	Atividades da vida cotidiana
	Dependência de medicação ou de tratamento
	Aptidão ao trabalho
4- Relações Sociais	Relacionamentos pessoais
	Apoio social
	Atividade sexual
	Inclusão social
5- Meio Ambiente	Segurança física
	Moradia
	Finanças
	Cuidados de saúde e sociais (acesso e qualidade)
	Informação
	Lazer
	Ambiente físico (poluição, barulho, trânsito, clima)
	Transporte
6- Espiritualidade/religião/crenças pessoais	Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais
	Perdão e culpa
	Preocupações sobre o futuro
	Morte e morrer

As pontuações dos domínios estão dispostas em sentido positivo, de tal maneira que os valores mais altos denotam melhor qualidade de vida. No entanto, algumas facetas (dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação, morte e morrer) não foram formuladas em sentido positivo, ou seja, possuem escores invertidos e devem ser revertidos na direção dos demais para que em todos os domínios os maiores valores possam indicar melhor qualidade de vida.

Para calcular os escores dos domínios do WHOQOL-HIV bref utilizou-se a sintaxe fornecida pelo WHOQOL Group, disponível em português e inglês. Tais escores são pontuados de forma independente, considerando que a qualidade de vida é um constructo multidimensional. Assim, os escores foram medidos em sentido positivo, em uma escala de 4 a 20, dispostos em frequências, médias, medianas, desvios-padrão, máximo e mínimo.

Para avaliar a qualidade de vida a partir dos escores dos domínios foram estipulados três níveis de qualidade de vida, determinado de acordo com a literatura, a saber: inferior (de 4 a 10 pontos), intermediária (de 10,1 a 14,9) e superior (de 15 a 20) (SANTOS; FRANÇA JUNIOR; LOPES, 2007; FERREIRA; OLIVEIRA, PANIAGO, 2012).

- CEAT-VIH (Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral).

Com o propósito de avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV, foi utilizada a versão em português do Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH). Mencionado instrumento foi traduzido mediante o procedimento de tradução e retradução por especialistas bilíngues português-espanhol de forma independente. A versão final foi aplicada a um determinado número de pacientes, com o objetivo de testar a compreensão dos itens do questionário. Foram realizados pequenos ajustes na linguagem após as sugestões dos pacientes. Possui caráter multidimensional, tendo em vista que contempla os principais fatores que podem captar o comportamento de adesão ao tratamento (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007) (ANEXO B).

O instrumento possui 20 questões, cuja pontuação total é obtida pela soma das respostas de todos os itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento (REMOR, MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007). Os graus de adesão foram classificados em adesão boa/adequada e estrita (escore bruto ≥ 75) e inadequada baixa/insuficiente (escore bruto ≤ 74).

- Escala de Religiosidade de Duke (DUREL).

Para avaliar os índices de religiosidade escolheu-se a Escala de Religiosidade de Duke (DUREL), a versão em português da *Duke Religious Index*, feita a partir de uma tradução inicial, revisada por pesquisadores brasileiros. Essa versão revisada foi retrotraduzida para o inglês, e foi enviada para seu autor, que avaliou e aprovou a versão final em português. Esta versão ainda não foi validada para a população brasileira, porém, os autores consideram que pelo fato de ambos os países serem majoritariamente cristãos e de a DUREL apresentar itens genéricos, provavelmente aplicáveis à maioria das religiões, sugere-se que essa versão em português possa ser bem aplicável em nossa realidade (MOREIRA-ALMEIDA, *et al.*, 2008).

A escala possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) (MOREIRA-ALMEIDA, *et al.*, 2008) (ANEXO C).

Entende-se por RO a participação e assiduidade em igrejas, templos ou encontros religiosos, amplamente associada a um componente social. A RNO diz respeito a atividades religiosas realizadas a partir da privacidade do lar como orações, leituras, assistir programas em meios de comunicação, ou seja, independente da interação com outras pessoas. A RI avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar no comportamento, decisões e na vida do indivíduo, demonstrando o quanto e como o indivíduo percebe a importância da religião em sua vida (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001).

Os dois primeiros itens da escala possuem 6 opções de respostas, com escores variando de 1 a 6; os três itens seguintes possuem 5 opções de respostas, com escores variando de 1 a 5. Na análise dos resultados da escala, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total (MOREIRA-ALMEIDA, *et al.*, 2008).

3.6 Variáveis de interesse do estudo

As variáveis obtidas a partir do questionário de avaliação sociodemográfica e de saúde foram agrupadas em variáveis de interesse, dispostas no quadro a seguir (Quadro 2).

Quadro 2- Variáveis de interesse do estudo

Variáveis sociodemográficas e epidemiológicas	Categorização das variáveis
Sexo	Masculino; feminino.
Faixa etária	Em anos completos.
Cor	Cor autorreferida: branca; parda; negra.
Escolaridade	Analfabeto; ensino fundamental; ensino médio; ensino superior.
Estado civil	Casado/ união estável; solteiro; outros.
Renda familiar mensal	Em salários mínimos (valor do salário vigente a época era de R\$622,00).
Situação ocupacional	Empregado; desempregado; outro.
Orientação sexual	Heterossexual; homossexual; bissexual.
Parceria sexual	Parceiro sexual fixo (sim ou não).
Sorologia do parceiro sexual	Obtida pelo relato do entrevistado: positiva; negativa; não sabe/ não fez.
Religião	Católica; sem religião; outra.
Variáveis clínicas relacionadas ao HIV	
Início da TARV	Em meses.
Tempo de infecção pelo HIV	Em meses, a partir da descoberta do diagnóstico.
Categoria de exposição ao HIV	Sexual; transmissão vertical; sanguínea/transusão; sanguínea/usuário de drogas endovenosas; acidente pérfuro-cortante.
Contagem de linfócitos T CD4+	Obtido no prontuário.
Carga viral	Obtido no prontuário.
Doenças prévias	Tuberculose; pneumocistose; neurotoxoplasmose, histoplasmose; outras.
Variáveis clínicas relacionadas à tuberculose	
Tipo de tuberculose	Pulmonar; extrapulmonar; mista.
Início dos antituberculosstáticos	Data de início dos antituberculosstáticos.
Teste tuberculínico (PPD)	Reator; não reator; não realizado.
Pesquisa de BAAR	Positiva; negativa; não realizada.
Radiografia de tórax	Normal; sugestiva, não realizada.

3.7 Organização e análise dos dados

Os dados foram digitados no programa Microsoft Access 2003 e foi realizada validação do banco de dados a fim de conferir erros de digitação e obter dados fidedignos. Após a validação o banco foi exportado para o programa estatístico STATA v.11.0, a partir do qual foi realizada a caracterização das variáveis em intervalos e a análise dos dados.

As características sociodemográficas e clínicas foram dispostas mediante estatística descritiva, por distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (média, desvio-padrão e mediana).

A consistência interna das respostas da escala de qualidade de vida e escala de religiosidade foi validada mediante aplicação do coeficiente alfa de Cronbach, apenas para as medidas ordinais do tipo Likert. O coeficiente alfa de Cronbach é uma medida de correlação que avalia a consistência interna entre as respostas dos itens de uma escala, variando de 0 a 1. Os valores entre 0,70 e 0,90 apresentam boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância (a alta concordância pode sinalizar também forte colinearidade entre os itens, ou seja, significa que as perguntas podem ser semelhantes e por isso apresentam alta concordância) (STEINER; NORMAN, 2003).

Foram aplicados os Testes Qui-quadrado Exato de Fischer para comparação entre proporções, o Teste Qui-quadrado de Tendência Linear para avaliação de tendências proporcionais e aumento ou redução entre as variáveis ordinais e a Correlação Linear de Spearman para verificar correlações entre os escores das escalas adotadas.

O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$).

3.8 Aspectos éticos

Conforme a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde foi seguida todas as exigências para pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo primordialmente a privacidade, o anonimato e a não maleficência. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos e benefícios trazidos pela mesma e foi claramente explicado que a participação no estudo era voluntária e que, em caso de recusa, não haveria nenhum prejuízo na continuidade do tratamento do paciente. O estudo foi submetido através da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas e aprovado sob protocolo de nº 93.437 (ANEXO D). A participação dos sujeitos foi formalizada

por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão dispostos em quatro sessões, a saber: caracterização sociodemográfica e clínica; qualidade de vida de coinfectados por HIV/TB; adesão ao tratamento antirretroviral de coinfectados por HIV/TB; e religiosidade de coinfectados por HIV/TB.

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica de coinfectados por HIV/TB

Participaram do estudo 74 pessoas adultas com a coinfecção HIV/TB. Na tabela 1 apresentam-se os dados de caracterização sociodemográfica. Do total, em relação ao gênero, 79,7% eram do sexo masculino. A faixa etária predominante constituiu-se de indivíduos com idade entre 30 e 39 anos (35,1%), com média de idade de 37,7 anos (desvio-padrão=10,88). A idade mínima foi de 20 e a máxima de 71 anos.

Na distribuição da cor autorreferida, a participação de indivíduos de cor parda foi maior (58,1%). Os demais autorreferiram-se brancos (40,5%) e negros (1,4%). Quanto ao estado civil, 31,1% estavam casados ou em união estável e 59,0% encontravam-se solteiros. No tocante à orientação sexual, a maioria considerou-se heterossexual (64,9%); 18,9% informou ser homossexual; e o restante (16,2%) indicava ser bissexual (Tabela 1).

Quanto ao nível de instrução ou escolaridade, 47,3% relataram ter cursado o ensino médio completo e 43,2% possuíam apenas o ensino fundamental, sendo a média de aproximadamente 9,3 anos de estudos, com valor mínimo de 0 e máximo de 20 anos de estudos (Tabela 1).

No concernente à situação ocupacional, observou-se que 40,5% estavam desempregados. Verificou-se também que 75,7% tinham renda per capita inferior a um salário mínimo; 18,9% entre 1 e 2 salários mínimos; e apenas 5,4% possuíam renda per capita maior que 2 salários mínimos (Tabela 1). O valor do salário mínimo vigente à época era de R\$ 622,00.

Quanto à presença de filhos (paridade), 40,6% afirmaram não possuir filhos e os demais (59,4%) referiam um ou mais filhos. A presença de pessoas que coabitavam com os participantes no mesmo domicílio foi observada, independente da idade. Entre eles, 14,9% referiam morar só, enquanto os demais moravam com uma ou mais pessoas, destes 50,0% coabitam com quatro ou mais pessoas. Em relação à religião a maior parte (52,7%) referia professar a religião católica, enquanto que 37,8% consideravam-se evangélicos (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Variáveis sociodemográficas	Coinfectados HIV/TB N (%)
Sexo	
Masculino	59 (79,7)
Feminino	15 (20,3)
Idade (anos)*	
18 – 29	18 (24,3)
30 – 39	26 (35,1)
40 – 49	23 (31,1)
50 – 59	3 (4,1)
≥60	4 (5,4)
Raça	
Branca	30 (40,5)
Preta	1 (1,4)
Parda	43 (58,1)
Estado civil	
Casado/união estável	20 (27,0)
Solteiro	46 (62,2)
Outros	8 (10,8)
Mora com parceiro	
Sim	20 (27,0)
Não	54 (73,0)
Orientação sexual	
Heterossexual	48 (64,9)
Homossexual	14 (18,9)
Bissexual	12 (16,2)
Escolaridade	
Analfabeto	6 (8,1)
Ensino Fundamental	32 (43,2)
Ensino Médio	35 (47,3)
Ensino Superior	1 (1,4)
Ocupação	
Empregado	16 (21,6)
Desempregado	30 (40,5)

Outros	28 (37,9)
Renda (salário mínimo)**	
<1	56 (75,7)
1-2	14 (18,9)
>2	4 (5,4)
Número de filhos	
0	30 (40,6)
1-2	22 (29,7)
≥3	22 (29,7)
Número de moradores por domicílio	
1	11 (14,9)
2-3	26 (35,2)
≥4	37 (50,0)
Religião	
Católica	39 (52,7)
Evangélica	28 (37,8)
Sem religião	5 (6,8)
Outras	2 (2,7)

*Média de idade=37,7; desvio-padrão= 10,88. ** Valor do salário mínimo vigente à época= R\$ 622,00.

No concernente às características clínicas, dispostas na tabela 2, a forma de contaminação do HIV predominante foi pela via sexual (97,3%). No presente estudo a sorologia do parceiro atual foi obtida pela declaração do paciente, assim não foram consultados registros em prontuários ou em outros documentos. Do total de coinfectados por HIV/TB que referiam parceria sexual atual (n=23) foi observado soroconcordância em 69,7% e sorodiscordância em 13,0% dos casais. Apenas 4 (17,4%) desconheciam a sorologia anti-HIV do parceiro sexual atual (Tabela 2).

Quanto ao tempo de infecção pelo HIV, do total de estudados, 46,9% viviam com o HIV em um período inferior a um ano, ou seja, próximo à descoberta da tuberculose. Entre os participantes, 48,6% iniciaram a TARV em um período inferior a seis meses (Tabela 2). Geralmente, os portadores da TB quando ainda não fazem uso da TARV, iniciam concomitantemente aos antituberculosstáticos ou logo após.

Os valores de CD4+ variaram entre 24 a 1.289 células/mm³ de sangue, cujo valor médio foi aproximadamente 234 células/mm³. A contagem de linfócitos T CD4+ foi inferior a 200 células/mm³ em 38 pacientes (51,4%); 43,2% apresentaram contagem entre 200 e 499

células/mm³; e apenas 5,4% tiveram como resultado valor igual ou superior a 500 células/mm³ (Tabela 2).

No tocante ao resultado do exame de carga viral, observou-se que 25,7% dos indivíduos apresentaram carga viral indetectável (menor que 50 cópias de RNA viral/ml de sangue). Apresentaram valores entre 50 e 10.000 cópias de RNA viral/ml de sangue 13,5% e com valores superiores a 10.000 cópias RNA viral/ml em 60,8% dos pacientes (Tabela 2).

Para esse estudo foi avaliado o uso de medicações psiquiátricas para inteirar-se sobre a presença de morbidades de cunho psicológico dentre os indivíduos estudados. Assim, observou-se que o uso dessas drogas estava presente entre 18,9% deles. As internações hospitalares em decorrência de complicações devido ao HIV nos últimos doze meses que antecederam a entrevista demonstrou que 50,0% dos coinfectados foram internados de 1 a 2 vezes e 20,3% tiveram mais que três internações (Tabela 2).

Tabela 2- Características clínicas dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Variáveis clínicas	Coinfectados HIV/TB	
	N (%)	
Categoria de exposição		
Sexual	72 (97,3)	
Sanguínea	0 (0,0)	
Outro	2 (2,7)	
Sorologia do parceiro atual (n=23)		
Positiva	16 (69,7)	
Negativa	3 (13,0)	
Não sabe/ não fez	4 (17,4)	
Tempo de diagnóstico (anos)		
<1	34 (46,9)	
1-5	25 (33,8)	
>5	15 (20,3)	
Contagem CD4+ (células/mm³)*		
<200	38 (51,4)	
200-499	32 (43,2)	
≥500	4 (5,4)	
Carga Viral (cópias /ml)**		
<50	19 (25,7)	
50-10.000	10 (13,5)	
>10.000	45 (60,8)	
Tempo de uso da TARV (meses)***		
<6	36 (48,6)	
6-12	13 (17,6)	
>12	25 (33,8)	
Em uso de medicações psiquiátricas		
Sim	14 (18,9)	
Não	60 (81,1)	
Internações por complicações pelo HIV nos últimos 12 meses		
0	22 (29,7)	
1-2	37 (50,0)	
>3	15 (20,3)	

*CD4⁺: média= 234; desvio-padrão= 1,3; ** Carga viral: média=33.299; desvio-padrão= 61.865; *** Tempo de TARV: média=19,8; desvio-padrão= 31,1.

Pela tabela 3 observam-se as formas de apresentação clínica e os exames específicos para a tuberculose. Quanto à apresentação clínica da tuberculose, 53 (71,6%) pacientes apresentaram a forma pulmonar; 17 (23,0%) pacientes apresentaram a extrapulmonar e os demais (5,4%) tiveram o acometimento pulmonar e extrapulmonar simultaneamente, também denominada de forma mista (Tabela 3). Os sítios de acometimento da TB extrapulmonar foram respectivamente: ganglionar (9), pleural (6), intestinal (4), laríngea (1), meníngea (1).

O teste tuberculínico, também chamado de Derivado Proteico Purificado (PPD) consiste em um exame complementar, que auxilia no diagnóstico da TB, porém não é definidor do diagnóstico. É mais utilizado para saber se o paciente possui infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*. Nesse estudo, 20 (27,0%) apresentaram resultado reator; 27 (36,5%) foram não reatores; e 27 (36,5%) não realizaram o referido teste (Tabela 3).

A pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) obtida através do escarro, constitui-se como um dos determinantes para o diagnóstico de TB. Verificou-se que 44,6% apresentaram baciloscopia positiva; 37,8% tiveram resultado negativo; e o restante (17,6%) não realizou a pesquisa de BAAR (Tabela 3).

Quanto à radiografia de tórax, 70 pacientes possuíam no prontuário relatos dos achados desse exame, e destes, 74,3% apresentaram características pulmonares sugestivas de TB, enquanto que 20,3% apresentaram padrão pulmonar com aspectos normais (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição das formas de apresentação da tuberculose e realização de exames dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Variáveis	Coinfectados HIV/TB	
	N (%)	
Tipo de TB		
Pulmonar	53 (71,6)	
Extrapulmonar	17 (23,0)	
Pulmonar + extrapulmonar (mista)	4 (5,4)	
PPD		
Reator	20 (27,0)	
Não reator	27 (36,5)	
Não realizado	27 (36,5)	
Pesquisa de BAAR		
Positiva	33 (44,6)	
Negativa	28 (37,8)	
Não realizada	13 (17,6)	
Radiografia de tórax		
Normal	15 (20,3)	
Sugestivo	55 (74,3)	
Não realizado	4 (5,4)	

Na tabela 4 encontra-se a apresentação das doenças prévias. Em relação à presença de doenças oportunistas os coinfectados informaram tuberculose anteriormente em 18,9%; histoplasmose em 2,7%; pneumocistose em 6,7% e neurotoxoplasmose em 8,1%.

Tabela 4- Presença de infecções oportunistas prévias entre os 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Infecções oportunistas prévias	Coinfectados HIV/TB	
	N (%)	
Tuberculose		
Sim	14 (18,9)	
Não	60 (81,1)	
Histoplasmose		
Sim	2 (2,7)	
Não	72 (97,3)	
Pneumocistose		
Sim	5 (6,7)	
Não	69 (93,3)	
Neurotoxoplasmose		
Sim	6 (8,1)	
Não	68 (91,9)	

4.2 Qualidade de vida de coinfectados por HIV/TB

A qualidade de vida foi analisada através dos valores dos escores médios dos seis domínios da WHOQOL-HIV bref, que variam de 4, considerado o menor valor e, portanto, a pior qualidade de vida, até 20, que consiste no valor mais alto, equivalente ao melhor nível de qualidade de vida. Os dados referentes aos seis domínios estão descritos na tabela 5.

Foi possível observar que nenhum domínio apresentou médias de QV inferior (4-10) demonstrando não haver prejuízo acentuado na qualidade de vida. Já demonstraram qualidade de vida intermediária os domínios: Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente, Espiritualidade/religião/crenças pessoais. Enquanto que a QV superior foi constatada em dois domínios, o Físico que obteve 15,0 e o referente a Espiritualidade/religião/crenças pessoais cujo escores médios foi 15,8 (Tabela 5).

Os domínios do WHOQOL-HIV bref foram submetidos para avaliação da confiabilidade por meio da consistência interna através do coeficiente Alfa de Cronbach. Observou-se que, pelo emprego do referido teste, em todos os domínios as respostas dos itens apresentaram uma boa consistência interna, e o valor do Alfa de Cronbach global foi de 0,90 (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição dos escores médios e consistência interna dos domínios da escala WHOQOL-HIV bref dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Domínios	Média	DP*	Mediana (p50)	Mín	Máx	Alfa de Cronbach^{a**}	Nº de itens
Físico	15,0	2,5	15,0	6,0	19,0	0,89	27
Psicológico	14,2	1,9	14,4	6,4	17,6	0,89	27
Nível de Independência	12,4	2,5	12,0	6,0	18,0	0,89	27
Relações Sociais	13,4	2,4	14,0	7,0	19,0	0,89	26
Meio Ambiente	13,0	2,0	13,0	7,5	17,5	0,88	23
Espiritualidade/religião/ crenças pessoais	15,8	2,6	17,0	8,0	19,0	0,90	27

*DP: desvio-padrão; ^aAlfa de Cronbach com retirada dos itens do domínio; ^{**}Alfa de Cronbach global= 0,90.

O WHOQOL-HIV bref possui dois itens gerais acerca da percepção dos indivíduos em relação a sua qualidade de vida e satisfação com sua saúde. Um total de 47,3% dos pacientes autoavaliaram sua QV como boa ou muito boa. No tocante à satisfação com a saúde, 45,9% dos coinfectados relataram estar satisfeito ou muito satisfeito com a saúde (Tabela 6).

Tabela 6- Autoavaliação da qualidade de vida e satisfação com a vida de coinfectados por HIV/TB. Fortaleza - CE, 2012.

Itens e opções de respostas	Coinfectados HIV/TB	
	N (%)	
Como está sua qualidade de vida?		
Muito ruim	2 (2,7)	
Ruim	9 (12,2)	
Nem ruim nem boa	28 (37,8)	
Boa	32 (43,3)	
Muito boa	3 (4,0)	
Quão satisfeito você está com sua saúde?		
Muito insatisfeito	1 (1,3)	
Insatisfeito	13 (17,6)	
Nem insatisfeito nem satisfeito	26 (35,2)	
Satisfeito	33 (44,6)	
Muito satisfeito	1 (1,3)	

4.3 Adesão à terapia antirretroviral de coinfectados por HIV/TB

No tocante a adesão à medicação, para esse estudo, foi considerada apenas a adesão à terapia antirretroviral, visto que a literatura apresenta um instrumento validado para o Brasil, o CEAT-VIH, e este é utilizado para apreensão da TARV entre os coinfectados por HIV/TB. Em contrapartida, os indivíduos com ambas as doenças (aids e tuberculose) foram apenas questionados acerca do uso adequado e contínuo dos antituberculosstáticos, porém tais informações não foram apresentadas neste estudo, tendo em vista que não foi utilizado nenhum instrumento para verificação dessas informações.

Os graus de adesão obtidos a partir dos escores da escala CEAT-VIH foram classificados em adesão boa/adequada e estrita (score bruto ≥ 75) e inadequada/baixa e insuficiente (score bruto ≤ 74).

Pela tabela 5 observam-se as características sociodemográficas e os níveis de adesão aos antirretrovirais dos coinfectados por HIV/TB. Entre os entrevistados, 10 (13,5%) foram classificados com graus de adesão adequada e 64 (86,5%) apresentaram níveis inadequados. O sexo masculino apresentou os maiores graus de adesão, sendo adequada em

90,0% e inadequada em 78,1% quando comparados às mulheres, que apresentaram adesão adequada em 10,0% e inadequada em 21,9%.

Ao ser avaliadas as variáveis sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, número de moradores e religião não foram verificadas diferenças entre os níveis de adesão. Entretanto, foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre orientação sexual e os graus de adesão (valor de $p=0,024$) e número de filhos e adesão ($p=0,029$) (Tabela 7).

Tabela 7- Características sociodemográficas dos 74 coinfectados por HIV/TB e os níveis de adesão aos antirretrovirais. Fortaleza-CE, 2012.

Variáveis	Adesão à TARV		Total	P
	Adequada	Inadequada		
	N=10	N=64	N=74	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo				0,676*
Masculino	9(90,0)	50(78,1)	59 (79,7)	
Feminino	1(10,0)	14(21,9)	15 (20,3)	
Idade (anos)				0,22**
Até 29	4(40,0)	14(21,9)	18 (24,3)	
30 – 39	3(30,0)	23(36,0)	26 (35,1)	
40 – 49	3(30,0)	20(31,2)	23 (31,1)	
50 – 59	0(0,0)	3(4,7)	3 (4,1)	
≥60	0(0,0)	4(6,2)	4 (5,4)	
Raça				1,000*
Branca	4(40,0)	26(40,6)	30 (40,5)	
Preta	0(0,0)	1(2,5)	1 (1,4)	
Parda	6(60,0)	37(57,9)	43 (58,1)	
Estado civil				0,768*
Casado/união consensual	3(30,0)	17(26,5)	20 (27,0)	
Solteiro	7(70,0)	39(61,0)	46 (62,2)	
Outros	0(0,0)	8(12,5)	8 (10,8)	
Orientação sexual				0,024*
Heterossexual	5(50,0)	43(67,2)	48 (64,9)	
Homossexual	5(50,0)	9(14,0)	14 (18,9)	

Bissexual	0(0,0)	12(18,8)	12 (16,2)	
Escolaridade				0,21*
Analfabeto	0(0,0)	6(9,3)	6 (8,1)	
Ensino Fundamental	2(20,0)	30(46,9)	32 (43,2)	
Ensino Médio	7(70,0)	28(43,8)	35 (47,3)	
Superior	1(10,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	
Ocupação				0,828*
Empregado	3(30,0)	13(20,3)	16 (21,6)	
Desempregado	4(40,0)	26(40,7)	30 (40,5)	
Outros	3(30,0)	25(39,0)	28 (37,9)	
Renda (salário mínimo)				0,672*
<1	7(70,0)	49(76,5)	56 (75,7)	
1-2	2(20,0)	12(18,7)	14 (18,9)	
>2	1(10,0)	3(4,69)	4 (5,4)	
Número de filhos				0,029*
0	8(80,0)	22(34,4)	30 (40,6)	
1-2	1(10,0)	21(32,8)	22 (29,7)	
≥3	1(10,0)	21(32,8)	22 (29,7)	
Número de moradores por domicílio				0,421*
1	0 (0,0)	11(17,1)	11 (14,9)	
2-3	5(50,0)	21(32,8)	26 (35,2)	
≥4	5(50,0)	32(50,0)	37 (50,0)	
Religião				0,761*
Católica	5(50,0)	34(53,1)	39 (52,7)	
Sem religião	1(10,0)	4(6,2)	5 (6,8)	
Evangélica/Outras	4(40,0)	26(40,7)	30 (40,5)	

* Valor de *P* obtido pelo Teste Qui-quadrado Exato de Fischer. ** Valor de *P* obtido pela probabilidade.

Ao se avaliar as características clínicas dos coinfectados por HIV/TB e a relação com o grau de adesão foi observado que em relação ao conhecimento da sorologia anti-HIV do parceiro sexual atual, dos 23 pacientes que relataram essa informação, a maioria encontrava-se com adesão inadequada (n=20). Pode-se observar que os 3 pacientes com adesão adequada tinham parceria sexual atual soroconcordantes (Tabela 8).

Foi observada diferença significativa em relação ao tempo de uso da TARV e os níveis de adesão ($p=0,018$) e as demais variáveis (sorologia do parceiro, tempo de diagnóstico, contagem de CD4+, carga viral, medicações psiquiátricas e internações) não se mostraram proporcionalmente semelhantes, pois os valores de p foram superiores a 0,05.

Tabela 8- Características clínicas dos 74 coinfectados por HIV/TB e os níveis de adesão aos antirretrovirais. Fortaleza-CE, 2012.

Variáveis	Adesão a TARV		Total N (%) N=74	P*
	Adequada N (%) N=10	Inadequada N (%) N=64		
Sorologia do parceiro (n=23)				1,000
Positiva (n=16)	3(100,0)	13(65,0)	16 (69,7)	
Negativa (n=3)	0 (0,0)	3(15,0)	3 (13,0)	
Não sabe/ não fez (n=4)	0 (0,0)	4(20,0)	4 (17,4)	
Tempo de diagnóstico (anos)				0,680
<1	6(60,0)	28(43,8)	34 (46,9)	
1-5	3(30,0)	22(34,3)	25 (33,8)	
>5	1(10,0)	14(21,9)	15 (20,3)	
Contagem CD4+ (células/mm³)				0,528
<200	7(70,0)	31(48,5)	38 (51,4)	
200-499	3(30,0)	29(45,3)	32 (43,2)	
≥500	0(0,0)	4(6,2)	4 (5,4)	
Carga Viral (cópias/ml)				0,190
<50	5(50,0)	14(22,0)	19 (25,7)	
50-10.000	1(10,0)	9(14,0)	10 (13,5)	
>10.000	4(40,0)	41(64,0)	45 (60,8)	
Tempo de uso da TARV (meses)				0,018
<6	2(20,0)	34(53,1)	36 (48,6)	
6-12	5(50,0)	8(12,5)	13 (17,6)	
>12	3(30,0)	22(34,4)	25 (33,8)	
Em uso de medicações psiquiátricas				1,000
Sim	2(20,0)	12(18,7)	14 (18,9)	
Não	8(80,0)	52(81,2)	60 (81,1)	

Internações por complicações pelo HIV nos últimos 12 meses				0,749
0	4(40,0)	18(28,1)	22 (29,7)	
1-2	4(40,0)	33(51,5)	37 (50,0)	
>3	2(20,0)	13(20,4)	15 (20,3)	

* Valor de *P* obtido pelo Teste Qui-quadrado Exato de Fischer.

A tabela 9 apresenta o tipo de forma clínica da tuberculose e a relação entre os níveis de adesão aos antirretrovirais. Não foi observada diferença significativa em relação ao tipo de TB e os dois níveis de adesão à TARV.

Tabela 9- Distribuição das formas de apresentação da tuberculose e os níveis de adesão à TARV dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Tipo de TB	Adesão à TARV		Total N (%) N=74	<i>P</i>*
	Adequada N (%) N=10	Inadequada N (%) N=64		
Pulmonar	6(60,0)	47(73,4)	53(71,6)	
Extrapulmonar	4(40,0)	13(20,3)	17(22,9)	0,374
Pulmonar + extrapulmonar (mista)	0(0,0)	4(6,3)	4(5,4)	

* Valor de *P* obtido pelo Teste Qui-quadrado Exato de Fischer.

Na tabela 10 encontra-se a apresentação das doenças prévias e a adesão à TARV entre coinfectados por HIV/TB. Não foram observadas diferenças significativas relacionadas aos níveis de adesão e a presença de doenças oportunistas prévias.

Tabela 10- Presença de infecções oportunistas prévias e níveis de adesão à TARV dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Infecções oportunistas	Adesão à TARV		Total (N=74) N (%)	P*
	Adequada (N=10) N (%)	Inadequada (N=64) N (%)		
Tuberculose				1,000
Sim	1(10,0)	13(20,3)	14(18,9)	
Não	9(90,0)	51(79,7)	60(81,1)	
Histoplasmose				0,254
Sim	1(10,0)	1(1,56)	2 (2,7)	
Não	9(90,0)	63(98,4)	72 (97,3)	
Pneumocistose				0,132
Sim	2(20,0)	3(4,7)	5 (6,7)	
Não	8(80,0)	61(95,3)	69(93,3)	
Neurotoxoplasmose				1,000
Sim	0(0,0)	6(9,3)	6 (8,1)	
Não	10(10,0)	58(90,7)	68(91,9)	

* Valor de P obtido pelo Teste Qui-quadrado Exato de Fisher.

A tabela 11 mostra os resultados da correlação de Spearman efetuada entre os domínios do WHOQOL-HIV brief e a pontuação de adesão à TARV. A avaliação da relação entre o domínio Físico e Psicológico com a pontuação de adesão aponta uma correlação positiva e estatisticamente significativa, o que pode significar que um bom estado físico e mental favorece uma boa adesão à TARV.

A relação entre os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente com a adesão à TARV também demonstraram correlação positiva e significância estatística, apontando que relacionamentos interpessoais e apoio social, bem como aspectos relacionados à segurança física, finanças e acesso à saúde estão diretamente ligadas com a adesão à TARV (Tabela 11).

Tabela 11- Correlações entre os domínios da WHOQOL-HIV bref e os níveis de adesão à TARV dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Domínios	Pontuação da CEAT-VIH
WHOQOL-HIV bref.	Correlação*
	(r ; valor p)
Físico	(0,3229; 0,0050)
Psicológico	(0,3191; 0,0056)
Nível de Independência	(0,0754; 0,5229)
Relações sociais	(0,3943; 0,0005)
Meio ambiente	(0,4257; 0,0002)
Espiritualidade/religião/ crenças pessoais	(0,0583; 0,6214)

*Correlação Linear de Spearman.

4.4 Religiosidade de coinfectados por HIV/TB

A escala de religiosidade é composta de três dimensões, a saber: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI).

A religiosidade organizacional (RO), contemplada no primeiro item da escala, consiste na pergunta “Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?”. Foi observado que 31,0% dos participantes referiam ir à igreja uma ou mais que uma vez. Enquanto, 25,7% referiam ir à igreja duas a três vezes por mês. Apenas, 8,1% informaram não procurar ou frequentar nenhum tempo religioso (Tabela 12).

A religiosidade não-organizacional (RNO), referente a segunda pergunta da escala, diz respeito à frequência com que o indivíduo dedica seu tempo a atividades religiosas individuais, tais como leituras de textos religiosos, preces, entre outros. Do total de participantes, 32,4% afirmaram realizar tais atividades religiosas diariamente ou mais do que uma vez ao dia. Já 24,3% responderam de duas ou mais vezes por semana. Entretanto, 18,9% informaram que raramente ou nunca se dedicam a atividade de preces, leituras da bíblia ou textos que apresentam aspectos religiosos (Tabela 12).

A religiosidade intrínseca (RI) refere-se a uma dimensão subjetiva, ou seja, avalia o quanto a religiosidade pode influenciar no comportamento e decisões pessoais dos indivíduos. Assim, essa dimensão agrega três perguntas da escala. No tocante a afirmativa

“Em minha vida sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”, 55,4% dos indivíduos disseram que “em geral é verdade” (Tabela 12).

Outra pergunta atribuída a RI refere-se à informação “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”. Quanto a esse quesito, obteve-se uma maior porcentagem da resposta “em geral é verdade”. Observou-se que 45,9% dos pacientes informaram ser verdade (totalmente ou em geral) (Tabela 12).

Relacionado à quinta pergunta da escala, que se refere a RI, através da frase “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”, 33,8% dos indivíduos responderam que “em geral é verdade”; entretanto 21,6% informam não se esforçarem para viver a religião (Tabela 12).

Os domínios da DUREL foram submetidos para avaliação da confiabilidade através da consistência interna medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach. Apreendeu-se que, pelo emprego do referido teste, em todos os domínios as respostas dos itens obtiveram boa consistência interna, apresentando valor do Alfa de Cronbach global de 0,88 (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição dos índices de religiosidade dos 74 coinfectados por HIV/TB e os níveis de adesão. Fortaleza-CE, 2012.

Religiosidade - DUREL		Adesão à TARV		Total	P*
		Adequada	Inadequada		
		N (%)	N (%)	N(%)	
		N=10	N=64	N=74	
Religiosidade Organizacional (RO)	Com que frequência vai a igreja, templo ou outro encontro religioso?				0,97
	Mais do que uma vez por semana	2(20,0)	7(11,0)	9 (12,1)	
	Uma vez por semana	1(10,0)	13(20,3)	14 (18,9)	
	Duas a três vezes por mês	2(20,0)	17(26,6)	19 (25,7)	
	Algumas vezes por ano	3(30,0)	12(18,7)	15 (20,3)	
	Uma vez por ano ou menos	1(10,0)	10(15,6)	11 (14,9)	
	Nunca	1(10,0)	5(7,8)	6 (8,1)	
Alfa de Cronbach^a= 0,88					
Religiosidade Não-Organizacional (RNO)	Com que frequência dedica o tempo a atividade religiosas individuais, como preces, rezas, leitura da bíblia ou de textos religiosos?				0,19
	Mais do que uma vez por dia	1(10,0)	2(3,1)	3 (4,0)	
	Diariamente	5(50,0)	16(25,0)	21 (28,4)	
	Duas ou mais vezes por semana	1(10,0)	17(26,5)	18 (24,3)	
	Uma vez por semana	0(0,0)	5(7,8)	5 (6,8)	
	Poucas vezes por mês	1(10,0)	12(18,8)	13 (17,6)	
	Raramente ou nunca	2(20,0)	12(18,8)	14 (18,9)	
Alfa de Cronbach^a= 0,87					
Religiosidade Intrínseca (RI)	Em minha vida sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).				0,55
	Totalmente verdade	4(40,0)	13(20,3)	17 (23,0)	
	Em geral é verdade	3(30,0)	38(59,4)	41 (55,4)	
	Não estou certo	3(30,0)	7(11,0)	10 (13,5)	
	Em geral não é verdade	0(0,0)	4(6,2)	4 (5,4)	
	Não é verdade	0(0,0)	2(3,1)	2 (2,7)	
Alfa de Cronbach^a= 0,86					
	As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.				0,16

Totalmente verdade	1(10,0)	3(4,7)	4 (5,4)	
Em geral é verdade	5(50,0)	25(39,0)	30 (40,5)	
Não estou certo	4(40,0)	23(36,0)	27 (36,5)	
Em geral não é verdade	0(0,0)	5(7,8)	5 (6,8)	
Não é verdade	0(0,0)	8(12,5)	8 (10,8)	
Alfa de Cronbach^a = 0,84				
Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.				0,74
Totalmente verdade	1(10,0)	3(4,7)	4 (5,4)	
Em geral é verdade	2(20,0)	23(36,0)	25 (33,8)	
Não estou certo	5(50,0)	15(23,4)	20 (27,0)	
Em geral não é verdade	1(10,0)	8(12,5)	9 (12,2)	
Não é verdade	1(10,0)	15(23,4)	16 (21,6)	
Alfa de Cronbach^a = 0,83				

^aAlfa de Cronbach com a retirada dos itens do domínio; ^bAlfa de Cronbach global = 0,88; *Valor de *p* obtido pelo Teste Qui-quadrado de tendência linear.

A tabela 13 mostra os resultados da correlação de Spearman efetuada entre as dimensões da escala de Religiosidade de Duke (DUREL) e os domínios do WHOQOL-HIV bref. A avaliação da relação entre a dimensão da religiosidade organizacional (RO) e os domínios do WHOQOL-HIV bref aponta correlação positiva e estatisticamente significativa para o domínio Físico (0,2274; 0,0513). Este resultado demonstra uma possível relação entre condições físicas e aumento da frequência a templos e encontros religiosos.

Na avaliação da relação entre a dimensão da religiosidade não-organizacional (RNO) e os domínios do WHOQOL-HIV bref não foi observada correlações estatisticamente significativa entre eles (Tabela 13).

Na dimensão da religiosidade intrínseca (RI) verificou-se correlação negativa e estatisticamente significativa para os domínios de qualidade de vida Relações Sociais e Meio Ambiente. Esses dados demonstram que com a redução dos escores da religiosidade intrínseca (desmotivação para religião) há uma redução nos escores para os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente (respectivamente: -0,2558; 0,0278 e -0,4283; 0,0001) (Tabela 13).

Tabela 13- Correlações dos domínios da escala DUREL com os valores obtidos dos domínios do WHOQOL-HIV bref dos 74 coinfectados por HIV/TB. Fortaleza-CE, 2012.

Domínios do WHOQOL-HIV bref.	Domínios da Escala de Religiosidade (DUREL)		
	DUREL - RO Correlação* (r; valor p)	DUREL – RNO Correlação* (r; valor p)	DUREL - RI Correlação* (r; valor p)
Físico	0,2274; 0,0513	0,1701; 0,1472	-0,0587; 0,6192
Psicológico	0,0599; 0,6125	-0,0583; 0,6218	0,2110; 0,0711
Nível de Independência	0,1231; 0,2962	0,0270; 0,8192	-0,1664; 0,1564
Relações sociais	1,1481; 0,2080	-0,0594; 0,6149	-0,2558; 0,0278
Meio ambiente	0,0343; 0,7720	-0,1198; 0,3093	-0,4283; 0,0001
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	0,1799; 0,1250	0,0426; 0,7185	0,0743; 0,5292

*Correlação Linear de Spearman.

5 DISCUSSÃO

A elevação das taxas de coinfeção por HIV e da tuberculose determina desafios que impedem a redução da incidência de ambas às infecções (GUIMARÃES, *et al.*, 2012). A infecção pelo HIV tem contribuído para um crescente número de casos de tuberculose e tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes coinfectados por HIV/TB (WHO, 2012; GUIMARÃES, *et al.*, 2012).

A coinfeção HIV/TB afeta os países pobres e está alimentando a epidemia da tuberculose, principalmente às restritas condições econômicas, sociais e de saúde. Os baixos níveis de instrução (REIS, *et al.*, 2011; PIRES NETO, *et al.*, 2012; GUIMARÃES, *et al.*, 2012), a falta de acesso aos serviços de saúde, os recursos financeiros limitados (REIS, *et al.*, 2011; GUIMARÃES, *et al.*, 2012), a falta de apoio social (GUIMARÃES, *et al.*, 2012), uso de drogas ilícitas (GUIMARÃES, *et al.*, 2012; PIRES NETO, *et al.*, 2012), moradia inadequada (GUIMARÃES, *et al.*, 2012; SEICENTOS, 2012) são situações que permeiam isolada ou associadamente as pessoas com duas doenças, a infecção pelo HIV concomitante a tuberculose.

A coinfeção HIV/TB foi mais frequente em indivíduos na faixa etária de 30 a 39 anos, que representa a parte mais economicamente ativa da população (PRADO, *et al.*, 2011). Pesquisa desenvolvida na região sul do Brasil identificou dados semelhantes relacionados à faixa etária do presente estudo, em que os pacientes coinfectados por HIV/TB tinha idades predominantes entre 30 e 39 anos (40,8%) (RODRIGUES, FIEGENBAUM, MARTINS, 2010).

No tocante ao gênero, estudo aponta que o sexo masculino predominou entre portadores da TB, tanto nos pacientes com HIV (73,9%) como nos sem HIV (57,6%) (RODRIGUES; FIEGENBAUM; MARTINS, 2010). No Brasil, a epidemia da aids vem crescendo entre os indivíduos mais jovens e as mulheres. Entretanto, conforme observado em outros estudos (DERIBEW, *et al.*, 2009; RODRIGUES, FIEGENBAUM, MARTINS, 2010; NEVES, *et al.*, 2012), a população que apresentou a coinfeção HIV/TB incluía predominantemente homens em idade produtiva. As razões para o adoecimento no sexo masculino não estão claramente explicitadas, podendo estar associadas a fatores biológicos, estilo de vida, cuidados com a saúde e também ao fato de o homem procurar os serviços mais tardiamente em relação à mulher (SANTOS, *et al.*, 2009).

Dentre as variáveis coletadas, uma das que está fortemente associada às condições socioeconômicas precárias é a escolaridade. No presente estudo, a baixa escolaridade foi um

importante fator de influência no número de casos de coinfeção HIV/TB. Utilizando a escolaridade como uma medida substituta da pobreza, podemos sugerir que os pacientes com a referida coinfeção encontram-se em situação de empobrecimento. Na literatura, pesquisadores afirmam que a pobreza aumenta o risco da infecção pelo HIV e TB por promover maior exposição e vulnerabilidade às infecções. Uma vez infectados, os indivíduos que fazem parte de populações mais pobres têm uma capacidade diminuída para lidar com as consequências da doença em razão da deficiência de acesso a serviços preventivos, diagnósticos e curativos (DAVID, *et al.*, 2007).

Relata-se que a coinfeção HIV/TB apresenta associação significativa com a faixa etária de 30-39 anos, a baixa escolaridade, a residência em área urbana e a TB extrapulmonar. Após o estabelecimento da aids, sabe-se que as formas extrapulmonares da TB se tornam mais comuns (PRADO, *et al.*, 2011). Esses dados corroboram com os achados do presente estudo, cujo predomínio da forma clínica da tuberculose foi a pulmonar.

Quanto à situação ocupacional, existem altos índices de desemprego e subemprego entre os portadores da coinfeção. Tal achado também foi observado neste estudo, demonstrando que as dificuldades econômicas e sociais podem refletir-se em suas possibilidades profissionais, restringindo-os a condições desfavoráveis de vida e emprego, mantendo seu estado de pobreza (CHEADE, *et al.*, 2009).

Em outro estudo, a atividade profissional foi citada como um dos fatores mais relevantes para o enfrentamento da condição de infectado pelo HIV. O ambiente de trabalho foi apontado como um local de convivência e troca de experiência entre as pessoas, o que favorece o enfrentamento psíquico da infecção. O trabalho também proporciona a ajuda mútua, ressaltando aspectos positivos das relações sociais como compartilhamento de informações e o auxílio em momentos de crise. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima do paciente, o que contribui para o sucesso de seu tratamento (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

Nos indivíduos infectados pelo HIV, a TB é mais difícil de ser diagnosticada em virtude da possibilidade de modificação dos aspectos clínicos e radiológicos em decorrência do quadro de imunodeficiência causada pelo HIV, além de uma menor sensibilidade à baciloscopia. Em estudo que se avaliou apenas portadores do HIV, pesquisador encontrou baixo rendimento nos resultados da pesquisa de BAAR no escarro (CHIDEYA, *et al.*, 2009).

Quanto ao tempo de convívio com HIV, estudo aponta que 29,8% dos pacientes coinfectados tomou conhecimento de sua soropositividade praticamente ao mesmo tempo em

que a TB foi diagnosticada. Assim, ressalta-se a importância da realização do teste anti-HIV em portadores da TB (NEVES, *et al.*, 2012).

Entretanto, no Brasil há demonstração de reduzida solicitação do teste anti-HIV em pessoas com diagnóstico de tuberculose, sendo que o diagnóstico e tratamento precoce do HIV contribuem para a cura da tuberculose (SANTOS, *et al.*, 2009). Deste modo, a possibilidade de testar e diagnosticar antecipadamente o HIV produz mais chances de tratamento precoce conduzindo a melhores condições para se viver com o HIV. Por outro lado, o fato de que 47,4% dos indivíduos fossem sabidamente soropositivos há mais de cinco anos, reforçam a necessidade de pesquisar e prevenir a TB entre os pacientes com HIV/aids (NEVES, *et al.*, 2012).

Do exposto, ressalta-se a necessidade do conhecimento da situação da coinfeção HIV/TB para planejamento de uma assistência adequada. Pesquisadores enfatizam que o cuidado à pessoa com ambas as enfermidades não pode ser fragmentado, da mesma forma que as intervenções na coletividade (HINO, *et al.*, 2012).

Os coinfectados do presente estudo apresentaram níveis de contagem de células T CD4+ inferiores e carga viral maiores, corroborando com a literatura e indicando que a TB é uma infecção oportunista fortemente associada à queda do sistema imunológico. Observa-se que as pessoas com TB geralmente apresentam maior comprometimento do sistema imunológico quando comparados aos indivíduos apenas com infecção pelo HIV, em fase assintomática (DERIBEW, *et al.*, 2009; NEVES, *et al.*, 2012).

A contagem de células TCD4+ no sangue tem implicações na evolução clínica da infecção pelo HIV, sendo a medida de comprometimento imunológico mais útil no acompanhamento de pacientes acometidos por esta síndrome. Nesse estudo, observou-se que os pacientes estavam em estado de comprometimento imunológico avançado, fato que coincide com os achados de outro estudo (CHEADE, *et al.*, 2009). Ainda, os pacientes em melhor condição do sistema imunológico, representada pela contagem de células $\geq 500/\text{mm}^3$, apresentaram melhores escores na avaliação da qualidade de vida, quando comparados aos pacientes com contagem de células CD4+ abaixo de 500 (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Estudo desenvolvido com dois grupos de pacientes (coinfectados por HIV/TB e infectados pelo HIV) apontou diferenças estatisticamente significantes relacionadas a contagem de células linfocitárias, pois verificou-se que 57,5% dos coinfectados estavam com contagem de CD4+ inferior a 200 células/ mm^3 e apenas 27,3% dos não coinfectados apresentou CD4+ abaixo de 200 células/ mm^3 (DERIBEW, *et al.*, 2009).

Estudos conduzidos no Brasil ao avaliar a forma clínica de tuberculose em pacientes com HIV observaram proporção maior da forma pulmonar (CARVALHO, *et al.*, 2009; SANTOS, *et al.*, 2009; PIRES NETO, *et al.*, 2012). No presente estudo a forma pulmonar foi seguida da extrapulmonar. Essa situação de altas taxas de TB pulmonar e extrapulmonar reafirmam que, apesar da forma pulmonar ser mais frequentes em pessoas com coinfeção HIV/TB, a alta taxa de TB extrapulmonar é alarmante (SANTOS, *et al.*, 2009).

Estudo realizado em Fortaleza, entre os anos de 2004 e 2008, observou que entre indivíduos com a coinfeção HIV/TB encontraram-se 48,6% dos casos de tuberculose pulmonar seguidos da extrapulmonar (34,2%) (PIRES NETO, *et al.*, 2012). Outro estudo da coinfeção no município de São José do Rio Preto, São Paulo, no período de 1998 a 2006 encontrou 52,9% da forma pulmonar, seguido por 36,6% da TB extrapulmonar e 10,4% dos casos apresentaram as duas formas da doença (pulmonar mais extrapulmonar) (SANTOS, *et al.*, 2009). Tais proporções se assemelham ao presente estudo. Entretanto, em Porto Alegre, entre os anos de 2004 a 2007, estudo mostra predomínio da forma clínica extrapulmonar (49,0%) entre os coinfectados por HIV/TB (RODRIGUES; FIEGENBAUM; MARTINS, 2010).

Em pesquisa realizada com portadores da TB e com coinfectados por HIV/TB mostrou que àqueles somente com TB possuíam com mais frequência a apresentação pulmonar (83,5%), obtiveram maiores taxas de cura, apresentaram evidências de TB nas radiografias de tórax mais frequentemente e tiveram reações mais fortes ao teste tuberculínico. Dentre os pacientes com HIV/TB, 54,9% apresentaram a forma clínica pulmonar da TB, 27,0% tinham a forma extrapulmonar e 18,1% tinham ambas as apresentações. Entre as formas clínicas extrapulmonares, a TB ganglionar periférica foi a apresentação mais comum (19,9%), corroborando com os achados desse estudo (PRADO, *et al.*, 2011).

A apresentação clínica da tuberculose na coinfeção HIV/TB varia de acordo com o grau de supressão imunológica. Em pacientes com contagem de CD4+ elevada e nas fases iniciais da infecção pelo HIV não ocorrem diferenças nas formas de apresentação clássicas da tuberculose, enquanto as formas extrapulmonares e disseminadas se relacionam mais com níveis de CD4+ abaixo de 500 células/mm³ (SEICENTOS, 2012).

Ressalta-se que a tuberculose pode se tornar ativa durante qualquer momento da evolução da infecção pelo HIV, mas em pacientes em estado de imunodepressão avançada, sua forma de apresentação mais comum é a extrapulmonar (CARVALHO, *et al.*, 2010). A forma pulmonar é a que merece maior atenção para o controle da TB, por seu poder de

transmissibilidade da doença. Dessa forma, reconhece-se a necessidade do diagnóstico e início do tratamento da TB o mais rápido possível, como medidas de intervenção no combate à transmissão da doença. Sendo a forma pulmonar de baixo custo e fácil diagnóstico, preconiza-se que a assistência ao portador da TB possa ser realizada no nível primário de atenção (HINO, *et al.*, 2011).

Os achados das radiografias de tórax em pacientes HIV positivos têm sido descritos frequentemente como incharacterísticos. Em estudo comparando-se indivíduos com TB, com e sem HIV, a imagens sugestivas na radiografia de tórax foi menos frequente nos pacientes com sorologia positiva para o HIV (BESEN, 2011). Em estudos que analisaram o grau de imunossupressão comparando-se com as radiografias torácicas, as imagens sugestivas foram frequentes naqueles com $CD4^+ > 200$ células/mm³ (SILVA; ROSA; LEMOS, 2006).

Dentre indivíduos coinfectados por HIV/TB, na Etiópia, 46,2% tiveram exame do escarro negativo e 33,8% apresentou baciloscopia positiva (DERIBEW, *et al.*, 2009). Em nosso estudo, a prevalência de exames de escarro negativos foi elevada. Essa tendência deve indicar a necessidade de outro método diagnóstico, tal como a cultura do escarro, e devem preferencialmente ser ofertadas a todos as pessoas infectadas pelo HIV.

O teste de derivado proteico purificado (PPD), se interpretado de maneira isolada, indica apenas infecção latente, e não tuberculose em atividade. Os portadores de coinfeção HIV/TB costumam responder ao PPD como não-reatores, diferentemente do que se encontra em pacientes apenas com tuberculose. Neste estudo, dos pacientes que realizaram o referido teste, prevaleceu o resultado não-reator ao PPD, em concordância com outros estudos mostrando que a grande maioria dos infectados pelo HIV não responde ao teste cutâneo com o PPD (SOUZA, *et al.*, 2006).

Estudo aponta que pacientes com coinfeção HIV/TB demonstram prejuízo relacionado a qualidade de vida quando comparados com portadores do HIV sem a TB. A ocorrência de duas doenças estigmatizantes pode diminuir a qualidade de vida, afetando o bem-estar físico, social e psicológico desses pacientes (DERIBEW, *et al.*, 2009; GUIMARÃES, *et al.*, 2012). Estudo desenvolvido com portadores do HIV/aids também apresentaram pior qualidade de vida quando comparados com a população em geral (NAVEET, *et al.*, 2006). Sobremodo, viver com duas doenças infecciosas em um dado momento conduz a diferentes prejuízos no cotidiano.

Investigações indicam vários fatores que afetam a qualidade de vida da população em geral, dentre eles ser do sexo feminino, de faixa etária mais avançada e possuir menos escolaridade (O'CONNEL; SKEVINGTON; SAXENA, 2003; GUIMARÃES, *et al.*, 2012).

Estes critérios, com exceção da baixa escolaridade, não estão de acordo com esse estudo, pois houve predomínio do sexo masculino e de adultos jovens. Esses achados referentes às variáveis sociodemográficas e a QV de pessoas com HIV/TB corroboram com a literatura, que aponta forte associação de QV baixa com pouca escolaridade, masculinidade e pobreza (DERIBEW, *et al.*, 2009).

Avaliação de pessoas que vivem com HIV/aids utilizando o instrumento HAT-QoL observou-se que as questões relacionadas a preocupações financeiras, com a saúde, relativas à medicação, com as atividades gerais, sexual e com a satisfação com a vida demonstraram melhor qualidade de vida, quando associadas a melhores condições de vida, tais como maior renda, escolaridade mais elevada e emprego (REIS, *et al.*, 2011). Tais resultados corroboram com o evidenciado nesse estudo, com indivíduos coinfectados por HIV/TB, em que níveis piores de QV são diretamente afetados pelo desemprego, baixa renda e baixo nível educacional.

No presente estudo, não buscou-se verificar a influência de outras infecções oportunistas na qualidade de vida, embora tenham sido relatadas outras doenças dentre alguns dos pacientes estudados. A presença de outra doença pode favorecer a apresentação de sintomas adicionais e eventualmente a utilização de um número maior de medicamentos, afetando negativamente a QV (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Excetuando a vigência da tuberculose, a presença de outra doença concomitante à infecção pelo HIV e o uso de antirretroviral afeta negativamente a qualidade de vida. Estudo demonstrou esse fato, ao comparar indivíduos sem infecções oportunistas e que não fazem uso da TARV (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). Assim, pode-se prever para o presente estudo, que a qualidade de vida prejudicada está atrelada também à presença de doenças concomitantes à infecção pelo HIV, no caso à TB, bem como ao uso da TARV e tuberculostáticos.

O desenvolvimento de pesquisa com o objetivo de comparar a qualidade de vida de coinfectados HIV/TB e indivíduos sem TB, utilizando-se o mesmo instrumento empregado no presente estudo, apontou diferença estatisticamente significativa entre os grupos em diferentes domínios, a saber: Físico, Psicológico, Nível de Independência, e Relações Sociais, com o grupo de coinfectados apresentando escores médios dos domínios inferiores aos dos não coinfectados (NEVES, *et al.*, 2012).

Com a característica de cronicidade da aids, vários domínios da qualidade de vida de pessoas vivendo com o HIV/aids são profundamente alterados em função do amplo espectro clínico que envolve a doença e suas implicações, pois o diagnóstico de infecção pelo HIV

modifica as expectativas do doente em relação a si próprio e ao meio em que está inserido. As repercussões pessoais e sociais da infecção pelo HIV tendem para o isolamento social, deteriorização das relações interpessoais e baixa autoestima. Além disso, há implicações que requerem mudanças no estilo de vida, para coordenar o tratamento com as rotinas de vida diária (REIS, *et al.*, 2011).

Níveis elevados de escolaridade têm sido apontados como um quesito que proporciona melhor qualidade de vida (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONES-MACHADO, 2004). Os indivíduos com escolaridade superior ou ensino médio podem ter mais facilidade de acesso às informações sobre a infecção pelo HIV e, a partir disso, possuem mais recursos internos e externos para conviverem e se adaptarem melhor às suas condições sorológicas e de doença (REIS, *et al.*, 2011).

Quanto ao tempo de conhecimento da infecção pelo HIV, a qualidade de vida mostrou-se mais comprometida entre os coinfetados HIV/TB que obtiveram o diagnóstico recentemente. Esses pacientes que ingressam no tratamento da infecção pelo HIV sofrem alterações em sua rotina diária, com visitas ao serviço de saúde e exames laboratoriais, além da ingestão de medicamentos. A infecção representa novos aspectos psicológicos sobre a aceitação da doença e as novas dinâmicas dos relacionamentos sociais a que está habituado, representando um período com baixo nível de qualidade de vida (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

A descoberta da infecção pelo HIV acarreta maior preocupação com a saúde, podendo estar relacionado com o impacto do diagnóstico, com a preocupação sobre o adoecer e adaptação a uma nova realidade. É importante ressaltar que muitos indivíduos se descobrem infectados pelo HIV/aids em fase avançada da doença, muitas vezes com o estabelecimento da aids e com infecções oportunistas, como o caso da TB, o que pode ocasionar prejuízo nos níveis de QV. Ainda, a evolução clínica do HIV apresenta estágios que vão desde a fase assintomática até a fase de avançado comprometimento imunológico, com manifestações extremamente variadas, devido ao aparecimento de enfermidades causadas por agentes infecciosos ou neoplasias (REIS, *et al.*, 2011).

O domínio Físico apresentou escores médios indicando boa qualidade de vida denotando que a coinfeção não acrescenta alterações na saúde física. Entretanto, ao se avaliar apenas pessoas com HIV verifica-se que diversas alterações físicas e psicológicas acometem o portador do HIV, devido ao tratamento medicamentoso e aos possíveis efeitos colaterais e adversos, além do uso de drogas utilizadas como profilaxia e para tratamento de doenças oportunistas, alterando a QV (REIS, *et al.*, 2011).

Entretanto, estudo revela que os indivíduos com TB frequentemente tem seu bem-estar físico e emocional afetados, devido a sintomas desconfortáveis relacionados à doença, como também ao uso dos medicamentos tuberculostáticos que podem causar reações adversas durante todo o tratamento (MACIEL, *et al.*, 2010), e ainda interações medicamentosas com os antirretrovirais, no casos dos coinfectados HIV/TB. Conforme percebeu-se em outro estudo, os coinfectados priorizam hábitos de vida saudáveis, como forma de restabelecer mais rapidamente a saúde, bem como necessitam comparecer ao serviço de saúde com mais frequência, considerado este um fator adicional para melhorar a sua saúde (LEMOS, *et al.*, 2012), de tal maneira que esse comportamento possa justificar a média mais elevada entre os coinfectados no domínio Físico.

Em relação ao domínio Psicológico, a proximidade dos valores médios dos domínios nesse estudo assemelha-se ao encontrado em outro estudo, que também revela diferenças estatisticamente significantes (NEVES, *et al.*, 2012). Tal achado denota que descobrir-se contaminado pelo HIV, em alguns casos, é uma situação inesperada na vida de uma pessoa e pode implicar em uma ameaça ao equilíbrio físico, emocional e social. E quando se relacionam a presença da dupla infecção, essas situações ficam exacerbadas, podendo o indivíduo reagir de diferentes modos, desde a indiferença até o desespero. Nesse âmbito, o desejo de morrer ou mesmo a ideia de suicídio, algumas vezes, perpassa os sentimentos vivenciados após o resultado sorológico positivo, sobretudo quando o diagnóstico da infecção é descoberto concomitantemente (LEMOS, *et al.*, 2012).

O domínio Nível de Independência, consoante ao encontrado na literatura, apresentou níveis intermediários de QV. Estudos correlacionam baixa escolaridade e níveis socioeconômicos com piores índices de QV em indivíduos com HIV neste domínio (REIS, *et al.*, 2011) e sobremodo entre os coinfectados HIV/TB (DERIBEW, *et al.*, 2009).

A renda influencia diretamente nos recursos materiais e nutricionais, e sua falta acarreta piora tanto no estado nutricional, como, conseqüentemente, no imunológico (GUIMARÃES, *et al.*, 2012). A escolaridade e a renda, portanto, podem estar relacionadas ao aspecto emocional e material, com os indivíduos apresentando melhores condições de vida para o enfrentamento da doença, e maiores recursos intelectuais para adaptação emocional diante das conseqüências da doença (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLLI, 2005). No presente estudo o domínio Nível de Independência foi o que apresentou maior comprometimento da QV, justificando-se em parte pela dependência que esses pacientes possuem a medicação e da inaptidão para exercer atividades laborais e da vida diária.

A possibilidade de manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais é um aspecto fundamental na vida dos indivíduos com HIV/aids que contribui para melhor QV. Apesar do preconceito e discriminação existente e das dificuldades advindas com a soropositividade, inclusive a sorodiscordância, sobretudo no relacionamento sexual, em virtude do medo da transmissão do HIV para o parceiro e manutenção do sexo seguro, os(as) parceiros(as) geralmente são fontes de apoio emocional que compartilham as dificuldades relacionadas à infecção, auxiliando ainda na adesão ao tratamento medicamentoso e no cuidado à saúde (REIS, 2010; REIS, *et al.*, 2011).

As relações sociais e atividades de lazer são consideradas importantes para a qualidade de vida e continuidade da terapêutica de pacientes soropositivos para o HIV. A coinfeção com a TB aumenta a necessidade de apoio social. Nestes casos, há uma forte relação entre a não adesão e a presença de depressão e apoio social insatisfatório (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLLI, 2005). Essas circunstâncias são quase sempre cercadas de ansiedade e angústias, conduzindo o indivíduo muitas vezes ao comprometimento em suas relações sociais, que acarreta mudanças no seu modo de ser e viver (CARVALHO; GALVÃO, 2010).

A TB pode estar relacionada à pior QV no domínio Relações Sociais entre os coinfectados, tanto pelo estigma e preconceito ainda arraigados à doença, como pela sua própria manifestação clínica que provoca isolamento social (NEVES, *et al.*, 2012), tal como descrito nesse estudo. Reduzir o estigma e a discriminação é ainda uma das principais medidas para uma eficaz e eficiente resposta à epidemia da aids, pois envolve diretamente as pessoas que vivem com HIV/aids e as populações mais vulneráveis à epidemia (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011), como os coinfectados.

Nesse contexto, o estigma da TB é considerado menor do que o da aids, uma vez que no início da epidemia de HIV/aids a doença esteve associada a grupos populacionais específicos, que no geral eram segregados da sociedade por serem considerados grupos de riscos. A trajetória da epidemia mostra que ocorreram muitas mudanças, principalmente na forma como ela está sendo vista pela sociedade. Contudo, grande parte das pessoas que vivem com HIV/aids esconde o fato de estarem infectadas, ingressando na clandestinidade quanto à sua condição, podendo levar ao isolamento social, à restrição dos relacionamentos sociais e às dificuldades no campo afetivo e sexual (NEVES, *et al.*, 2012).

A existência de outra doença concomitante à infecção pelo HIV afetou negativamente os domínios Nível de Independência e Relações Sociais, apresentando melhor pontuação os pacientes sem complicação paralela. O Nível de Independência também foi

afetado negativamente pelo uso dos medicamentos antirretrovirais, sendo observada diferença significativa entre aqueles que usavam os medicamentos e aqueles que não os utilizavam. (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). O uso de medicamentos tuberculostáticos concomitante à TARV também pode ser um fator que afeta esse domínio entre os pacientes com coinfeção que fazem o uso concomitante dos dois tratamentos.

A pauperização da epidemia de HIV/aids e a associação da TB às condições socioeconômicas precárias relaciona-se com os valores dos escores do domínio Meio Ambiente encontrados nesse estudo, constituindo-se como um dos domínios mais prejudicados. Em estudo avaliando-se pessoas com HIV e coinfectados por HIV/TB não observou diferença estatística entre as médias deste domínio (NEVES, *et al.*, 2012), embora em outro estudo (DERIBEW, *et al.*, 2009) tenha sido constatada diferenças estatísticas.

Ao se analisar a qualidade de vida mediante o domínio Espiritualidade/religião/crenças pessoais, este demonstrou bom nível de qualidade de vida, ou seja, qualidade de vida mais preservada. Este dado está em conformidade com outros estudos, os quais indicam maiores médias no quesito espiritualidade (DERIBEW, *et al.*, 2009; NEVES, *et al.*, 2012).

A espiritualidade possui relação estreita com a melhora da QV de pacientes com doenças crônicas. Estudos apontam que a religiosidade e espiritualidade em pessoas com HIV/aids podem auxiliar no ajustamento psicológico e no enfrentamento da doença (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLLI, 2005). Conviver com doença crônica conduz a modificações no cotidiano, assim como a redefinição de si mesmo e das relações com os outros. O contato com a ideia de morte pode gerar a necessidade do indivíduo em buscar um significado para a vida, que muitas vezes é vinculada à espiritualidade (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008).

O bem-estar espiritual pode ser destacado como uma das variáveis presentes na capacidade de resiliência e proteção da saúde (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008). Caracteriza-se como um poder capaz de auxiliar as pessoas que vivem com HIV/aids na diminuição de agravos do processo saúde-doença, contribuindo para a melhoria da QV.

A realidade das pessoas que vivem em situações menos favorecidas é de esforço constante pelo restabelecimento da saúde, muitas vezes apegando-se a uma crença religiosa. Ademais, a espiritualidade pode atuar como coadjuvante no enfrentamento da infecção pelo HIV, auxiliando na adaptação à nova realidade e suportando as privações e angústias impostas pela doença (NEVES, *et al.*, 2012). Observa-se que às questões vinculadas à espiritualidade estão mais atreladas à infecção pelo HIV/aids, visto que esta é uma condição crônica, quando relacionado à presença da tuberculose.

Estudo de revisão sobre qualidade de vida em pacientes com TB demonstra que tuberculostáticos mostraram efeito positivo na melhoria da QV. Ainda, a saúde física pareceu afetada pela doença, mas melhorava rapidamente durante o emprego do tratamento, enquanto o comprometimento do bem-estar psicológico persistia por períodos maiores, inclusive após o término do tratamento (GUO; MARRA; MARRA, 2009).

Evidentemente, a associação do uso de HAART e adequada terapia antituberculose possibilita a cura para TB em indivíduos soropositivos. No entanto, há entraves envolvidos na probabilidade de sucesso do tratamento para TB. Por exemplo, alguns antirretrovirais têm interações medicamentosas com tuberculostáticos, principalmente com a rifampicina, que é a base do esquema terapêutico da tuberculose (PERKINS; CUNNINGHAM, 2007). Outro problema é o diagnóstico tardio, pois o paciente soropositivo pode deixar de procurar o serviço de saúde por receio de ser diagnosticada a aids ou, ainda, por dificuldade de acesso a estes serviços (BOCK, *et al.*, 2007).

O tratamento de pacientes coinfectados geralmente é difícil. Os pacientes com TB necessitam de tratamento em longo prazo, com vários medicamentos. Para os pacientes com HIV/TB, o cumprimento do esquema terapêutico é difícil em razão de ter que usar medicamentos concomitantes para tratar as duas infecções. Essa dificuldade aumentada para cumprir o tratamento contribui para o desenvolvimento de cepas de TB multirresistente (TBMR) (PRADO, *et al.*, 2011). Essa situação pode ter contribuído para que a adesão à TARV, no presente estudo, fosse prejudicada.

A infecção pelo HIV também exerce influência nas falhas ou falências do tratamento para TB, como exemplo, a irregularidade do tratamento, abandono e multirresistência às drogas. Estas situações ocorrem principalmente pela dificuldade na adesão, devido aos numerosos medicamentos da TARV somados aos tuberculostáticos e, ainda, em alguns casos, medicamentos profiláticos. Aliado a isso, um histórico de baixa adesão à TARV culmina na não adesão aos tuberculostáticos. Diversos estudos têm demonstrado que a baixa adesão e o abandono do tratamento são as principais causas da elevação da morbimortalidade por TB em indivíduos soropositivos. Ainda, o perfil da população soropositiva no Brasil revela parcela significativa de indivíduos pobres, com baixa escolaridade, com história de uso de drogas, etilismo e tabagismo, tais situações facilitam a ativação da TB e influenciam na adesão (BOCK, *et al.*, 2007; PAIXÃO; GONTIJO, 2007).

As circunstâncias de irregularidade no tratamento e abandono por baixa adesão são as mais frequentes causas de resistência aos tuberculostáticos. Indivíduos com TB resistente a múltiplas drogas e aids apresentam uma maior possibilidade de evoluir ao óbito,

caso não sejam efetivamente diagnosticados e tratados. Sobrepõe-se a esta situação a transmissão de bacilos resistentes de um indivíduo bacilífero a outros indivíduos, que tem sido vista como grave problema de saúde pública na atualidade (NEVES, REIS, GIR, 2010).

Estudo que objetivou avaliar a adesão à TARV verificou que 21,9% dos entrevistados faziam uso concomitante de antirretrovirais e medicações psiquiátricas. Ainda, constatou-se que os pacientes ingeriam em média 7,5 comprimidos diariamente, com valor mínimo de 0 e máximo de 33 comprimidos por dia (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007), fato que contribui significativamente para a adesão ao tratamento.

Pesquisa recente adverte que espiritualidade ou religiosidade tem importante papel na trajetória da saúde, da promoção da saúde e prevenção de doenças, para lidar com a doença e o fim da vida (COHEN, *et al.*, 2012), sendo esta utilizada como forma de fortalecimento do indivíduo no enfrentamento das fragilidades impostas pelo HIV (FERREIRA, FAVORETO, GUIMARÃES, 2012).

Há uma forte suposição de que a espiritualidade e a fé religiosa podem ser úteis para pacientes em recuperação de uma grande variedade de doenças agudas e crônicas (CURLIN, *et al.*, 2007). Há estudos relacionados ao HIV (GASPAR, *et al.*, 2011; FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012; MEDEIROS; SALDANHA, 2012), entretanto não foi observado na literatura estudos que avaliaram os coinfectados por HIV/TB.

Estudos em população com aids apontaram que a religião está associada a uma melhor condição em lidar com problemas desenvolvidos pelos sentimentos de desamparo e negação ocasionados pela doença. A expressão positiva da religiosidade demonstra níveis mais adequados de adesão à terapia antirretroviral e maiores níveis de satisfação na vida (GASPAR, *et al.*, 2011; MEDEIROS; SALDANHA, 2012).

No presente estudo, ao se avaliar a qualidade de vida e níveis de adesão entre os coinfectados encontrou relação entre condições físicas e aumento da frequência a encontros religiosos. Pesquisadores afirmam que existem correlações positivas entre saúde e crenças religiosas/espiritualidade, pois a presença da aids implica a busca pelo fortalecimento para conduzirem as adversidades impostas pela condição de doença (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012).

Deste modo, consiste um desafio a tentativa de medir o grau em que uma pessoa expressa a fé religiosa ou pensa sobre os eventos espirituais. Entretanto, a espiritualidade ou religiosidade é importante em toda a trajetória de cuidados de saúde, sendo necessário o desenvolvimento de investigações para desvendar os mecanismos através dos quais a

religiosidade ou espiritualidade exercem seus efeitos positivos (COHEN, *et al.*, 2012), sobre as pessoas com coinfeção HIV/TB.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se, diante dos achados do presente estudo, que os coinfectados HIV/TB em sua maioria eram homens, em faixa etária economicamente ativa, com baixa renda e níveis de escolaridade baixos. Quanto aos aspectos clínicos, encontrou-se parcela significativa de indivíduos com níveis de CD4+ baixos e valores elevados de carga viral, demonstrando comprometimento imunológico.

Foi constatado comprometimento na qualidade de vida, entretanto, nenhum domínio da escala de qualidade de vida obteve nível inferior de QV.

A adesão à TARV entre os coinfectados também se mostrou prejudicada em parcela significativa dos coinfectados por HIV/TB. As diferentes maneiras de analisar os indicadores de parâmetros de saúde empregados nesse estudo entre as pessoas com coinfeção HIV/TB demonstrou que há implicações relacionadas à adesão aos medicamentos, requisito essencial para alcançar melhores condições clínicas e de saúde. Ainda, as implicações da falta de adesão repercutem, sobretudo, no cotidiano e na sobrevivência das pessoas, demonstrando influenciar diretamente na QV.

A maneira como os indivíduos do estudo encaram a religiosidade, provavelmente em busca de se alcançar melhores condições para viver e sobreviver ao evento duplamente estigmatizante - a aids e a tuberculose, foi demonstrada como evento satisfatório para conviver com a coinfeção.

O conhecimento das situações que interferem na qualidade de vida de pessoas com a coinfeção TB/HIV faz-se necessário para que seja possível realizar um planejamento das ações de controle da TB mais adequado a esta clientela, como, adotar medidas terapêuticas adequadas que evitem a resistência aos tuberculostáticos, maior rigor no uso de medicamentos para evitar o abandono ou irregularidades no tratamento. Devido à alta prevalência da coinfeção HIV/TB no país, estas duas doenças não podem ser discutidas isoladamente. Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos tanto em relação ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, quanto ao adoecimento por TB.

Um dos pontos fortes do presente estudo consiste no tamanho da casuística, que possibilitou a avaliação do total de coinfectados HIV/TB no período do estudo. A limitação do estudo consiste no fato de haver apenas uma entrevistadora, tornando inviável a realização do estudo em menor período.

Ademais, a realização do estudo possibilitou enriquecer o conhecimento científico como meio para promover uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos que vivenciam a presença concomitante de duas morbidades de importante relevância para a saúde pública.

Do exposto, sugere-se posteriormente o desenvolvimento de estudos que se proponha a avaliar prospectivamente a qualidade de vida, adesão aos medicamentos, incluindo os antituberculostáticos, e a religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais em coinfectados por HIV/TB, a fim de confrontar com os achados desse estudo e da literatura que evidenciou estudos realizados transversalmente. Essa sugestão tem como propósito realizar intervenções que promovam o enfrentamento da doença, a fim de favorecer uma melhor adaptação à sua condição de saúde, melhorando a adesão e, conseqüentemente, a qualidade de vida, incentivando a busca por religiosidade/espiritualidade em cada indivíduo, focalizando o contexto de saúde.

REFERÊNCIAS

- AKOLO, C.; ADETIFA, I.; SHEPPERD, S.; VOLMINK, J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. **Cochrane Database Syst Rev**, v.1, p.171, 2010.
- BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v.17, n.4, p.229-232, 2007.
- BESEN, A.; STAUB, G.J.; SILVA, R.M. Manifestações clínicas, radiológicas e laboratoriais em indivíduos com tuberculose pulmonar: estudo comparativo entre indivíduos HIV positivos e HIV negativos internados em um hospital de referência. **J. Bras. Pneumol.**, v.37, n.6, p. 768-775, 2011.
- BOCK, N.N.; JENSEN, P. A.; MILLER, B.; NARDELL, E. Tuberculosis infection control in resource-limited settings in the era of expanding HIV care and treatment. **J. Infect. Dis.**, v.196, Suppl. 1, p.108-113, 2007.
- BRAGA, J.U.; PINHEIRO, J.S.; MATSUDA, J.S.; BARRETO, J.A.P.; FEIJÃO, A.M.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Cad. Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.225-233, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico – Especial Tuberculose**, v. 43, 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília, 2008. (Série manuais, n. 84).
- CALVETTI, P.Ü.; MULLER, M.C.; NUNES, M.L.T. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicol. Est.**, v. 13, n. 3, p. 523-530, 2008.
- CAMPOS, L.N.; CÉSAR, C.C.; GUIMARÃES, M.D. Quality of life among HIV-infected patients in Brazil after initiation of treatment. **Clinics (São Paulo)**, v.64, n. 9, p. 867- 875, 2009.
- CANINI, S.R.M.S.; REIS, R.K.; PEREIRA, L.A.; GIR, E.; PELÁ, N.T.R. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/aids: uma revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.6, 2004.
- CARVALHO, C.M.L.; GALVÃO, M.T.G. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com aids face a sua doença. **Rev. Rene**, v.11, n.2, p. 103-111, 2010.

CARVALHO, L.G.M.; BUANI, A.Z.; ZOLNER, M.S.A.C.; SCHERMA, A.P. Co-infecção por mycobacterium tuberculosis e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.5, p. 683- 688, 2009.

CASTANHA, A. R.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W.; RIBERIO, C. G. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para HIV. **Est. Psicol.**, v.24, n.1, p. 23-31, 2007.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Tuberculose. **Boletim Epidemiológico**, Fortaleza, 2013.

CHEADE, M.F.M.; IVO, M. L.; SIQUEIRA, P. H. G. S.; SÁ, R. G.; HONER, M. R. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.42, n.2, p. 119-125, 2009.

CHIDEYA, S.; WINSTON, C.A.; PELOQUIN, C.A.; BRADFORD, W. Z.; HOPEWELL, P. C.; WELLS, C. D.; REINGOLD, A. L.; KENYON, T. A.; MOETI, T. L.; TAPPERO, J. W. Isoniazid , rifampin, ethambutol, and pyrazinamide pharmacokinetics and treatment outcomes among a predominantly HIV-infected cohort of adults with Tuberculosis from Botswana. **Clin. Infect. Dis.**, v.48, n. 12, p. 1685-1694, 2009.

CHIOU, P.Y.; KUO, B.I.; LEE, M.B.; CHEN, Y.M.; CHUANG, P.; LIN, L.C. Programme of symptom management for improving quality of life and drug adherence in AIDS/HIV patients. **J Adv Nurs.**,v.2, p.169-9, 2006.

COHEN, M. Z.; HOLLEY, L. M.; WENGEL, S. P.; KATZMAN, R. M. A Platform for Nursing Research on Spirituality and Religiosity Definitions and Measures. **Western J. Nurs. Res.**,v.34, n.6, p.795-817, 2012.

COUTINHO, L.A.S.A.; OLIVEIRA, D.S.; FERNANDES-FILHO, G.M.F.; SARAIVA, M.G. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de João Pessoa-PB, entre 2007-2010. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v.16, n.1, p.35-42, 2012.

CURLIN, F.A.; SELLERGREN, S.A.; LANTOS, J.D.; CHIN, M.H. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. **Arch. Intern. Med.**, v.167, n. 7, p.649-654, 2007.

DAVID, A. M.; MERCADO, S. P.; BECKER, D.; EDMUNDO, K.; MUGISHA, F. The prevention and control of HIV/AIDS, TB and Vector-borne diseases in informal settlements: challenges, opportunities and insights. **J. Urban Health**, v.84, n. 3, Suppl., p.65-74, 2007.

DEAN, H.D.; FENTON, K.A. Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/Aids, viral hepatitis, sexually transmitted infections and tuberculosis. **Public Health Rep.**, v. 125, Suppl. 4, p. 1-5, 2010.

DERIBEW, A.; TESFAYE, M.; HAILMICHAEL, Y.; NEGUSSU, N.; DABA, S.; WOGL, A.; BELACHEW, T.; APERS, L.; COLEBUNDERS, R. Tuberculosis and HIV co-infection: its impact on quality of life. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 7, p. 105, 2009.

DOMINGOS, M. P.; CAIAFFA, W. T.; COLOSIMO, E. A. Mortality, TB/HIV co-infection, and treatment dropout: predictors of tuberculosis prognosis in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 887-896, 2008.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.15, n.1, p.75-84, 2012.

FERREIRA, D.C.; FAVORETO, C.A.O.; GUIMARÃES, M.B.L. A Influência da religiosidade não Conviver com o HIV. **Interface (Botucatu)**, v.16, n.41, p. 383-394, 2012.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicol. Est.**, v.16, n.2, p. 259-267, 2011.

FLECK, M.; BORGES, Z.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.4, p.446-455, 2003.

FLECK, M.P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al.. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.2, p.198-205,1999.

FRANCOLINO, C.; GALZERANO, J.; MANSILLA, M.; DAPUETO, J.; LLADO, M.; DEQUE, B. Evaluación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud: functional assessment of HIV infection, en pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana. **Rev. Méd Urug.**, v. 26, p. 129-137, 2010.

GALVÃO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MARCONES-MACHADO, J. Avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 430-437, 2004.

GAO, L.; ZHOU, F.; LI, X.; JIN, Q. HIV/TB co-infection in Mailand, China: A meta-analysis. **PloS One**, v.5, n.5, p.1-6, 2010.

GARFEIN, R.S.; LANIADO-LABORIN, R.; RODWELL, T. C.; LOZADA, R.; DEISS, R.; BURGOS, J. L.; CUEVAS-MOTA, J.; CERECER, P.; MOSER, K.; VOLKER, M. L.; STRATHDEE, S. A. Latent tuberculosis among persons at risk for infecton with HIV, Tijuana, Mexico. **Emerg. Infect. Dis.**, v.16, n.5, p. 757-763, 2010.

GASPAR, J.; REIS, R. K.; PEREIRA, F. M. V.; NEVES, L. A. S.; CASTRIGHINI, C. C.; GIR, E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids em município do interior paulista. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 230-236, 2011.

GEBREMARIAM, M. K.; BJUNE, G. A.; FRICH, J. C. Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: a qualitative study. **BMC Public Health**, v.10, 2010.

GUIMARAES, R. M.; LOBO, A. P.; SIQUEIRA, E. A.; BORGES, T. F. F.; MELO, S. C. C. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **J. Bras. Pneumol.**, v. 38, n. 4, p. 511-517, 2012.

GUO, N.; MARRA, F.; MARRA, C. Measuring health related quality of life in tuberculosis: a systematic review. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 7, n.14, 2009.

HANSEL, N.N.; WU, A.W.; CHANG, B.; DIETTE, G.B. Quality of life in tuberculosis: patient and provider perspectives. **Qual. Life Res.**, v.13, p.639-652, 2004.

HINO, P.; CUNHA, T.N.; VILLA, T.C.S.; SANTOS, C.B. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.16, Suppl. 1, p.1295-1301, 2011.

HINO, P.; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M.R.; EGRY, E.Y. Coinfecção de TB/HIV em um distrito administrativo do município de São Paulo. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.5, p. 755-761, 2012.

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

KITTIKRAISAK, W.; KINGKAEW, P.; TEERAWATTANANON, Y.; YOTHASAMUT, J.; NATESUWAN, S.; MANOSUTHI, W.; CHONGSUWIVATWONG, V.; WHITEHEAD, S. J. Health related quality of life among patients with tuberculosis and HIV in Thailand. **PLoS One**, v.7, n.1, 2012.

KOENIG, H. G.; McCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University, 2001.

KOMATI, S.; SHAW, P.A.; STUBBS, N.; MATHIBEDI, M.J.; MALAN, L.; SANGWENI, P.; METCALF, J.A.; MASUR, H.; HASSIM, S. Tuberculosis Risk Factors and Mortality for HIV Infected Persons Receiving Antiretroviral Therapy in South Africa. **AIDS**, v.24, n.12, p.1849-1855, 2010.

LEMOS, L. A.; FEIJÃO, A. R.; GIR, E.; GALVÃO, M. T. G. Aspectos da qualidade de vida de pacientes com a coinfecção HIV/TB. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. esp. 1, 2012.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Guanabara Koogan, 2001.

MACIEL, E. L. N.; GUIDONI, L. M.; FAVERO, J. L.; HADAD, D. J.; MOLINO, L. P.; JONHSON, J. L. et al. Efeitos adversos causados pelo novo esquema de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, v.36, n.2, p.232-238, 2010.

MEDEIROS, B.; SALDANHA, A.A.W. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. **Est. Psicol.**, v.29, n.1, p.53-61, 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; ALOE, F.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Versão em português da escala de religiosidade da Duke – DUREL. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n.1, p. 31-32, 2008.

NAVEET,W.; RAJA, L.; HEMRAJ, P., *et al.* The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. **Indian Jour Med Sciences**, v.60, n.1, p.3-12, 2006.

NEVES, L. A. S.; REIS, R. K.; GIR, E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 4, p. 1135-1141, 2010.

NEVES, L.A.S.; CANINI, S.E.M.; REIS, R.K.; SANTOS, C.B.; GIR, E. Aids e tuberculose: a coinfecção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n. 3, p. 704-710, 2012.

O'CONNELL, K.; SKEVINGTON, S.; SAXENA, S. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument: analisys. **Soc. Sci. Med.**, v.57, n.7, p.1259-1275, 2003.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil dos casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n. 2, p. 205-213, 2007.

PERKINS, M. D.; CUNNINGHAM, J. Facing the crisis: improving the diagnosis of tuberculosis in the HIV era. **J. Infect. Dis.**, v. 196, Suppl. 1, p.15-27, 2007.

PINHEIRO, R. S.; ANDRADE, V. L.; OLIVEIRA, G. P. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando *linkage* probabilístico. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p.1559-1568, 2012.

PIRES NETO, R. J.; GADELHA, R. R. M.; HERZER, T. L.; PERES, D. A.; LEITÃO, T. M. J. S.; FAÇANHA, M. C.; HOLANDA, C. N.; GIRÃO, E. S.; NOGUEIRA, C. M. O.; ALENCAR, C. H. Características clínico-epidemiológicas de pacientes com coinfecção HIV/tuberculose acompanhados nos serviços de referência para HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará, entre 2004 e 2008. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 244-249, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Artmed, 2011.

PRADO, T. N.; CAUS, A. L.; MARQUES, M.; MACIEL, E. L.; GOLUB, J. E.; MIRANDA, A. E. Epidemiological profile of adult patients with tuberculosis and AIDS in the state of Espírito Santo, Brazil: cross-referencing tuberculosis and AIDS databases. **J. Bras. Pneumol.**, v. 37, n.1, p. 93-99, 2011.

PUNGRASSAMI, P.; KIPP, A.M.; STEWART, P.W.; CHONGSUWIVATWONG, V.; STRAUSS, R. P.; VAN RIE, A. Tuberculosis and AIDS stigma among patients who delay seeking care for tuberculosis symptoms. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v.14, n.2, p.181-187, 2010.

REIS, R. K. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 11, p. 759-765, 2010.

REIS, R. K. **Qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS**: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais. 2008. 276f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

REIS, R. K.; SANTOS, C. B.; DANTAS, R. A. S.; GIR, E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n.3, p. 365-375, 2011.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral”. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, 2007.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. Religiosidade, saúde e qualidade de vida: uma revisão da literatura. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Ed.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p.165-180, 2004.

RODRIGUES, I. L. A.; MONTEIRO, L. L.; PACHECO, R. H. B.; SILVA, S. É. D. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 383-387, 2010.

RODRIGUES, J. L. C.; FIEGENBAUM, M.; MARTINS, A. F. Prevalência de coinfeção tuberculose/HIV em pacientes do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Sci. Med.**, v. 20, n. 3, p. 212-217, 2010.

SANTOS, E. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. S2, p. 64-71, 2007.

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.; KUYUMIJIAN, F. G.; GAZETTA, C. E. A dimensão epidemiológica da coinfeção TB/HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.5, p. 683-688 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 18, n. 2, p.188-195, 2005.

SEISCENTOS, M. Tuberculose em situações especiais: HIV, diabetes mellitus e insuficiência renal. **Pulmão RJ**, v. 21, n.1, p. 23-26, 2012.

SHARGIE, E. B.; LINDTJORN, B. Determinants of treatment adherence among smear positive pulmonary tuberculosis patients in Southern Ethiopia. **PLoS Med**, v. 4, 2007.

SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. **J. Sci. Study Relig.**, v. 41, n.1, p. 91-102, 2002.

SILVA, D. R.; MENEGOTTO, D. M.; SCHULZ, L. F.; GAZZANA, M. B.; DALCIN, P. T. Mortality among patients with tuberculosis requiring intensive care: a retrospective cohort study. **BMC Infect. Dis.**, v. 10, n. 54, p.1-7, 2010.

SILVA, M. C. F.; XIMENES, R. A. A.; MIRANDA FILHO, D. B.; ARRAES, L. W. M. S.; MENDES, M.; MELO, A. C. S. et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, v.51, n.3, p.135-139, 2009.

SILVA, R. M.; ROSA, L.; LEMOS, R. N. Radiographic alterations in patients presenting human immunodeficiency virus/tuberculosis coinfection: correlation with CD4+ T cell counts. **J. Bras. Pneumol.**, v.32, n.3, p.228-233, 2006.

SOUZA, L. R.; GALVÃO, M. T. G.; MACHADO, J. M.; MEIRA, D. A.; CUNHA, K. Teste tuberculínico em indivíduos com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: relação com número de linfócitos T periféricos e atividade tuberculosa. **J. Bras. Pneumol.**, v. 32, n. 5, p. 438-443, 2006.

STEINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health Measurement Scales**. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

SUTHAR, A. B.; LAWN, S. D.; DEL AMO, J.; GETAHUN, H.; DYE, C.; SCULIER, D.; STERLING, T. R.; CHAISSON, R. E.; WILLIAMS, B. G.; HARRIES, A. D.; GRANICH, R. M. Antiretroviral Therapy for Prevention of Tuberculosis in Adults with HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Medicine**, v. 9, n.7, 2012.

TANGENBERG, K. Surviving two diseases: Addiction, recovery, and spirituality among mothers living with HIV disease. **Families in Society**, v.82, n.5, p.517-524, 2001.

TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.5, 2011.

WENDLING, A. P. B.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n.1, p. 77-85, 2012.

WHOQOL group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v. 62, n. 6, p. 486-497, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to Long Term Therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Country protocol for developing the WHO quality of life (WHOQOL): HIV/aids module**. Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control**. Geneva, 2012.

ZENTENO-CUEVAS, R.; MONTES-VILLASEÑOR, E.; MORALES-ROMERO, J.; CAMPO, G. C. M.; CUEVAS, B. Co-infection and risk factors of tuberculosis in a Mexico HIV+ population. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 44, n. 3, 282-285, 2011.

ZIMPEL, R. R.; FLECK, M. P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. **AIDS Care**, v.19, n.7, p.923-930, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A- AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Nome: _____ Pront: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Pessoa para contato: _____ Tel da pessoa: _____

1) Data da entrevista (DD/MM/AA)	DEN / /		
2) Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	DN / /		
3) Sexo: 1()M, 2()F	SEX		
4) Cor (autoinformada): 1() Branca, 2() Preta, 3() Amarela, 4() Parda, 5() Indígena	RAC		
5) Escolaridade em anos: _____ (Zero se não estudou)	ESC		
6) Estado Civil? 1() Solteiro, 2() Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado, 3() Divorciado/Separado, 4() Viúvo.	ECI _____		
7) Qual sua categoria de exposição? 1() Sexual, 2() T.Vertical, 3() Sanguinea/transusão, 4() Sanguinea/UDE, 5() Acidente perf/cort 6() Outro	CTE _____		
8) Qual sua orientação sexual?: 1() Heterossexual 2() Homossexual 3() Bissexual	OSE		
9) Mora com parceiro? 1() Sim / 0() Não	MCP		
10) Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro?: 1() Positiva, 2() Negativa, 3() Não sabe/Não fez ,4.() Sem parceiro	SRP _____		
11) Número de filhos? _____ (0=Nenhum)	FIL _____		
12) Qual é a sua religião? 1() Católica 2() Evangélica 3() Espírita 4() Outra 5() Sem Religião	REL _____		
13) Situação Ocupacional: 1() Empregado, 2() Desempregado 3() Aposentado () Afastado	OCU _____		
14) Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: _____	NPD _____		
15) Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____	RMF _____		
16) Tempo de Diagnóstico HIV Positivo?	DHV _____		
16.1) Doenças Prévias: Tuberculose ≤1ano() ≥2 ano() Pneumocistose ≤1ano() ≥2 ano() Neurotoxoplasmose ≤1ano() ≥2 ano() Histoplasmosse ≤1ano() ≥2 ano() Outros ≤1ano() ≥2 ano()			
17) Em uso de TARV há quantos meses? (0=Não usa TARV)	TRV		
18) Qual o nº de comprimidos que você toma (TARV): _____	CMP		
19) Qual a posologia (frequência da dose): _____	POS		
20) Número de Internações por complicações do HIV (0=Nenhuma)?	NIH		
21) Número de Internações Psiquiátricas nos últimos 12 meses? (0=Nenhuma)	NIP		
22) Em uso atual de medicação psiquiátrica: 1() Sim, 2() Não	PSI		
23) Meses em uso de Antidepressivo _____ (0=Não utiliza)	PAD		
24) Meses em uso de Estabilizador de Humor _____ (0=Não utiliza)	PEH		
25) Meses em uso de Antipsicótico _____ (0=Não utiliza)	PAP		
26) Meses em uso de Benzodiazepínico _____ (0=Não utiliza)	PBZ		
Dados do Prontuário			
27) Medicamentos em uso - Marque um x no que usa atualmente:			
1() Abacavir	7() Zidovudina	13() Indinavir	MED Digital Utilizando “;” para separar Ex. 1;2;3;...
2() Biovir	8() Efavirez	14() Leopinavir	
3() Didanosina	9() Nevirapina	15() Ritonavir	
4() Estavudina	10() Fusamperenavir	16() Saquinavir	
5() Lamivudina	11() Atazanavir	17() Raltegravir	
6() Tenofovir	12() Darunavir	18() Enfuvirtida	
28) CD4	CD4		
29) CD4%	CDP		
30) CD4 Data (DD/MM/AA)	CDD / /		
31) CARGA VIRAL	CAV		
32) Carga Viral Log	LCV		
33) Carga Viral Data (DD/MM/AA)	CVD / /		
34) Tipo de Tb: 1() Pulmonar 2() Extra-Pulmonar 3() Pulmonar + Extra-Pulmonar	TTB		
35) Data de Início dos Antituberculostáticos: _____ / _____ / _____	DIA / /		
36) Qual e o nº de comprimidos que você toma (Tb): _____	CMPTB		
37) Qual a posologia (frequência da dose): _____	POSTB		
38) PPD: () 1() Reator 2() Não Reator	PPD		
39) Pesquisa de BAAR: 1ª amostra () 2ª amostra () 1 Positiva 2 Negativa 3 Não Realizada	BAAR		
40) Raio X do Tórax: () 1 Sugestivo 2 Normal 3 Não Realizado	RX		

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Sr(a),

Eu, Larissa de Araújo Lemos, enfermeira, estou desenvolvendo uma pesquisa com o título “QUALIDADE DE VIDA, ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS E RELIGIOSIDADE DE COINFECTADOS POR HIV/TUBERCULOSE” sob a orientação da Profª. Drª. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

Por meio deste termo, convido-lhe a participar desta pesquisa que ajudará os enfermeiros a programar melhor seu atendimento a pacientes com coinfeção HIV/Tuberculose, buscando os aspectos da adesão ao tratamento e da religiosidade que podem intervir na melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Estes são benefícios importantes para as pessoas portadoras dessa coinfeção e para a sociedade em geral.

Caso aceite participar, inicialmente precisarei que responda algumas perguntas de ordem pessoal, como: sua idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão, renda, religião, entre outros. Posteriormente, perguntarei sobre seu estado de saúde, resultados de exames e doenças associadas.

Ao responder à pesquisa, o(a) senhor(a) não sofrerá nenhum tipo de dano moral ou físico. Os dados colhidos a partir de suas entrevistas serão somados aos de outras entrevistas e apresentados no relatório final deste estudo e publicadas em revistas científicas da área da saúde. Não serão divulgadas quaisquer informações que possam identificá-lo(a).

Gostaria de dizer que a sua participação é voluntária e que poderá desistir de participar da pesquisa no momento em que desejar, sem que isso comprometa seu acompanhamento de saúde nesta instituição. Pelo fato de aceitar participar da nossa pesquisa, o(a) senhor(a) não receberá nenhum pagamento ou ajuda de custo em troca.

Em caso de dúvidas, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato comigo ou com a professora orientadora desta pesquisa Profª. Drª. Marli Teresinha Gimenez Galvão no seguinte endereço: Departamento de Enfermagem da UFC – Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo. Fone: 3366-8464.

Para maiores esclarecimentos, poderá entrar em contato, ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa do HSJ.

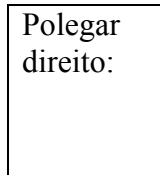
Ass: _____ (Pesquisadora)

Declaro que tomei conhecimento do seguinte estudo: “QUALIDADE DE VIDA, ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS E RELIGIOSIDADE DE COINFECTADOS POR HIV/TUBERCULOSE”, realizado pela pesquisadora Larissa de Araújo Lemos, que compreendi seus objetivos e que concordo em participar do presente estudo.

Fortaleza, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do pesquisado: _____

Polegar
direito:



ANEXOS

ANEXO A - WHOQOL-HIV – bref INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
11. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, circule o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Circule o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.						
	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa	
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	WO1 _____
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	WO2 _____
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente	
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	WO3 _____
4. O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?	1	2	3	4	5	WO4 _____
5. Quanto você precisa	1	2	3	4	5	WO5

de algum tratamento médico para levar sua vida diária?						—
6. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	WO6 —
7. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	WO7 —
8. Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5	WO8 —
9. O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5	WO9 —
10. O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5	WO10 —
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente	
11. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	WO11 —
12. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	WO12 —
13. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	WO13 —
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente	
14. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO14 —
15. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	WO15 —
16. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	WO16 —
17. Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?	1	2	3	4	5	WO17 —
18. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO18 —

19. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	WO19 —
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	
20. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	WO20 —

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
21. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	WO21 —
22. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO22 —
23. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	WO23 —
24. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	WO24 —
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
25. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	WO25 —
26. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	WO26 —
27. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	WO27 —
28. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	WO28 —

29. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	WO29 —
30. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	WO30 —
	Nunca	Algumas Vezes	Frequentem ente	Muito Frequentem ente	Sempre	
31. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	WO31 —

ANEXO B - Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral-CEAT-VIH

Nº

Instruções: Gostaríamos de conhecer alguns aspectos sobre a sua situação atual e sobre seu tratamento. A informação que você proporcione será estritamente confidencial. Por favor, responda a todas as perguntas pessoalmente. Marque a opção que melhor se adequar ao seu caso e lembre-se de que não há respostas “certas” ou “erradas”.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez	
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?	1	2	3	4	5	CET1 _____
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?	1	2	3	4	5	CET2 _____
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?	1	2	3	4	5	CET3 _____
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?	1	2	3	4	5	CET4 _____
5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? (1=SIM 2=NÃO) (escrever os nomes)						CET5 _____
	Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa	
6. Como é a relação que mantém com o seu médico?	1	2	3	4	5	CET6 _____
	Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito	
7. Quanto esforço você faz para seguir (cumprir) com o seu tratamento?	1	2	3	4	5	CET7 _____
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?	1	2	3	4	5	CET8 _____
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?	1	2	3	4	5	CET9 _____
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?	1	2	3	4	5	CET10 _____
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?	1	2	3	4	5	CET11 _____
	Nunca	Algumas vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Muitas vezes	Sempre	
12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?	1	2	3	4	5	CET12 _____

13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?	1	2	3	4	5	CET13 —
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito	
14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?	1	2	3	4	5	CET14 —
	Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos	
15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?	1	2	3	4	5	CET15 —
	Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo	
16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?	1	2	3	4	5	CET16 —
	Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor	
17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?	1	2	3	4	5	CET17 —
	Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade	
18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?	1	2	3	4	5	CET18 —
19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? (1=SIM 2=NÃO)						CET19 —
20. (Se responder afirmativamente): Quantos dias aproximadamente? _____						CET20 —
21. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? (1=SIM 2=NÃO)						CET21 —

ANEXO C- Índice de Religiosidade da Universidade Duke

<p>(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?</p>	<p>1. Mais do que uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. Duas a três vezes por mês 4. Algumas vezes por ano 5. Uma vez por ano ou menos 6. Nunca</p>	<p>DUK1 _____</p>
<p>(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?</p>	<p>1. Mais do que uma vez ao dia 2. Diariamente 3. Duas ou mais vezes por semana 4. Uma vez por semana 5. Poucas vezes por mês 6. Raramente ou nunca</p>	<p>DUK2 _____</p>

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

<p>(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).</p>	<p>1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade</p>	<p>DUK 3 _____ —</p>
<p>(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.</p>	<p>1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade</p>	<p>DUK 4 _____ —</p>
<p>(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.</p>	<p>1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade</p>	<p>DUK 5 _____ —</p>

ANEXO D- Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE



PROJETO DE PESQUISA

Título: QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COINFECTADOS POR HIV/TUBERCULOSE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02712312.3.0000.5044

Pesquisador: Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Instituição: Hospital São José de Doenças Infecciosas -
HSJ / Secretaria de Saúde Fortaleza

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 93.437

Data da Relatoria: 24/08/2012

Apresentação do Projeto:

A qualidade de vida dos pacientes soropositivos é um tema que vem despertando o interesse crescente. Sabe-se que a co-infecção com o M. tuberculosis pode afetar ainda mais a qualidade de vida desses pacientes. Há poucas informações a respeito em nosso meio.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar a qualidade de vida, adesão ao tratamento antirretroviral, níveis de ansiedade e depressão e a religiosidade entre coinfectedados pelo HIV/TB e indivíduos portadores do HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos previstos para os sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de alta relevância para produção de conhecimento específico sobre a qualidade de vida dos pacientes vivendo com HIV/AIDS e co-infectedados com M. tuberculosis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - adequado.

Documento de autorização do SAME-HSJ para revisão de prontuários: foi apresentado.

Recomendações:

Os pesquisadores deverão apresentar relatório anual do desenvolvimento do projeto apresentado e comunicar qualquer alteração ao CEP-HSJ.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Nestor Barbosa, 315

Bairro: Parquelândia

CEP: 60.455-610

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3452-7880

Fax: (85)3101-2319

E-mail: roberioleite@webcabo.com.br

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 10 de Setembro de 2012

Assinado por:
Robério Dias Leite

Endereço: Rua Nestor Barbosa, 315
Bairro: Parquelândia CEP: 60.455-610
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3452-7880 Fax: (85)3101-2319 E-mail: roberioleite@webcabo.com.br