



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

**ALEXSANDRA RODRIGUES FEIJÃO**

**CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NA TEORIA DE  
OREM PARA PACIENTES COM COINFEÇÃO  
HIV/TUBERCULOSE: EFETIVIDADE NA ADESÃO E  
QUALIDADE DE VIDA**

FORTALEZA-CEARÁ  
2011

ALEXSANDRA RODRIGUES FEIJÃO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NA TEORIA DE OREM  
PARA PACIENTES COM COINFECÇÃO HIV/TUBERCULOSE:  
EFETIVIDADE NA ADESÃO E QUALIDADE DE VIDA**

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Teresinha Gimenez Galvão

FORTALEZA-CEARÁ  
2011

ALEXSANDRA RODRIGUES FEIJÃO

CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NA TEORIA DE OREM PARA PACIENTES COM COINFEÇÃO HIV/TUBERCULOSE: EFETIVIDADE NA ADESÃO E QUALIDADE DE VIDA

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Promoção da Saúde

Aprovada em: 25/2/2011

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Lúcia Pereira Duarte  
Universidade Estadual do Ceará- UECE

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Joselany Áfio Caetano  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Raimunda Hermelinda Maia Macena  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro  
Universidade Federal do Ceará – UFC

A meus pais, Francion e Socorro,  
pelo amor e apoio e esforço em  
prol da minha educação até o meu  
ingresso na universidade. Vocês  
me deram o alicerce da minha  
formação profissonal.

Created with

 **nitro**<sup>PDF</sup> professional

download the free trial online at [nitropdf.com/professional](https://nitropdf.com/professional)

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus pelo dom da vida, pela tranquilidade e sabedoria para alcançar este objetivo muito desejado e por ter sido meu refúgio nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Francon e Socorro, por terem me dado o presente de ser criada em uma família equilibrada e cheia de amor, condições fundamentais para meu sucesso. E às minhas irmãs, Alexcydna e Alexcyane, e minha “quase irmã” Tacyane, pelo apoio, incentivo e reconhecimento.

Ao meu marido, Alexandre, pelo amor e companheirismo em todas as horas, por ter compreendido as minhas ausências e falta de atenção em alguns momentos, enfim, por compartilhar a vida comigo.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão, pelo incentivo desde o início das atividades do Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Enfermagem - NAEPE (HSJ), por acreditar em mim, e me ajudar nesta empreitada. Foi um privilégio receber seus ensinamentos e amizade durante esta jornada.

Aos demais membros da banca examinadora pelas sólidas sugestões e contribuições para o enriquecimento do trabalho.

À minha amiga e chefe, Dalila Peres, pela flexibilização na adequação dos meus horários de trabalho, mas principalmente pela grande amizade que compartilhamos desde 2003.

À minha amiga e colega de trabalho, Prof<sup>a</sup> Dra. Lúcia Duarte, por ter contribuído na sedimentação das ideias do projeto de pesquisa e pelo carinho, doçura e incentivo de sempre.

Às minhas ex-alunas, Mauricélia e Helania, pela colaboração nos momentos mais conturbados da coleta de dados.

A todos os profissionais do ambulatório de coinfeção HIV/TB do Hospital São José, em especial ao Dr. Roberto da Justa e Ana Sudário, que viabilizaram a logística de recrutamento dos pacientes para o estudo. E à enfermeira do ambulatório, Clauny Nobre, pela ajuda durante a coleta de dados.

A todos os pacientes participantes do estudo, não apenas por compor a amostra, mas sobretudo pelas lições de vida. A sequência de histórias densas e com tantos sofrimentos

que ouvia em todos os dias de atendimento era sublimada por perceber a força provenientes dessas pessoas. Verdadeiras biografias de superação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo auxílio financeiro relacionado ao Edital MCT/CNPq n ° 14/2010 – Universal, com o qual o projeto desta tese foi contemplado.

Enfim, a todos que contribuíram direta e indiretamente para a construção deste estudo e finalização de mais uma etapa alcançada em minha carreira profissional como enfermeira, professora e pesquisadora.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro.

Leonardo Boff

## RESUMO

FEIJÃO, A.R. **Consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes portadores de coinfeção HIV/Tuberculose: efetividade na adesão e qualidade de vida.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Tese (Doutorado), 2011, 157f.

A gravidade clínica e a demanda social de pacientes coinfectados HIV/tuberculose exigem mudanças no saber e no fazer da enfermagem diante dos cuidados em saúde, especialmente de promoção a saúde. Neste contexto, este estudo objetivou: elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de consulta de enfermagem direcionado para pacientes com coinfeção HIV/TB baseada em na Teoria de Orem; avaliar a efetividade da consulta de enfermagem na adesão e qualidade de vida de portadores de HIV/aids durante o tratamento da tuberculose. Desenvolveu-se a pesquisa em dois momentos. Inicialmente, mediante o delineamento desenvolvimental, elaborou-se instrumento de consulta de enfermagem baseado na Teoria de Orem, o qual foi submetido à validação de conteúdo por experts. Utilizou-se o Coeficiente Kappa para avaliar o nível de concordância das respostas inter-avaliadores, no intuito de proporcionar um instrumento de consulta de enfermagem adequado aos coinfectados HIV/TB. No segundo momento, desenvolveu-se estudo com delineamento quase-experimental, comparando-se a intervenção que constou da aplicação da consulta de enfermagem fundamentada na Teoria de Orem (grupo exposto - 1) durante o seguimento de seis meses do tratamento da TB com outro grupo (grupo não exposto- 2) em cujo tratamento utilizou-se a consulta de enfermagem sem uso de teorias. Para comparações entre os grupos adotou-se a avaliação de qualidade de vida (HAT-QoL) e o Teste de Moriski e Green e avaliação da dificuldade para adesão (TMG e ADA). Participaram do estudo 96 portadores de coinfectados HIV/TB, constituindo-se dois grupos (48=grupo exposto e 48= grupo não exposto) acompanhados no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), de outubro de 2009 a setembro de 2010. Para análise dos dados, foram empregados testes estatísticos apropriados para as comparações entre os grupos. Em relação aos achados da aplicação da consulta de enfermagem, observaram-se déficits de autocuidado principalmente quanto ao apoio social inadequado (66,7%); de dificuldade de acesso ao serviço por carência de transporte (60,4%) e de falta de conhecimento sobre a doença e tratamento (43,8%). Pela HAT-QoL, no início do acompanhamento observaram-se escores baixos e homogêneos na comparação entre os grupos. Verificou-se diferença no domínio relacionado as preocupações financeiras ( $p=0,001$ ). No final do acompanhamento houve melhora da qualidade de vida do grupo exposto nos domínios função geral ( $p=0,002$ ), preocupação com a saúde ( $p=0,000$ ), aceitação do HIV ( $p=0,000$ ), satisfação com a vida ( $p=0,000$ ) e confiança no profissional ( $p=0,032$ ). No inerente à adesão não se identificou diferença entre os grupos. Entretanto, na avaliação da dificuldade para adesão, ao final do tratamento, constataram-se melhores escores no grupo exposto. Apesar dos baixos escores da HAT-QoL, percebeu-se incremento significativo na qualidade de vida dos pacientes do grupo exposto. E, ainda: teve-se melhoria para a adesão ao tratamento e menor índice de abandono no grupo submetido à consulta de enfermagem utilizando-se o modelo de Orem.

**Palavras-chave:** Enfermagem, HIV, Tuberculose.

## ABSTRACT

FEIJÃO, A.R. **Nursing consultation based on Orem's Theory for patients co-infected with HIV/Tuberculosis: efficacy for adherence and quality of life.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Doctoral Dissertation, 2011, 157p.

The clinical severity and social demand of patients co-infected with HIV/tuberculosis demand changes in nursing knowledge and actions for health care, especially health promotion. In this context, this study aimed to: elaborate and validate the contents of a nursing consultation instrument for patients co-infected with HIV/TB based on Orem's Theory; to assess the efficacy of the nursing consultation for adherence and quality of life of HIV/aids patients during tuberculosis treatment. The research involved two moments. Initially, through a developmental design, a nursing consultation instrument was elaborated based on Orem's Theory, which was submitted to content validation by experts. The Kappa Coefficient was used to assess the inter-rater agreement level, with a view to achieving an adequate nursing consultation instrument for HIV/TB co-infected patients. Next, a quasi-experimental study was developed, comparing the intervention through the application of the nursing consultation based on Orem's Theory (exposed group – 1) during six months of follow-up for TB treatment, with another group (non-exposed group – 2) for whose treatment the nursing consultation was used without theories. For inter-group comparisons, quality of life assessment (HAT-QoL) and the Moriski and Green Test were applied, as well as adherence difficulty assessment (TMG and ADA). Study participants were 96 HIV/TB co-infected patients, constituting two groups (48=exposed group and 48=non-exposed group) monitored at Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) between October 2009 and September 2010. For data analysis, appropriate statistical tests were used for inter-group comparisons. As for the findings resulting from the nursing consultation application, self-care deficits were observed, mainly regarding inadequate social support (66.7%); service access difficulty due to lack of transportation (60.4%) and lack of knowledge on the disease and treatment (43.8%). According to the HAT-QoL, at the start of the follow-up, inter-group comparison showed low and homogeneous scores. A difference was found in the domain related to financial concerns ( $p=0.001$ ). At the end of the follow-up, the exposed group demonstrated improved quality of life in the general function ( $p=0.002$ ), health concern ( $p=0.000$ ), acceptance of HIV ( $p=0.000$ ), satisfaction with life ( $p=0.000$ ) and trust in the professional ( $p=0.032$ ) domains. Regarding adherence, no inter-group difference was identified. When assessing adherence difficulty at the end of treatment, however, better scores were found in the exposed group. Despite low HAT-QoL scores, a significant increase in quality of life was perceived among patients from the exposed group. Also, treatment adherence improved and abandonment rates dropped in the group submitted to nursing consultations using Orem's model.

**Key words:** Nursing, HIV, Tuberculosis.

## RESUMEN

FEIJÃO, A.R. **Consulta de enfermería basada en la Teoría de Orem para pacientes portadores de co-infección VIH/Tuberculosis: efectividad en la adhesión y calidad de vida.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Tese (Doutorado), 2011, 157f.

La gravedad clínica y la demanda social de pacientes coinfectados VIH/tuberculosis exigen cambios en el saber y en el hacer de la enfermería ante los cuidados en salud, especialmente de promoción de salud. En ese contexto, la finalidad del estudio fue: elaborar y validar el contenido de un instrumento de consulta de enfermería dirigido a pacientes con co-infección VIH/TB basada en la Teoría de Orem; evaluar la efectividad de la consulta de enfermería en la adhesión y calidad de vida de portadores de VIH/sida durante el tratamiento de la tuberculosis. La investigación fue desarrollada en dos momentos. Inicialmente, mediante el delineamiento de desarrollo, fue elaborado un instrumento de consulta de enfermería basado en la Teoría de Orem, sometido a validación de contenido por especialistas. Fue utilizado el Coeficiente Kappa para evaluar el nivel de concordancia de las respuestas inter-evaluadores, con objeto de proveer un instrumento de consulta de enfermería adecuado a los coinfectados VIH/TB. En el segundo momento, fue desarrollado un estudio con delineamiento casi-experimental, comparándose la intervención que constó de la aplicación de la consulta de enfermería basada en la Teoría de Orem (grupo expuesto - 1) durante el seguimiento de seis meses del tratamiento de TB con otro grupo (grupo no expuesto- 2) en cuyo tratamiento fue utilizada la consulta de enfermería sin uso de teorías. Para comparaciones entre los grupos fue adoptada la evaluación de calidad de vida (HAT-QoL) y el Test de Moriski y Green y evaluación de la dificultad para adhesión (TMG y ADA). Participaron del estudio 96 portadores coinfectados HIV/TB, constituyendo dos grupos (48=grupo expuesto y 48= grupo no expuesto) acompañados en el Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), desde octubre del 2009 hasta septiembre del 2010. Para el análisis de los datos, fueron usados testes estadísticos apropiados para las comparaciones entre los grupos. Respecto a los hallazgos de la aplicación de la consulta de enfermería, fueron observados déficits de autocuidado, principalmente con relación al apoyo social inadecuado (66,7%); de dificultad de acceso al servicio por carencia de transporte (60,4%) y de falta de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento (43,8%). Mediante la HAT-QoL, en el inicio del acompañamiento fueron observados scores bajos y homogéneos en la comparación entre los grupos. Fue verificada diferencia en el dominio relacionado a las preocupaciones financieras ( $p=0,001$ ). Al final del acompañamiento mejoró la calidad de vida del grupo expuesto en los dominios función general ( $p=0,002$ ), preocupación con la salud ( $p=0,000$ ), aceptación del VIH ( $p=0,000$ ), satisfacción con la vida ( $p=0,000$ ) y confianza en el profesional ( $p=0,032$ ). Respecto a la adhesión, no se identificó diferencia entre los grupos. Sin embargo, en la evaluación de la dificultad para adhesión, al final del tratamiento, fueron observados mejores scores en el grupo expuesto. A pesar de los bajos scores de la HAT-QoL, se percibió aumento significativo en la calidad de vida de los pacientes del grupo expuesto. Y, además: mejoró la adhesión al tratamiento y disminuyó el índice de abandono en el grupo sometido a la consulta de enfermería utilizándose el modelo de Orem.

**Palabras-clave:** Enfermería, VIH, Tuberculosis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquematização do Modelo Teórico de Dorothea Orem (1995).....	33
Quadro 1 - Demonstrativo da operacionalização dos passos de avaliação da consulta de enfermagem.....	49
Gráfico 1 - Distribuição percentual das respostas dos juízes na validação do conteúdo do modelo de consulta de enfermagem para pacientes com coinfeção HIV/TB, quanto ao critério organização.....	51
Quadro 2 – Distribuição do número de pacientes submetidos à consulta de enfermagem quanto aos déficits de autocuidado e diagnósticos de enfermagem....	60
Quadro 3 - Apresentação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais comumente aplicados nos pacientes com coinfeção HIV/TB.....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Respostas dos juizes na validaçao do conteudo do modelo de consulta de enfermagem para pacientes com coinfeccao HIV/TB quanto ao criterio clareza e compreensao.....	53
Tabela 2 - Indices de concordancia dos juizes na validaçao do conteudo do modelo de consulta de enfermagem para pacientes com coinfeccao HIV/TB quanto ao criterio relevancia.....	55
Tabela 3 – Frequencia das respostas dos pacientes ao historico durante a primeira consulta de enfermagem.....	58
Tabela 4 – Comparação entre os grupos exposto e não exposto quanto às características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com coinfeccao HIV/TB...	63
Tabela 5 – Comparação entre os grupos exposto e não exposto quanto aos sinais e sintomas relativos à tuberculose no inicio do tratamento.....	66
Tabela 6 – Comparação dos dominios da escala HAT-QoL entre os grupos no primeiro atendimento da consulta de enfermagem.....	68
Tabela 7 – Comparação dos dominios da escala HAT-QoL entre os grupos no final do acompanhamento da consulta de enfermagem.....	69
Tabela 8 – Comparação dos dominios da escala HAT-QoL entre o primeiro atendimento e o final do acompanhamento da consulta de enfermagem no grupo exposto.....	70
Tabela 9 – Comparação entre os grupos quanto ao nível de adesão da escala de Moriski e Green no inicio do tratamento.....	72
Tabela 10 – Comparação entre os grupos quanto à pontuação da escala de Moriski e Green no final do tratamento.....	72
Tabela 11 – Distribuicao do número de pacientes quanto à classificacao do instrumento de avaliacao da dificuldade para adesão no inicio do tratamento.....	73
Tabela 12 – Distribuicao do número de pacientes quanto à classificacao do instrumento de avaliacao da dificuldade para adesão no final do tratamento.....	75
Tabela 13 – Comparação entre os grupos quanto à forma de encerramento dos casos de tuberculose.....	76
Tabela 14 – Correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a forma de encerramento dos casos de tuberculose no grupo exposto.....	77
Tabela 15 – Correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a forma de encerramento dos casos de tuberculose no grupo não exposto.....	78

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
1.1 Contextualização da coinfeção HIV/tuberculose .....	14
1.2 Consulta de enfermagem como tecnologia de promoção da saúde em pacientes com coinfeção HIV/TB.....	20
1.3 Adesão e qualidade de vida – aspectos relevantes na coinfeção HIV/TB.....	24
1.4 Desvelando a problemática do estudo.....	29
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
3 OBJETIVOS.....	39
4 METODOLOGIA.....	40
4.1 Procedimentos metodológicos concernentes à elaboração e validação do modelo de consulta baseado na Teoria do Autocuidado para pacientes com coinfeção HIV/TB.....	40
4.2 Procedimentos metodológicos relativos à aplicação e avaliação da efetividade da consulta de enfermagem baseado na Teoria do Autocuidado para pacientes com coinfeção HIV/TB.....	43
5 RESULTADOS.....	51
5.1 Achados relacionados à elaboração e validação de conteúdo da consulta de enfermagem.....	51
5.2 Dados relativos à aplicação da consulta de enfermagem.....	56
5.3 Resultados quanto à caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	62
5.4 Resultados relacionados à aplicação da escala de qualidade de vida (HaT-QoL).....	67
5.5 Resultados inerentes à aplicação da escala de adesão de Moriski e Green e Instrumento de Avaliação da Dificuldade para Adesão.....	71
5.6 Resultados relacionados à avaliação do desfecho dos casos.....	75
6 DISCUSSÃO.....	80
6.1 Validação e implementação da consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes portadores de coinfeção HIV/TB.....	80
6.2 Caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos do estudo.....	92
6.3 Avaliação da efetividade da consulta de enfermagem na adesão e qualidade de vida dos pacientes com coinfeção HIV/TB.....	100
7 CONCLUSÕES.....	116
8 RECOMENDAÇÕES .....	120
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICES	
ANEXO	

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização da coinfeção HIV/tuberculose

A tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças infecciosas conhecidas e continua sendo um problema relevante de saúde pública no mundo, principalmente após o surgimento da epidemia decorrente da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Segundo Nunn, Reid e De Cock (2007), após 23 anos do primeiro caso notificado de TB associada ao HIV, esta condição vem apresentando crescente magnitude e gravidade clínica, atraindo olhares de pesquisadores de todo o mundo.

Quando a aids emergiu nos anos 1980, a TB era uma patologia considerada sob controle e com menor importância epidemiológica em países desenvolvidos, devido ao diagnóstico e tratamento relativamente fáceis. Essa tendência decrescente de casos de TB foi revertida com a elevação dos casos de aids. Contudo, a doença voltou a ter relevância, induzindo à reformulação dos programas de combate à tuberculose (GAO et al., 2010). Em 1993, conforme Nunn, Reid e De Cock (2007), a tuberculose foi considerada uma emergência global, e, desse modo, influenciou os países desenvolvidos a investirem no controle de ambas as epidemias, levando ao atual estado estável em número de casos de coinfeção.

Os países em desenvolvimento, por sua vez, que sempre tiveram alta morbidade por TB, vêm enfrentando o agravamento do problema. De acordo com Gao et al. (2010), este fato está relacionado com a facilidade da transmissão e surgimento da doença ativa em condições como desnutrição, pobreza, aglomerações, além de programas antituberculose pouco estruturados, com recursos financeiros ínfimos e investimentos científicos aquém da necessidade.

É notório o fato de que a infecção pelo HIV tem modificado a tendência epidemiológica da tuberculose no mundo, mas em especial em áreas mais pobres. A elevação das taxas de coinfeção HIV/TB emana desafios que atrasam a redução da incidência de ambas as infecções. Nesta concepção, como referem Jamal e Moherdaui (2007), a elevação da prevalência global do HIV ocasionou relevantes implicações no controle de TB, sobretudo em países onde a prevalência da doença já era alta.

Consoante com Lee et al. (2010), atualmente a infecção pelo HIV e a tuberculose são as doenças infecciosas mais preocupantes do mundo. Neste sentido, a interseção entre estas duas doenças revela uma sinergia mórbida. Em corroboração, como relata Barillet (2007), ambas estão concentradas em áreas de real pobreza, onde há apenas mínimos recursos para diagnóstico, tratamento e controle da infecção. Estas doenças têm, ainda, expressiva ligação fisiopatológica, ou seja, uma infecção acelera a outra. Enquanto a probabilidade de um indivíduo imunocompetente infectado pelo bacilo da TB desenvolver a doença é de cerca de 10% ao longo da vida, no indivíduo infectado pelo HIV e sem intervenção terapêutica, essa probabilidade chega a cerca de 10% ao ano.

A significativa morbi-mortalidade desta coinfeção implica imprevisíveis custos financeiros e emocionais aos indivíduos, família e sociedade. Segundo salientam Dean e Fenton (2010), apesar de décadas de investimentos, muitos países, inclusive desenvolvidos, mantêm altos índices de ambas as infecções. Porém, as desigualdades sociais presentes em países em desenvolvimento elevam ainda mais os índices da doença. Sabe-se que fatores individuais, como comportamentos de risco, são os principais motores da 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.

Em relação aos dados epidemiológicos mundiais, de acordo com as informações fornecidas pela UNAIDS (2010), aproximadamente 2,6 milhões de novas infecções pelo HIV foram detectadas no ano de 2009. Apenas na América Latina, até 2009, 1,4 milhão de pessoas viviam com HIV. Em consonância, como exposto pelo programa internacional Stop TB Partnership (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), em 2008 foram diagnosticados 9,4 milhões de novos casos de tuberculose, e 1,4 milhão ocorreu em pessoas soropositivas para o HIV. Ademais, 500 mil do 1,8 milhão de mortes verificadas como resultado da TB em 2008 eram em indivíduos com infecção pelo HIV.

No Brasil, do início da epidemia em 1980, até junho de 2010, realizaram-se 592.914 diagnósticos de aids. Apenas no ano de 2009, notificaram-se 38.538 casos de aids no país (BRASIL, 2010a). Quanto à tuberculose, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), em 2009 foram notificados 71.641 casos novos confirmados, sendo 8.582 positivos para o HIV. No entanto, este total é subestimado, pois 27.892 notificados para TB no país não foram testados para o HIV e 16.830 exames permanecem em andamento.

No Ceará, a situação é semelhante. Em 2009 foram notificados 4.560 casos de TB com 231 soropositivos para o HIV no Estado, mas 1.718 dos diagnosticados com TB não realizaram sorologia para o HIV e 1.242 exames permanecem em andamento, sem o devido resultado (BRASIL, 2010c).

Os números são alarmantes, sobretudo diante das evidências de subnotificação que têm prejudicado a análise do impacto da coinfeção e suas tendências. Segundo Silveira et al. (2006), em alguns Estados a subnotificação da associação HIV/TB alcança 40%. Ainda como o autor refere, esta incerteza também pode ser analisada pelo viés da realização ou não do teste anti-HIV para pacientes com diagnósticos de TB (que é o recomendado). Portanto, quanto menos pacientes com TB forem testados para o HIV, menores serão as certezas sobre a magnitude da coinfeção.

É preocupante a lacuna existente nos bancos de dados nacionais. Em pesquisa na qual se utilizou o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c), observou-se que elevado número de notificações de tuberculose não apresenta resultado definitivo da sorologia para HIV, constando no banco de dados como exame em andamento. Isto pode refletir falhas estruturais dos serviços de saúde, tais como dificuldade de acesso ao laboratório, demora no recebimento do resultado, extravio de exames, ou ainda, falta de atualização do sistema de informação. Deste modo, como Silva e Gonçalves (2009) ratificam, o diagnóstico precoce da coinfeção tuberculose/HIV fica prejudicado por falta de infraestrutura adequada e deficiências no fluxo de informação na rede assistencial.

Os dados ora demonstrados são de extrema relevância, pois reiteram estudos que consideram a TB como a infecção oportunista predominante no mundo (GAO et al., 2010; SOARES et al., 2006). Ademais, indivíduos soropositivos para o HIV são especialmente suscetíveis à TB, tanto por reativação de uma infecção latente, quanto por rápida progressão de uma infecção recente para uma doença ativa.

Consoante revelado por estudos, a infecção pelo HIV pode ser considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da TB ativa a partir de uma infecção latente (NUNN; REID; DE COCK, 2007; GAO et al., 2010; GARFEIN et al., 2010). Por outro lado, Silveira et al. (2006) indicam que a TB pode acelerar o curso da infecção pelo HIV e o diagnóstico torna-se, frequentemente, difícil, bem como a infecção pelo HIV altera a infecção por TB, sua manifestação clínica, duração do tratamento e tolerância aos tuberculostáticos. Em complementação, segundo Gao et al. (2010), diversamente à manifestação da TB em imunocompetentes, as formas pulmonares não cavitárias, formas associadas e as formas extrapulmonares são as mais frequentes entre portadores de HIV/aids.

Ressalta-se que o avanço do uso de terapia antirretroviral combinada de alta potência (HAART), após o advento dos inibidores de protease (IP) e inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), está associado à redução da incidência da maioria das infecções oportunistas (SOARES et al., 2006), incluindo-se a TB.

Neste sentido, na argumentação de Silveira et al. (2006), apesar de no Brasil haver uma política de acesso universal à terapia antirretroviral (TARV) e condições para estabelecer estratégias para redução da morbimortalidade da TB associada ao HIV, ainda é elevado o número de coinfectados, com relevância epidemiológica.

No tocante à evolução dos casos, tem sido demonstrada a redução da sobrevida de pacientes com aids após o desenvolvimento da TB ativa. Pelo exposto nos estudos de Silva et al. (2010) e Oliveira, Marin-León e Cardoso (2004), em média, 60% dos óbitos em pacientes com TB estão relacionados ao HIV. Neste prisma, a aids, além de ser um fator para ativação da TB, também eleva a probabilidade de óbitos entre indivíduos com tuberculose.

Evidentemente, a associação do uso de HAART e adequada terapia antituberculose possibilita a cura para TB em indivíduos soropositivos. No entanto, segundo Perkins e Cunningham (2007), há entraves envolvidos na probabilidade de sucesso do tratamento para TB. Como, por exemplo, alguns antirretrovirais (ARV) têm interações medicamentosas com tuberculostáticos, principalmente com a rifampicina (RMP), que é a base do esquema terapêutico. Conforme Bock et al. (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.

De modo semelhante, a infecção pelo HIV também exerce influência nas falhas ou falências do tratamento para TB. Como por exemplo, Rodrigues et al. (2010) citam a irregularidade do tratamento, abandono e multirresistência às drogas. Estas situações ocorrem sobretudo pela baixa adesão, que se torna mais difícil de ser alcançada, em virtude dos

numerosos medicamentos da TARV somados aos tuberculostáticos e, em alguns casos, medicamentos profiláticos. Aliado a isso, segundo Paixão e Gontijo (2007), um histórico de baixa adesão à TARV culmina na não-adesão aos tuberculostáticos. Ainda, como os autores referem, 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.

Em parte significativa dos casos, o diagnóstico de TB é conhecido ao mesmo tempo do diagnóstico para infecção pelo HIV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Esta condição influencia na aceitação da doença, gerando muitas vezes a dificuldade da adesão, levando à falência do tratamento.

Ressalta-se que no Brasil são registrados índices de abandono variáveis de 38% a 42%, sendo estas taxas extremamente elevadas, uma vez que o Ministério da Saúde preconiza como aceitável apenas 5% de abandono (RODRIGUES et al., 2010).

Com vistas a reduzir tal taxa de abandono, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) introduziu em 2009 uma modificação no esquema terapêutico para TB, como exposto:

acrescentar um quarto fármaco, o etambutol (E), na fase de ataque; adotar a associação dos fármacos em forma de comprimidos, com doses fixas combinadas 4 em 1 (rifampicina-R, isoniazida-H, pirazinamida -Z, etambutol-E), para a fase de tratamento intensivo, e 2 em 1 (RH), para fase de continuação; utilizar formulações de comprimidos em substituição às cápsulas anteriormente disponíveis; adequar as doses de H e Z em adultos para 300 mg/dia e 1.600 mg/dia, respectivamente. Este é considerado o esquema básico, indicado para todos os casos novos de todas as formas de TB pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite), bem como para todos os casos de recidiva e retorno após abandono (CONDE et al., 2009, p. 1030).

Por ser uma medida recente, ainda não há resultados fidedignos sobre a influência da mudança do esquema na adesão, mas há indicativos positivos desta estratégia.

Diante destes aspectos, para controlar a epidemia da coinfeção HIV/TB, necessita-se de um maciço esforço global, associando estratégias de rápida identificação e tratamento

dos casos, dos comunicantes e dos indivíduos com infecção latente (PARENTI et al., 2005). Implica o despertar dos profissionais para importância da promoção da saúde e a atenção dos gestores em gerar e viabilizar políticas públicas para incrementar ações voltadas à melhoria da adesão aos tuberculostáticos e TARV, possibilitando a redução das taxas de morbimortalidade de coinfectados e da resistência a múltiplas drogas.

Diante da situação, a interdisciplinaridade e o conceito de clínica ampliada esclarecido entre os profissionais de saúde formam a base fundamental para o atendimento a pessoas com coinfeção HIV/TB, bem como a notificação e condução adequada dos casos. Tais iniciativas devem se difundir em todos os níveis de atenção à saúde, em especial na atenção básica e nos serviços ambulatoriais, as quais, na maioria das vezes, são a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS).

## **1.2 Consulta de enfermagem como tecnologia de promoção da saúde em pacientes com coinfeção HIV/TB**

A ampliação do conceito de saúde, no contexto da promoção, como resultado dos modos de organização social e como efeito da composição de múltiplos fatores (HUSBANDS, 2007), requer um novo olhar e a incorporação de novas atitudes e diretrizes que se integrem desde a formação dos profissionais de saúde até a efetivação das práticas de cuidado à população em todos os níveis de complexidade da atenção.

De acordo com Husbands (2007), todo processo de saúde é dinâmico e assim como os enfoques de saúde mudam sob influência de relações sociais, econômicas, individuais, políticas, filosóficas e culturais partilhadas pelo ser humano, os alvos e prioridades da assistência também vão se modificando.

Nesse sentido, apresentou-se como um evento marcante do final do século XX o surgimento de uma epidemia que rapidamente se alastrou pelos cinco continentes: a aids. Desde o início desta, o curso da infecção pelo HIV vem se alterando ao longo dos anos, inclusive com a perspectiva da tuberculose já abordada neste estudo.

Com a introdução da terapia antirretroviral altamente ativa (highly active antiretroviral therapy - HAART), em 1996, muitas pessoas infectadas pelo HIV passaram a ter uma sobrevida mais longa, com melhores perspectivas e qualidade de vida. Dessa forma, a aids atualmente é considerada uma doença crônica e não uma condição terminal, diferentemente do ocorrido nas décadas de 1980 e 1990 (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008).

Porém o aumento da tuberculose em portadores de HIV/aids impõe sobrecarga aos serviços de saúde, particularmente por expor as deficiências existentes nos programas de controle da tuberculose. Assim, impõe desafios aos profissionais de saúde na definição do diagnóstico, na avaliação e no tratamento, em face das modificações da tuberculose nesses pacientes, desde sua sintomatologia e evolução clínica até a resposta ao tratamento preconizado (CHEADE et al., 2009). Mencionados aspectos exigem mudanças no saber e no fazer da enfermagem perante o cuidado desta população.

Esta nova perspectiva começa em um processo de transformação que, segundo Johns e Hardy (2005), é ativo de ser e se tornar, isto é, da realização da prática desejável como uma realidade vivida. Neste âmbito, à enfermagem se impõe o desafio constante de re-situar sua práxis e sua base de conhecimentos na realidade da promoção da saúde de pessoas que vivem com HIV/aids.

Entre os atos de enfermagem ressalta-se a consulta de enfermagem, ação cada vez mais ampliada nos serviços de saúde como estratégia promotora de saúde no contexto do cuidado. No entanto, conforme abordam Silva et al. (2010), a implantação da consulta de

enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, sobretudo com vistas a levá-lo a compreendê-la como atividade que requer metodologia própria e objetivos definidos.

Vale destacar o seguinte: o atendimento por meio de consultas de enfermagem, de acordo com a experiência de Curcio, Lima e Torres (2009), ajuda a atingir uma excelência no cuidado, pois as necessidades do indivíduo são avaliadas continuamente. A implementação de um programa estruturado proporciona também a possibilidade de avaliação crítica do cuidado, facilitando os ajustes clínicos e a comunicação multidisciplinar.

Quanto às tecnologias em enfermagem, entre elas, a consulta de enfermagem, conforme Crozeta et al. (2010) relatam que valorizam a relação entre profissional e paciente e os saberes envolvidos na efetivação do cuidado de enfermagem, na intenção de oferecer um cuidado confiável e de qualidade. Ainda como as autoras ressaltam, a tecnologia é vista como princípio que embasa a prática profissional e facilita o aprimoramento de conhecimentos da enfermagem. Considerando a consulta de enfermagem como tecnologia do cuidar, conclui-se que ela fornece arquétipo conceitual e operacional para o cotidiano da assistência.

Em corroboração, como concluíram Silva et al. (2010) ao analisarem a consulta de enfermagem sob a ótica da inovação tecnológica, ao ser implantada, ela afeta tanto o paciente quanto os trabalhadores que precisam ser capacitados para a adequada utilização do instrumento. Desse modo, influi na produtividade e na qualidade do atendimento prestado.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (1997), a consulta de enfermagem é definida como uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico para identificar situação de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem favoráveis à promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Nessa mesma vertente, conforme Horta (1979) compreende, a enfermeira ao atender um indivíduo não hospitalizado, aparentemente sadio ou

doente, em tratamento ambulatorial, poderá aplicar o processo de enfermagem e, quando o faz, está realizando uma consulta de enfermagem.

Portanto, como se depreende, a consulta de enfermagem deverá contemplar os seguintes componentes do processo de enfermagem: coleta de dados (histórico e exame físico), diagnósticos de enfermagem, intervenções ou prescrições de enfermagem e avaliação (evolução).

Nessa perspectiva, a consulta de enfermagem ao cliente com coinfeção HIV/TB, quando fundamentada na Metodologia da Assistência de Enfermagem, ou seja, sistematizada, viabiliza trabalhar aspectos gerais do processo-saúde doença; realizar orientações sobre exames e retornos à unidade; promover aconselhamento pré e pós teste anti-HIV quando necessário; incentivar o autocuidado e a participação da família, se permitida pelo paciente; realizar ações de profilaxia e busca de contatos; e principalmente investir na adesão e finalização do tratamento sem interrupções.

Entretanto, apesar de ter como finalidade sistematizar, organizar, dar sentido científico, consistência, registro e memória à assistência de enfermagem, a consulta de enfermagem não ignora aspectos como a subjetividade dos sujeitos, significados, experiências vividas, comportamentos e cultura dos indivíduos. Visa sim criar espaço de comunicação e vínculo, para subsidiar o cuidado humano (CURCIO; LIMA; TORRES et al, 2009).

No contexto da promoção da saúde de pessoas portadoras de HIV/TB, as ações de enfermagem têm papel fundamental, pois o acolhimento e pré-consulta, educação em saúde e orientações gerais, além da consulta de enfermagem, são estratégias realizadas pela equipe de enfermagem que configuram o cuidado ao paciente e almejam dar-lhe acompanhamento, com vistas a cuidar e incentivar o autocuidado.

É de amplo conhecimento que a atenção à saúde mantém, ainda, heranças de um sistema focado na medicalização e centralização na doença. No entanto, conceitos como

promoção da saúde e clínica ampliada estão paulatinamente ganhando espaço e são cada vez mais aceitos e praticados por profissionais de saúde. Nesta perspectiva, a criação de vínculo, a comunicação e o espaço para a subjetividade criados em momentos de interação enfermeiro – cliente, ainda podem ser considerados um avanço paradigmático.

Como salientam Silva et al. (2010), a consulta de enfermagem se contrapõe à hegemonia biomédica, pois sua organização é voltada ao cuidado e autocuidado, priorizando ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

### **1.3 Adesão e qualidade de vida - aspectos relevantes na coinfeção HIV/TB**

A adesão ao tratamento pode ser definida, de acordo com Colombrini, Coleta e Lopes (2008), como compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente com a finalidade de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado. Nessa ótica, a aquisição e manutenção da conduta de adesão ao tratamento são fundamentais para a obtenção de bons resultados terapêuticos.

Ressalta-se, ainda, que adesão é 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. Segundo Brasil (2008a), transcende a simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/aids, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde.

Neste sentido, consoante a Barroso et al. (2006), os profissionais e equipe de saúde, por sua vez, podem se valer da compreensão dos fatores que dificultam e que facilitam

a adesão, mediante a descrição por parte do próprio paciente das suas experiências, atitudes e crenças sobre a enfermidade e o tratamento, para ajudá-lo a compreender a importância da TARV e melhorar o comportamento de adesão.

Segundo evidenciado, o fenômeno da não-adesão ao tratamento tem sido considerado universal, particularmente entre pessoas com doenças crônicas, além de ser avaliado como um fenômeno complexo e multicausal (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008). Destarte, diversos fatores preditivos para a não-adesão ao tratamento têm sido apontados e podem ser agrupados conforme observaram Barroso et al. (2006): fatores relacionados à pessoa sob tratamento; à doença; ao tratamento; aos serviços de saúde e suporte social.

Mas para haver o adequado seguimento de uma terapêutica implementada, as relações entre paciente-profissional e as condições favoráveis ou desfavoráveis devem ser levantadas e consideradas durante a consulta. Estudos demonstram a influência de diversos fatores na decisão do paciente em seguir determinada terapêutica (BARROSO et al., 2006; ROCHA et al., 2008; LOGULLHO et al., 2008; CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008). Citam-se, por exemplo, idade, escolaridade, confiança no profissional, aceitação da doença ou agravamento, quantidade de medicamentos ou medidas a serem tomadas, longos tratamentos (doenças crônicas), efeitos colaterais de medicações, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, fatores econômicos, sociais e culturais, além do nível de conhecimento e capacidade de compreensão sobre a doença e tratamento.

Como mencionado por Moreira et al. (2008), nos Estados Unidos 5,3% das admissões hospitalares estão associadas à não-adesão aos tratamentos farmacológicos prescritos, enquanto os custos anuais diretos e indiretos decorrentes deste comportamento são de 25 bilhões e 100 bilhões de dólares, respectivamente. Estas estimativas incluem os custos

com medicamentos não utilizados, consultas adicionais, atendimentos de emergência, hospitalizações e testes diagnósticos.

Neste âmbito e de forma reducionista, os profissionais de saúde tendem a responsabilizar os pacientes pela não-adesão ou a associar a falta de adesão apenas com falta de conhecimento. Soma-se a isto, conforme Cole (2008), o paternalismo e o poder profissional de coerção enraizado culturalmente nos sistemas de saúde, o qual afirma autoritariamente a necessidade de seguir determinada terapêutica. Tal atitude, porém, tem se revelado de pouca efetividade na realidade do cotidiano, em especial porque a participação ativa do paciente na tomada de decisão para a adesão fundamenta-se na aliança terapêutica, cooperação, respeito, corresponsabilização e concordância, e não só na simples ação prescritiva.

De modo geral, a baixa adesão e o abandono ao tratamento são as principais causas da elevação da morbi-mortalidade por TB em indivíduos soropositivos (BOCK et al., 2007; RODRIGUES et al., 2010; PAIXÃO; GONTIJO, 2007). Neste aspecto, as circunstâncias de irregularidade no tratamento e abandono por baixa adesão são a mais frequente causa de resistência aos tuberculostáticos. Conseqüentemente, como constatado por Oliveira, Marin-León e Cardoso (2004), indivíduos com TB resistente a múltiplas drogas (multidrogas resistentes - MDR) e Aids apresentam grandes possibilidades de morte caso não sejam rapidamente diagnosticados e tratados. Sobrepõe-se a esta situação a transmissão de bacilos resistentes de um indivíduo bacilífero a outros indivíduos, vista como grave problema de saúde pública na atualidade.

É notória a urgência em cuidar melhor desses indivíduos, de forma interdisciplinar, no intuito de resgatá-los para o tratamento regular e à cura. Recomenda-se, também, promover educação em saúde voltada para o paciente, mas envolvendo a família sobre o autocuidado.

Essa atenção humanizada e diferenciada viabiliza a adesão e a recuperação mais rápida do paciente, quebrando ainda a cadeia de transmissão da doença.

Assim, metas como melhoria da qualidade de vida por meio do autocuidado, continuidade e término de tratamento baseado em uma boa adesão, redução de indivíduos multirresistentes às drogas e redução da transmissão da tuberculose e do HIV envolvendo mudança de comportamento, podem ser alcançadas pela consulta de enfermagem e o trabalho interdisciplinar anteriormente descritos. Tais iniciativas podem levar também à redução da mortalidade desses clientes.

As ações terapêuticas relacionadas ao HIV, bem como à TB, procuram viabilizar a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Contudo, qualidade de vida abrange muito mais do que a adesão terapêutica, e, particularmente no caso de HIV/aids, há uma relação importante entre ambas.

Neste sentido, o bem-estar do paciente é determinado não apenas pelo seu estado de saúde ou por sua resposta ao tratamento, mas também por outras dimensões sociais e psicológicas. Desse modo, a identificação de fatores que determinam a qualidade de vida é importante para orientar a prestação de cuidados em saúde. Além disso, a identificação de fatores potencialmente modificáveis (conhecimento sobre a doença, poucas condições de se deslocar ao serviço, etc.), pode auxiliar a reconhecer necessidades adicionais de serviços com o objetivo de promover a qualidade de vida. Consoante acrescentam Kristi et al. (2009), demais aspectos devem ser considerados, como idade, gênero, instrução, situação empregatícia, entre outros, pois estão fortemente associados com a qualidade de vida dos sujeitos.

Especificamente quanto ao HIV/aids, os efeitos psicológicos e sociais inerentes à infecção tornam a qualidade de vida dos pacientes extremamente variável. Como citado, com o advento da HAART, pessoas soropositivas para o HIV têm experienciado a mudança da

tendência de cronificação do HIV e, conseqüentemente, o aumento da sobrevida. Porém, em concordância com Mutimura, Stewart e Crowther (2007), o aumento dos anos de vida não implica necessariamente melhoria da qualidade de vida. Isto se percebe, pois apesar dos benefícios proporcionados pelo tratamento, o uso continuado da HAART tem estado associado a anormalidades metabólicas e à má distribuição da gordura corporal (lipodistrofia) em aproximadamente 40 a 60% dos pacientes.

Apesar dos avanços obtidos nestas três décadas de pandemia pelo HIV, fatores como o estigma e o preconceito ainda estão muito presentes e enraizados na sociedade. Com isso há uma preocupação em manter o seu *status* sorológico em sigilo. Quanto a este aspecto, Carvalho e Galvão (2008) afirmam que a mentira e a omissão servem, muitas vezes, como importantes estratégias de enfrentamento, especialmente na fase inicial de convívio com a soropositividade, para evitar situações de estigmatização. É um modo de manter a privacidade e o sigilo e, ao mesmo tempo, resguardar-se de conflitos.

Entretanto, a preocupação com o sigilo sobre a infecção compromete a qualidade de vida do paciente. Como esclarecem Carvalho e Galvão (2008), a revelação de estar infectado, muitas vezes, é autoimposta pelo medo do portador ou doente de, ao tornar conhecido seu diagnóstico, sofrer preconceitos e estigmatização. Este aspecto também pode ser estendido à tuberculose, por seu caráter estigmatizante na sociedade atual.

Diante destes vários aspectos, pode-se considerar que qualidade de vida inclui um largo espectro de áreas da vida e os modelos variam desde a satisfação com a vida e o bem-estar social até modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Segundo Sousa et al. (2006), relaciona-se também com dimensões menos tangíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si).

Nesta ótica, qualidade de vida compreende diversos aspectos da vida do indivíduo, incluindo aspectos físicos, psíquicos e sociais. Deve-se levar em consideração a melhoria do bem-estar subjetivo, a sensação de vitalidade, a melhoria de vínculos afetivos e sociais (GEOCZE et al., 2010), principalmente ao viver com patologias caracterizadas por aspectos densos de estigma, preconceito, medo, expectativa de morte, a convivência constante com o fantasma do adoecimento e do sofrimento, como no caso da junção da aids e TB.

Além dos aspectos psicossociais ora citados, a pobreza, o baixo nível educacional, o precário acesso aos serviços de saúde são fatores possivelmente modificáveis que mantêm os níveis de qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/TB muito baixos. Tais aspectos devem ser alvos de estratégias de combate à coinfeção.

#### **1.4 Desvelando a problemática do estudo**

Em face de todo o processo argumentativo deste capítulo introdutório, é relevante citar que, em busca integrativa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a revisão de literatura deste estudo, utilizaram-se como descritores “HIV” e “tuberculose” (segundo a terminologia DeCS/MeSH), o que resultou em 1.190 artigos publicados contendo tais descritores nas diversas bases de dados. No entanto, quando incluído o descritor “enfermagem”, este número caiu para 63 publicações. Na avaliação dos resumos, observou-se que apenas 45 realmente tratavam de coinfeção, e a maioria dos estudos abordava aspectos epidemiológicos, clínicos e farmacológicos da coinfeção. Apenas três estudos tratavam de avaliação da adesão aos tuberculostáticos e um abordava a vivência do indivíduo com a coinfeção HIV/tuberculose.

Este fato ratifica a argumentação da importância deste estudo, o qual tem como escopo do problema de pesquisa a associação entre consulta de enfermagem, Teoria do Autocuidado, adesão e qualidade de vida, trazendo à tona aspectos pouco estudados acerca da temática. Constitui-se então em um estudo inédito e de contribuição indiscutível para a construção do conhecimento em enfermagem e em saúde.

Por ser a enfermagem uma profissão fundamentada no cuidar e atuar em todos os níveis de atenção à saúde, a assistência de enfermagem sistematizada e sensibilizada condiciona o trabalho com vistas à adesão, mudança de comportamento e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Neste contexto, pretende-se investigar a influência da consulta de enfermagem (baseada na Teoria do Autocuidado) na adesão e qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/TB. Partiu-se da hipótese segundo a qual a consulta de enfermagem possibilita a melhoria da adesão aos tuberculostáticos e antirretrovirais por indivíduos soropositivos com infecção por TB. Dessa forma, tem-se como tese: “a consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado é efetiva para a melhoria da adesão e qualidade de vida dos pacientes portadores de coinfeção HIV/TB”.

Considerando serem os parâmetros trabalhados neste estudo primordialmente a adesão e a qualidade de vida dos sujeitos, fatores intimamente ligados à capacidade de autocuidar-se, todo delineamento desta investigação está pautado na Teoria do Autocuidado de Orem, com aplicabilidade no contexto da assistência de enfermagem ao portador de coinfeção HIV/tuberculose, cujo elemento fundamental é o autocuidado que estes indivíduos devem realizar para terem melhor qualidade de vida.

Para manter a coerência e o discorrer lógico do texto, optou-se por dividir esta tese em fases, conforme a ordem sequencial dos objetivos traçados. Portanto, serão abordados, inicialmente, os aspectos relativos à construção e validação do conteúdo do modelo de

consulta de enfermagem; em seguida se descreverá a aplicação da consulta de enfermagem aos pacientes coinfectados, e posteriormente se verificarão os aspectos avaliativos e comparativos da efetividade da consulta de enfermagem sobre a adesão e qualidade de vida.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Teoria, de acordo com Chinn e Kramer (1995), é uma abstração da realidade entendida como uma organização de palavras ou outros símbolos que representam experiências perceptuais de objetos, propriedades ou eventos. Tal como um mosaico, uma teoria possui organização e padrões e, como abstração sistemática da realidade, ela também é orientada por propósitos.

O uso de teorias na enfermagem reflete um movimento da profissão em busca da autonomia e da delimitação das suas ações. Conforme Almeida, Lopes e Damasceno (2005), durante sua história, a enfermagem esteve sempre dependente de outras ciências, portanto sem um corpo de conhecimento próprio, o que fomentou o desejo nos enfermeiros de conhecer sua verdadeira natureza e construir sua identidade.

Em virtude de as teorias serem fundamentos para a prática, o desenvolvimento destas na enfermagem contribuiu para a definição dos papéis da enfermagem como profissão, suas especificidades e seus saberes, como também para o desenvolvimento do caráter científico e autônomo de uma profissão que até recentemente era considerada uma ramificação do saber médico.

Ademais, embora o desenvolvimento do ensino teórico na prática de enfermagem tenha sido focalizado nesta na última década, a conexão prática/teoria ainda necessita ser mais explorada e articulada. Da mesma forma, dentro da educação em enfermagem, teoria é muitas vezes apresentada como um corpo de conhecimentos aprendidos além da arena da prática, isolando-a do trabalho cotidiano da enfermagem (DOAN; VARCOE, 2005).

Neste sentido, a incorporação de teorias na prática profissional, por parte dos enfermeiros, permanece incipiente. Como afirmam Chaves, Araújo e Lopes (2007) a dificuldade em compreender os elementos e a estrutura de uma teoria de enfermagem pode ser

um dos motivos para isto. A análise de teorias é fundamental para melhorar a compreensão da relação entre teoria, prática assistencial, ensino e pesquisa, bem como auxilia no julgamento da adequação de teorias nas mais diversas realidades e situações de cuidado.

Para este estudo especificamente, utilizou-se a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. De acordo com Orem (1995), a enfermagem tem como especial alvo a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo e o oferecimento e controle destas ações, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos.

A proposta de Orem não se constitui de uma teoria isolada, mas de um modelo teórico composto por três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Pode-se perceber esta inter-relação na Figura 1:

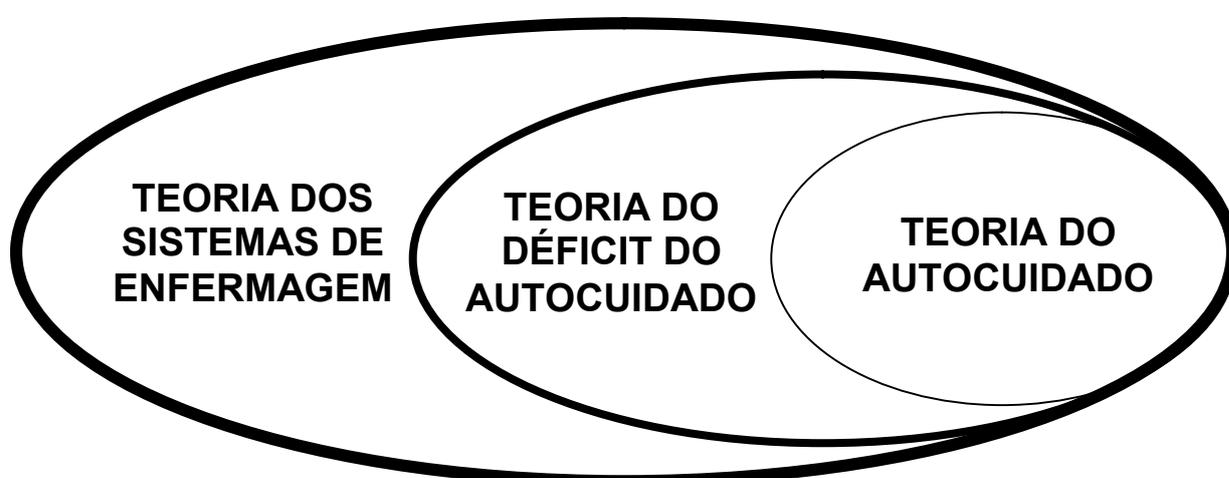


Figura 1 – Esquemática do Modelo Teórico de Dorothea Orem (1995)

Este arquétipo teórico tem como eixo central a Teoria do Autocuidado, que descreve alguns conceitos importantes para a sua compreensão. O autocuidado (AC) está definido como uma função regulatória dos seres humanos. Capacidade especializada de AC é identificada como o poder de empenhar-se na estimativa, tomada de decisão e produção de

operações de AC. Já enfermagem é definida a partir de uma perspectiva tecnológica em termos de desempenho de operações essenciais, como diagnósticos, prescrições e regulação ou tratamento de enfermagem.

Desta forma, segundo Orem, o autocuidado é apreendido e continuamente desenvolvido deliberadamente, em tempo e conforme os requisitos do indivíduo associado, por exemplo, ao seu estágio de desenvolvimento, estado de saúde, traços específicos de estado de saúde ou de desenvolvimento, fatores ambientais e níveis de consumo de energia.

Segundo estabelecem os pressupostos que fundamentam esta teoria, a enfermagem é um esforço prático, isto é, um serviço humano de saúde, que pode ser entendida como arte e qualidade intelectual de enfermeiros em conceber e produzir enfermagem para outras pessoas, articulando operações de alcance de resultados com as características interpessoais e sociais da enfermagem. Os resultados esperados pelos enfermeiros podem ser expressos como formas de cuidado que idealmente levem a um movimento positivo para saúde e bem-estar.

Contudo, a capacidade para o indivíduo de introduzir-se no autocuidado está subordinada à idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis. Ela apresenta três categorias de requisitos de autocuidado, que podem ser definidos como ações voltadas para provisão de autocuidado (GEORGE, 2000), conforme o seguinte:

### **(1) Requisitos Universais de Autocuidado**

Estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida. Entre eles, destacam-se: a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e alimento; a provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos; a manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; a prevenção dos perigos à vida humana, ao

funcionamento e ao bem-estar do ser humano; a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

## **(2) Requisitos de Desenvolvimento do Autocuidado**

São tanto as expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado particularizadas por processos de desenvolvimento quanto novos requisitos, derivados de uma nova condição ou associados a algum evento. Os exemplos são a adaptação a um novo trabalho ou a adaptação às modificações do corpo, como as rugas, perda de cabelo.

## **(3) Requisitos de Autocuidado no Desvio da Saúde**

É exigido em condições de doença ou de lesão, ou pode resultar das medidas médicas exigidas para diagnosticar ou corrigir a condição. São eles: buscar e garantir assistência médica apropriada; estar consciente de levar em conta os efeitos e o resultado das condições e dos estados patológicos; realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas; estar consciente de levar em conta ou regular os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos; modificação do autocuidado (e auto-imagem), aceitando estar em um determinado estado de saúde e necessitar de formas específicas de atendimento de saúde; aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e com as conseqüências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal continuado.

A partir dos requisitos de autocuidado, Orem estabelece o conceito de demanda de autocuidado, o qual é considerado uma entidade humanamente construída, sendo, também, essencialmente, a prescrição de autocuidado contínuo, para que os requisitos de autocuidado identificados sejam satisfeitos com eficácia

Neste sentido, conforme Orem (1995), a identificação da demanda de autocuidado é um processo de investigação no qual a enfermeira utiliza os elementos do raciocínio

hipotético-dedutivo para o reconhecimento dos fatores que condicionam os requisitos de autocuidado e a ação de autocuidado do paciente. Para tanto, a enfermeira deve ter conhecimento anterior da estrutura, do funcionamento, crescimento e desenvolvimento humano, bem como da vida familiar, cultural e ocupacional do paciente e de tipos de cuidados preventivos de saúde, além de informações e conhecimentos sobre o processo de enfermagem

De uma forma abrangente, a Teoria do Déficit de Autocuidado expõe o significado da enfermagem e sua atribuição. Consoante postula Orem, a ideia central desta teoria é que os indivíduos apresentam necessidade da enfermagem quando suas limitações para ações visando cuidados de saúde resultam em incapacidade completa ou parcial, impedindo-os de conhecerem os requisitos de autocuidado existentes ou emergentes. Neste contexto, o déficit do autocuidado é o foco da atuação da enfermeira.

Ao identificar os déficits de AC, a enfermeira seleciona os métodos de ajuda, representados por uma série de ações capazes de superar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas para se engajar no autocuidado. Orem identifica os seguintes métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova desenvolvimento pessoal quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar o outro. Como profissional, a enfermeira pode ajudar o cliente utilizando-se de qualquer um ou de todos os métodos, no intuito de proporcionar assistência com autocuidado. Segundo ressaltado, os déficits de autocuidado são afetados por duas variáveis: a ação de autocuidado e a demanda de autocuidado. Ocorre o déficit de autocuidado quando a demanda de autocuidado excede a ação de enfermagem ou agente de cuidado dependente (CAETANO, 2003).

Em relação às ações de AC, à enfermagem cabe o desempenho de operações essenciais, como diagnósticos, prescrições e avaliação ou tratamento de enfermagem, sob uma perspectiva tecnológica. Com base nestes conceitos, Orem aponta que o cuidado de

enfermagem será subsidiado quanto à natureza e causa dos déficits de AC, à estimativa das demandas de cuidado terapêutico, e à identificação fidedigna das capacidades de AC e limitações de ação dos pacientes.

Dessa forma, Orem determinou o grau de dependência à enfermagem no tocante ao AC do indivíduo, classificando essa relação em três sistemas de enfermagem os quais conformam a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Neste sentido, Vall, Lemos e Janebro (2005) analisaram esta teoria, conforme esclarecem, o Sistema Totalmente Compensatório é representado pela situação em que o indivíduo é incapaz de engajar-se nas ações de autocuidado, seja pela limitação ou pela restrição às atividades da vida diária. O Sistema Parcialmente Compensatório inclui tudo que o indivíduo consegue fazer, mas ainda precisa de auxílio de terceiros para atingir o seu bem-estar. No Sistema Apoio-Educação o indivíduo é capaz de desempenhar, ou pode e deve aprender a desempenhar as medidas exigidas pelo autocuidado.

Quanto à classificação dos sistemas de enfermagem, seus elementos concretos são as pessoas, consideradas possuidoras de atributos e poderes que legitimam a ocupação do *status* de enfermeiro e do *status* de paciente da enfermagem. A teoria dos sistemas também está baseada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para desempenhar as atividades.

Este último sistema denota uma relação de interdependência e corresponsabilidade. Ações importantes nestas situações incluem a associação de apoio, orientação, promoção de um ambiente propício para o desenvolvimento, e ensino. Existem, no entanto, algumas variações neste sistema. Na primeira, um paciente pode realizar medidas de cuidado, mas necessitar de orientação e apoio. Na segunda variação, há necessidade de ensino, ou seja, o paciente precisa aprender para desenvolver. O provimento de um ambiente propício para o desenvolvimento é requisitado na terceira variação como método de ajuda. A

quarta, trata-se de uma situação na qual o paciente é competente para realizar seu AC, mas requer periódica orientação que ele mesmo busca; nesta variação o papel da enfermagem é essencialmente consultivo.

Sob a luz destes pressupostos, elaborou-se a consulta de enfermagem com base no Modelo Teórico de Orem. Para estruturar o histórico de enfermagem, utilizou-se o subsídio dos Requisitos de Autocuidado, principalmente os relacionados ao desvio da saúde, tendo em vista a característica dos sujeitos (em situação de doença). Entretanto, como os sujeitos de cuidado eram indivíduos acompanhados em nível ambulatorial, alguns requisitos de autocuidado não foram incluídos na construção do instrumento de consulta. Cita-se, como exemplo, a necessidade de provimento adequado de ar, já que pacientes ambulatoriais normalmente se mantêm sem déficits efetivos de ventilação e perfusão.

Quanto às consultas de acompanhamento, utilizaram-se os postulados referentes ao déficit de autocuidado, os quais eram avaliados e, então, estabelecidas as ações terapêuticas de enfermagem. Também para as consultas, os preceitos do Sistema Apoio-Educação foram fundamentais no estabelecimento da relação de interdependência, já que é voltado para pacientes atendidos em nível ambulatorial.

### 3 OBJETIVOS

- Elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de consulta de enfermagem direcionado para pacientes com coinfeção HIV/TB baseado na Teoria de Orem;
- Avaliar a efetividade da consulta de enfermagem na adesão e qualidade de vida de portadores de HIV/aids durante o tratamento para Tuberculose.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Procedimentos metodológicos concernentes à elaboração e validação do modelo de consulta baseado na Teoria do Autocuidado para pacientes com coinfeção HIV/TB

O arquétipo teórico da consulta proposta neste estudo foi subsidiado pelos conceitos, pressupostos e requisitos para o autocuidado postulados por Orem (1995) em sua Teoria do Autocuidado. Neste prisma, o processo de enfermagem delineado pela autora consiste em três passos, a saber:

- a) Determinar por que o paciente necessita de cuidados (investigação e diagnóstico de enfermagem);
- b) Designar um sistema de enfermagem e planejar o cuidado (planejamento e execução de intervenções);
- c) Gerenciar o sistema de enfermagem designado (controle e avaliação).

Estas fases se constituem no arcabouço da sistematização da consulta. Neste estudo os requisitos de autocuidado do referencial de Orem (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde) estão presentes no instrumento, orientando os questionamentos, observações no histórico de enfermagem e consultas de seguimento.

Com esta finalidade, realizou-se pesquisa do tipo desenvolvimental, a qual consistiu na validação do conteúdo de um modelo de consulta de enfermagem para pacientes portadores da coinfeção HIV/tuberculose construído com base na Teoria do Autocuidado de Orem. Houve, ainda, extensa revisão da literatura acerca da temática e adequação à sistematização da assistência de enfermagem.

No intuito de alcançar o objetivo desta parte da pesquisa, os procedimentos foram divididos em duas etapas:

**1ª Etapa:** Elaboração do instrumento norteador de consulta de enfermagem fundamentado na Teoria de Orem, com aplicabilidade para o acompanhamento de pacientes portadores de coinfeção HIV/TB. Para tanto, procedeu-se a uma revisão da literatura envolvendo a temática, bem como do referencial teórico, experiência profissional e observação cotidiana das necessidades dos pacientes. Esta etapa foi desenvolvida no período de setembro a novembro de 2008. A partir de então, fez-se um estudo preliminar dos itens contidos no instrumento construído, com vistas a selecionar aqueles que mais se adaptassem aos resultados de pesquisas existentes sobre o tema levantados na revisão da literatura.

**2ª Etapa:** Neste momento, o instrumento foi submetido à avaliação para validação do seu conteúdo. Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), a validação consiste em avaliar se o instrumento mede aquilo que se propõe a medir. Para isto, contou-se com cinco juízes para validação do conteúdo proposto da consulta. Como critérios de escolha dos juízes, adotou-se: ser enfermeiro, ter título de doutor e trabalhar com uma ou mais das seguintes temáticas: cuidado de enfermagem, autocuidado, aids e TB. Para que o modelo de consulta de enfermagem proposto pudesse ser apreciado pelos juízes, elaborou-se um instrumento de avaliação (APÊNDICE A), constituído pelos itens do modelo de consulta e os seguintes critérios, de acordo com Hill e Hill (2005): organização, clareza e compreensão do conteúdo. Cada item foi avaliado em relação a estes critérios, aos quais os juízes responderam sim ou não. Além disso, o grau de relevância de cada item do modelo também foi avaliado por meio dos critérios irrelevante, pouco relevante, realmente relevante e muito relevante. Ao final deste instrumento, acrescentaram-se espaços para registro de comentários e sugestões. Este instrumento foi acompanhado de um guia instrucional, onde constaram conceitos e descrição dos itens de avaliação.

No referente à análise dos dados, para a utilização do percentual, foram considerados os itens com proporção de igualdade de respostas entre os juízes acima de 70%. Os itens com um percentual inferior ao estipulado foram excluídos ou alterados conforme as sugestões dos próprios juízes. Na fase de avaliação da relevância do modelo, os itens julgados irrelevantes ou pouco relevantes por dois ou mais avaliadores foram excluídos.

A concordância entre os avaliadores foi verificada pelo percentual de concordância simples entre os juizes e mediante aplicação do Coeficiente Kappa de Cohen. O Coeficiente Kappa é uma estatística usada para verificar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) das respostas inter-avaliadores e possibilita verificar o grau de correspondência entre avaliações independentes (PERROCA; GAIDZINSK, 2003). Este coeficiente foi utilizado para validar o conteúdo das respostas inter-avaliadores das questões do instrumento. A validade de um instrumento assegura que os itens que estão sendo avaliados mensuram adequadamente o que estão se propondo a medir.

Adotou-se como parâmetro para avaliar a força de concordância do Coeficiente Kappa a classificação sugerida por Landis e Koch (1977): concordância excelente (0,81 a 1,0), moderada (0,61 a 0,80), fraca (0,41 a 0,60), leve (0,40 a 0,21) e desprezível (0,20 a 0,00).

Após o emprego dos parâmetros estatísticos, considerando-se as análises dos experts, obteve-se um instrumento mais seguro para subsidiar a próxima etapa do estudo.

## **4.2 Procedimentos metodológicos relativos à aplicação e avaliação da efetividade da consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado para pacientes com coinfeção HIV/TB**

### **Tipo de estudo**

Para equacionar o problema do estudo, desenvolveu-se pesquisa do tipo quase-experimental e prospectiva. A opção por este tipo de estudo se deu pelo seguinte motivo: conforme Moore (2008), permite verificar e comparar resultados de grupos que receberam determinada intervenção ou programa com grupos semelhantes que não receberam tal intervenção. Apesar de não comprovar a relação causa-efeito como nos estudos experimentais, os estudos quase-experimentais podem avaliar resultados de intervenções. Entre os tipos de avaliação quase-experimentais, decidiu-se pela comparação entre grupos similares.

Na casuística, compararam-se os resultados quanto à adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida de clientes com coinfeção HIV/TB de um grupo submetido à consulta de enfermagem baseada em Orem e de outro grupo submetido à consulta de enfermagem convencional. Para facilitar a compreensão, denominou-se grupo exposto aquele formado por clientes submetidos à consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem durante o tratamento para tuberculose. Portanto, o grupo não exposto é aquele no qual os clientes foram atendidos em consulta de enfermagem convencional durante o tratamento para tuberculose.

### **População e amostra**

Participaram 96 pacientes adultos (maiores de 18 anos) de ambos os sexos com infecção pelo HIV e diagnóstico de tuberculose. Como critério de inclusão optou-se por casos

novos, ou seja, segundo Brasil (2010b), compreendem aqueles que nunca receberam quimioterapia antituberculosa, ou receberam por menos de 30 dias ou há mais de cinco anos ou em retratamento com esquema básico atualmente preconizado pelo Programa Nacional de Combate à Tuberculose, em início de tratamento para tuberculose (entre o 1º e o 3º mês). É importante destacar que, necessariamente, os pacientes foram incluídos quando já haviam iniciado a terapêutica para TB no sentido de realizar a avaliação inicial da adesão de maneira fidedigna.

Como critérios de exclusão, elegeram-se: pacientes soronegativos para o HIV; com déficits cognitivos ou doença mental que impossibilitem responder aos questionamentos; institucionalizados ou moradores de rua; pacientes que foram internados ou que suspenderam o tratamento para TB devido a efeitos colaterais graves (como a hepatite medicamentosa). Estes critérios propiciaram a obtenção de grupos homogêneos para fins comparativos.

Quanto ao número de pacientes, foi definido de acordo com a notificação no Hospital São José, no período de doze meses anteriores à coleta de dados, no total de 143 casos de coinfectados. Ao se aplicar os critérios de inclusão e considerando as perdas, foram eleitos 96 pacientes. Destes, 48 integraram o grupo exposto e 48 integraram o grupo não exposto.

A seguir, descrevem-se os dois grupos amostrais:

Grupo 1 (exposto): Pacientes com HIV/TB em tratamento médico e acompanhados mediante consulta de enfermagem com base na Teoria do Autocuidado.

Grupo 2 (não exposto): Pacientes com HIV/TB em tratamento médico com consulta de enfermagem convencional.

A seleção destes pacientes para entrada em cada um dos grupos foi feita de maneira randomizada, por meio do sorteio simples. O recrutamento ocorreu no início da consulta de enfermagem, quando houve a definição do atendimento dos critérios de inclusão e

a informação do paciente sobre a pesquisa mediante assinatura de TCLE, o qual explicitou, ainda, a possibilidade de participação em um dos grupos citados.

### **Local**

O estudo foi desenvolvido em Fortaleza, no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), centro de referência do Estado do Ceará para diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de HIV/aids. Este serviço atende mais de 80% dos casos de coinfeção HIV/TB em todo o Estado (informação verbal)<sup>1</sup>, possui ambulatório especializado para pacientes com coinfeção HIV/TB e mantém um protocolo de atendimento dos clientes, não havendo divergência de acompanhamento médico, de enfermagem ou atendimentos por outros profissionais. Decidiu-se por este serviço pois no estudo precisava-se de dois grupos homogêneos para evitar vieses de confusão entre variáveis independentes (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

### **Período da coleta de dados**

Como mencionado, os pacientes foram acompanhados desde o início do tratamento da tuberculose. Considerando que, conforme padronização do Ministério da Saúde, o tratamento para casos novos e retratamento (esquema básico) tem duração de seis meses (BRASIL, 2010b), decidiu-se fazer o acompanhamento e coleta de dados durante todo o seguimento para o tratamento do paciente. Esta coleta se deu no período entre outubro de 2009 e setembro de 2010.

---

<sup>1</sup> Informação fornecida por Dalila Augusto Peres, coordenadora de Núcleo Hospital São José, em outubro de 2009.

### **Instrumentos para coleta de dados**

Foram utilizados quatro instrumentos específicos aplicados no decorrer do acompanhamento do tratamento. Para evitar vieses, todos os instrumentos foram lidos para o paciente pela pesquisadora.

1. Avaliação sociodemográfica, epidemiológica e clínica: Durante a primeira consulta de enfermagem para ambos os grupos, foram coletados dados da caracterização sociodemográfica, epidemiológica e clínica. As variáveis foram: idade, situação conjugal, número de filhos, grau de instrução (escolaridade), situação funcional de trabalho/ocupação, renda familiar, procedência, tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, categoria de exposição do HIV, início de regime terapêutico antirretroviral, data do início e término do esquema anti-tuberculostático, sinais e sintomas presentes no início da infecção por TB, resultado do teste de Mantoux (PPD), resultado de contagem de CD4, e presença de doenças associadas.

Especificamente, para o grupo exposto, os pacientes foram acompanhados por consulta de enfermagem mensal. Conforme descrito, utilizou-se o modelo baseado na Teoria do Autocuidado de Orem. O grupo não exposto foi acompanhado por consulta de enfermagem convencional, também com frequência mensal.

2. Consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado: Utilizou-se instrumento de consulta submetido à validação por experts (APÊNDICE B). Este instrumento abrange o processo de enfermagem citado por Orem em sua teoria, cujos passos consistem em: determinar os déficits e capacidades de autocuidado dos pacientes, planejar e gerenciar o cuidado com paciente, além de acompanhar a evolução do paciente na conquista ou manutenção de seu autocuidado. Tais passos básicos foram usados durante a consulta em forma de questões abertas e processos de educação em saúde, abrangendo os requisitos para o

autocuidado baseado na Teoria de Orem referentes à adesão e melhoria da qualidade de vida, como também a aspectos específicos do atendimento de enfermagem ao paciente coinfectado.

Consulta de enfermagem convencional: A consulta de enfermagem desenvolvida no ambulatório de coinfeção HIV/TB do HSJ segue as etapas do processo de enfermagem, porém sem o emprego de referencial teórico para promover sua sustentação. Como determinado, o registro da consulta é feito em prontuário, na folha de evolução médica, no entanto adota raciocínio clínico não sistematizado, que se adapta a diferentes situações e/ou problemas apresentados pelo paciente, sem no entanto ter critérios semelhantes para toda a clientela. Ademais, a ação da enfermagem se presta a orientar sobre exames e retornos, bem como aconselhamento pós-teste, em casos de clientes que recebem o diagnóstico de infecção pelo HIV durante o acompanhamento para tuberculose.

Entre o 1º e 3º mês e no 6º ou 9º mês de tratamento todos os pacientes (grupo exposto e grupo não exposto) foram avaliados com os seguintes instrumentos específicos:

3. Escala de avaliação de qualidade de vida (HAT-QoL). Este instrumento (ANEXO A) é específico para avaliar a qualidade de vida de portadores do HIV, e foi validado para o Brasil (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004). O instrumento possui 42 itens para serem respondidos, dividido em nove domínios, que investigam a vida dos pacientes em diversas situações, a saber: atividades gerais (sete itens), atividades sexual (três itens), preocupação com o sigilo sobre a infecção (cinco itens), preocupações com a saúde (cinco itens), preocupações financeiras (quatro itens), conscientização sobre o HIV (três itens), satisfação com a vida (oito itens), questões relativas à medicação (quatro itens) e confiança no profissional médico (três itens). Para todos os itens apresentam-se cinco opções de respostas denominadas de descritores de Likert. São elas: todo o tempo, alguma parte do tempo, pouca parte do tempo, e nenhuma parte do tempo. Apenas uma opção para cada item deve ser informada, e que seja a que melhor caracterize as últimas quatro semanas vividas

pelo paciente. As respostas variam de um a cinco pontos: um corresponde ao pior estado e cinco ao melhor estado de qualidade de vida. A soma obtida é transformada em uma escala análoga de zero a 100 pontos, onde zero corresponde ao pior valor e, portanto, pior QV, e números próximos a 100 correspondem ao melhor valor, ou melhor, QV.

#### 4. Teste de Moriski e Green e avaliação da dificuldade para adesão (TMG e ADA):

Este teste (ANEXO B) foi escrito originalmente na língua inglesa e posteriormente traduzido para o português e validado no Brasil por Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003). Trata-se de uma escala simples, composta pelas seguintes questões: 1. Você alguma vez esquece de tomar seu remédio? 2. Você, às vezes é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio? 3. Quando você se sente bem, às vezes, deixa de tomar o seu remédio? 4. Quando você se sente mal, às vezes, deixa de tomar o remédio?. A forma de avaliação se dá por respostas SIM ou NÃO, onde SIM vale 0 e NÃO vale 1. Neste teste, o paciente é considerado aderente se obtiver pontuação 4 e não aderente se responder SIM a uma das questões. Para complementar as variáveis relativas à adesão, aplicou-se instrumento de avaliação do grau de dificuldade para adesão (ANEXO C) baseado no estudo de Marques (2006). O instrumento originalmente apresenta 17 questões, porém neste estudo utilizaram-se apenas 10 itens que tinham relação com os objetivos deste estudo. As respostas foram dadas em escala tipo Likert com cinco níveis: concordo totalmente; concordo parcialmente; indeciso; discordo parcialmente; discordo totalmente, com valores respectivos de 5, 4, 3, 2, 1. O resultado é fornecido pela soma de valores das respostas, utilizando pontuação equivalente à do instrumento original, conforme a seguir:

- \* 10 a 20 pontos: nenhuma dificuldade em aderir ao tratamento
- \* 21 a 30 pontos: pouca dificuldade em aderir ao tratamento
- \* 31 a 40 pontos: moderada dificuldade em aderir ao tratamento
- \* 41 a 50 pontos: muita dificuldade em aderir ao tratamento

O Quadro 1 mostra esquematicamente os procedimentos e instrumentos utilizados durante o acompanhamento dos grupos de pacientes coinfectados.

Quadro 1 - Demonstrativo da operacionalização dos passos de avaliação da consulta de enfermagem

	<b>Acompanhamento e Instrumentos aplicados</b>		
	<b>Início do acompanhamento</b>	<b>Seguimento</b>	<b>Final do acompanhamento</b>
<b>Grupo exposto</b>	- Consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado; - Caracterização clínica* - HAT-QoL; - TMG e ADA	- Consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado;	- Consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado; - Caracterização clínica* - HAT-QoL; - TMG e ADA
<b>Grupo não exposto</b>	- Consulta de enfermagem sem orientação teórica. - Caracterização clínica* -HAT-QoL; - TMG e ADA	- Consulta de enfermagem sem orientação teórica.	- Consulta de enfermagem sem orientação teórica. -Caracterização clínica* - HAT-QoL; - TMG e ADA

\* Alguns dados apresentados no instrumento de caracterização foram reavaliados em virtude de demonstrar alterações no curso do acompanhamento.

### **Análise dos dados**

A análise dos dados envolveu descrição estatística (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão). Para se analisar a associação entre variáveis foram empregados os testes não-paramétricos de qui-quadrado ( $\chi^2$ ), teste exato de Fisher, linear by linear teste, teste t de student, conforme adequação em cada tipo de variável. As diferenças entre as médias relativas aos escores da escala HaT-QoL foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney e de Wilcoxon.

Em todos os testes estatísticos fixou-se o nível de significância ( $p < 0,05$ ). Inicialmente, os dados foram organizados no programa Microsoft Excel 2007® e processados no Software Statistical Package for Social Sciences - SPSS versão15.

A avaliação de alterações (comparação) na pontuação das escalas foi o marco esclarecedor e determinante da efetividade da consulta de enfermagem para modificar as condições de acompanhamento em saúde (adesão e qualidade de vida) dos coinfectados HIV/TB. Deste modo, garantiu-se que a hipótese deste estudo seja adequadamente comprovada, ou seja, adequada avaliação do desfecho da comparação.

A guisa de esclarecimento, entende-se por efetividade a capacidade de se promover resultados pretendidos. Pode-se determinar efetividade quando há critérios decisórios, objetivos esclarecidos, qualidade no desenvolvimento das ações e credibilidade dentro do campo de atuação (RIBEIRO, 2006). Portanto, verificar-se-á se a consulta de enfermagem terá capacidade para alcançar os resultados pretendidos (adesão e melhoria da qualidade de vida).

### **Aspectos éticos**

Conforme a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, cumpriram-se todas as exigências para pesquisa envolvendo seres humanos. Asseguraram-se primordialmente a privacidade, o anonimato e a não maleficência. Como exigido, o estudo foi previamente analisado por comitê de ética em pesquisa da instituição, obtendo parecer favorável sob protocolo 035/2009 e CAAE 0037.0.042.000-09 (ANEXO D). Ainda como exigido, os sujeitos foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos e benefícios por ela proporcionados. Esclareceu-se a não obrigatoriedade de participação no estudo e, em caso de recusa, garantiu-se a inexistência de prejuízo na continuidade do tratamento. Ademais, a participação dos sujeitos foi formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

## 5 RESULTADOS

Como mencionado, a tese foi dividida conforme seus propósitos. Desse modo, este capítulo apresenta os resultados, ressaltando cada etapa em formato de seções para facilitar a compreensão durante a leitura.

### 5.1 Achados relacionados à elaboração e validação de conteúdo da consulta de enfermagem

O modelo de consulta de enfermagem construído para este estudo foi submetido a apreciação de cinco juízes. No Gráfico 1 apresenta-se o percentual de concordância das respostas dos juízes quanto ao critério organização do instrumento.

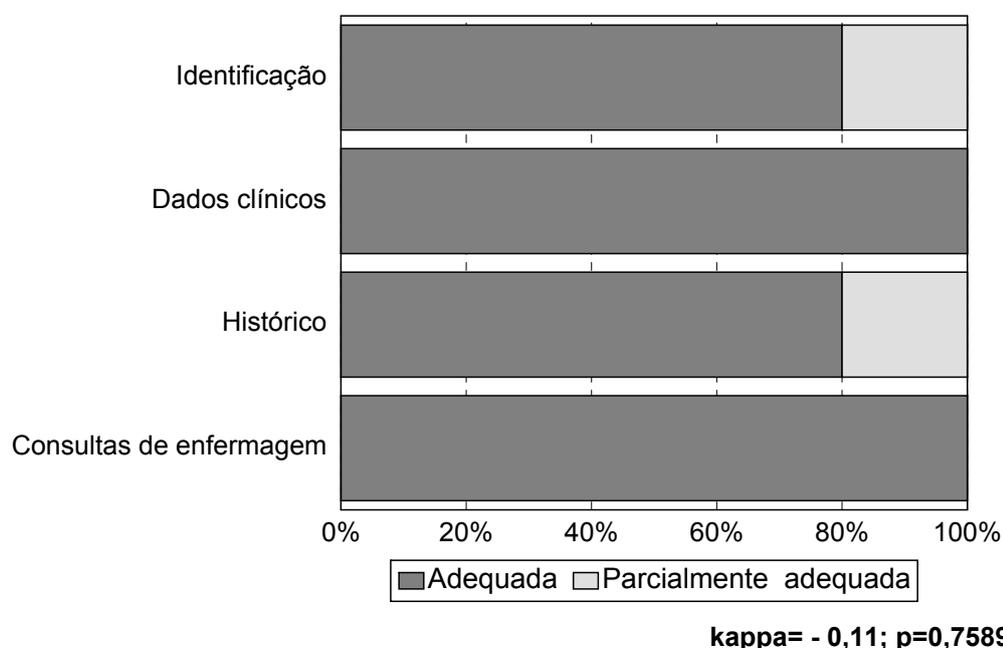


Gráfico 1 - Distribuição percentual das respostas dos juízes na validação do conteúdo do modelo de consulta de enfermagem para pacientes com coinfeção HIV/TB quanto ao critério organização

Quando questionados quanto à subdivisão adequada dos itens nos agrupamentos supracitados, a maioria dos juízes considerou-a adequada no geral (90%). Mas, apesar de um percentual elevado de respostas positivas sobre a organização do instrumento, não houve precisão de concordância entre as respostas dos avaliadores quanto a este critério ( $p=0,7589$ ) e o  $\kappa=0,11$  (o  $n$  pequeno e a presença de homogeneidade entre as respostas podem ter interferido no cálculo do Kappa neste caso).

Ressalta-se que foram acatadas as sugestões dos que consideraram parcialmente adequadas nos agrupamentos de identificação e consultas de enfermagem. Segundo um juiz considerou dois itens constantes da identificação deveriam ser retirados e acrescentados nos dados clínicos. Conforme outro juiz ponderou as consultas de enfermagem não necessitavam ser numeradas, apenas datadas.

Em uma perspectiva geral, a avaliação inicial dos juízes permitiu identificar a adequação do instrumento quanto à organização em subdivisões e itens, conforme apresentado no Gráfico 1. Como observado, houve pouca discordância entre os juízes na análise das questões de acordo com os domínios do construto. A maior parte dos itens foi avaliada positivamente, portanto, considerada adequada em 90%, valor este concordante ao critério de validação desse instrumento. Dessa forma, os itens foram considerados consistentes em relação ao critério de avaliação citado.

A clareza e compreensão dos 67 itens subdivididos em quatro agrupamentos foram avaliadas pelos juízes e suas repostas encontram-se expostas na Tabela 1. Após, serão descritos apenas os itens que obtiveram concordância abaixo de 70% e que necessitaram ser alterados.

Na Tabela 1, expõe-se o grau de concordância entre as respostas dos juizes em relação ao critério clareza e compressão e seus respectivos blocos. C

bloco de respostas inerentes aos itens identificação apresentou uma intensidade de concordância leve ( $\kappa_{\text{global}} = 0,33$ ;  $p = 0,000$ ), dados clínicos fraca concordância ( $\kappa_{\text{global}} = 0,53$ ;  $p = 0,000$ ), histórico da primeira consulta concordância leve ( $\kappa_{\text{global}} = 0,33$ ;  $p = 0,003$ ) e quanto aos itens do bloco consultas de enfermagem, não se identificaram concordância entre as respostas ( $\kappa_{\text{global}} = -0,04$ ;  $p = 0,661$ ).

Tabela 1 - Respostas dos juizes na validação do conteúdo do modelo de consulta de enfermagem para pacientes com coinfeção HIV/TB quanto ao critério clareza e compreensão

Modelo de consulta de enfermagem (critério clareza e compreensão)	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4		Juiz 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Identificação (10 itens)	$\kappa_{\text{global}} = 0,33$ ; $p = 0,000$									
Sim	7	70,0	9	90,0	9	90,0	8	80,0	9	90,0
Não	3	30,0	1	10,0	1	10,0	2	20,0	1	10,0
Dados clínicos (7 itens)	$\kappa_{\text{global}} = 0,53$ ; $p = 0,000$									
Sim	5	71,0	6	85,7	7	100,0	6	85,7	6	85,7
Não	2	29,0	1	14,3	0	0,0	1	14,3	1	14,3
Histórico/1ª consulta de enfermagem (40 itens)	$\kappa_{\text{global}} = 0,11$ ; $p = 0,013$									
Sim	38	95,0	37	92,5	40	100,0	38	95,0	40	100,0
Não	2	4,0	3	6,5	0	0,0	2	4,0	0	0,0
Consultas de enfermagem subsequentes(10 itens)	$\kappa_{\text{global}} = -0,04$ ; $p = 0,661$									
Sim	9	90,0	10	100,0	10	100,0	10	100,0	9	90,0
Não	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0

Vale esclarecer que, na subdivisão de identificação, o item escolaridade obteve um percentual de concordância de apenas 20% quanto à clareza e compreensão, pois apresentava-se em anos cursados e, segundo os juizes ponderaram, a população normalmente não conta a quantidade de anos cursados e sim o grau concluído. A sugestão acatada foi subdividir em faixas de escolaridade, desde não alfabetizado a ensino superior completo.

Outro item nesta subdivisão com baixo percentual de concordância (40%) foi procedência, com sugestão para ser modificado para município de residência, sendo devidamente alterado.

Quanto ao subgrupo dados clínicos, no item exames solicitados onde há pesquisa de BAAR, foi sugerido acrescentar a data de cada coleta, sendo alterado em virtude do percentual de concordância de 20%.

No geral, o modelo de consulta de enfermagem para pacientes com coinfeção HIV/tuberculose obteve avaliação positiva em relação aos critérios clareza e compreensão do conteúdo. Houve concordância em mais de 70%, evidenciando ser organizado, objetivo, claro, fácil de ler e ser compreendido. As sugestões dos juízes foram incorporadas para o aperfeiçoamento do instrumento.

A avaliação do construto consulta de enfermagem quanto à sua relevância está demonstrada na Tabela 2. De acordo com o observado, houve uma coesão fraca entre as concordâncias das respostas dos juízes no tocante à subdivisão identificação ( $\kappa_{\text{global}} = 0,47$ ;  $p = 0,000$ ), uma intensidade leve quanto aos dados clínicos ( $\kappa_{\text{global}} = 0,33$ ;  $p = 0,000$ ) e intensidade fraca relativa ao histórico e 1ª consulta de enfermagem ( $\kappa_{\text{global}} = 0,46$ ;  $p = 0,000$ ). Sobre as consultas de enfermagem, não houve graduação de intensidade, pois as respostas foram muito homogêneas, não sendo estatisticamente relevantes ( $\kappa_{\text{global}} = -0,02$ ;  $p = 0,582$ ).

Na subdivisão identificação, o item acesso a outros serviços de saúde foi considerado pouco relevante por três juízes. Diante disso, foi excluído do instrumento. Para este não houve sugestão de mudança, mas de exclusão.

No inerente à subdivisão histórico/ 1ª consulta de enfermagem, dois itens foram coincidentemente considerados irrelevantes por dois juízes, sendo devidamente excluídos, a saber: índice de massa corpórea e prática de exercício físico. Ainda, o item prática de exercício físico foi citado como pouco relevante por um juiz. Os itens atividades de lazer e

participação social foram classificados como pouco relevante por um dos juízes, mas, não foram excluídos por não haver concordância com os demais, e por não ter sido apresentada justificativa para a exclusão. Ainda nesta subdivisão, houve sugestão, a qual foi acatada, de acréscimo no item uso de preservativos nas relações sexuais das alternativas sempre e às vezes, no caso de resposta positiva.

Tabela 2 - Índices de concordância dos juízes na validação do conteúdo do modelo de consulta de enfermagem para pacientes com coinfeção HIV/TB quanto ao critério relevância

Modelo de consulta de enfermagem (Critério de relevância)		Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4		Juiz 5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>1. Identificação (10 itens)</b>	<b>Irrelevante</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Pouco relevante</b>	1	10,0	1	10,0	-	-	1	10,0	-	-
	<b>Realmente relevante</b>	9	90,0	9	90,0	10	100,0	9	90,0	10	100,0
	<b>Muito relevante</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
$\kappa_{\text{global}} = 0,47; p = 0,000$											
<b>2. Dados clínicos (7 itens)</b>	<b>Irrelevante</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Pouco relevante</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Realmente relevante</b>	5	71,0	4	57,1	5	71,0	6	85,7	5	71,0
	<b>Muito relevante</b>	2	29,0	3	42,9	2	29,0	1	14,3	2	29,0
$\kappa_{\text{global}} = 0,33; p = 0,003$											
<b>3. Histórico/ 1ª consulta de enfermagem (40 itens)</b>	<b>Irrelevante</b>	-	-	-	-	02	5,0	02	5	-	-
	<b>Pouco relevante</b>	-	-	1	2,5	02	5,0	-	-	-	-
	<b>Realmente relevante</b>	31	77,5	25	62,5	19	47,5	20	50,0	26	65,0
	<b>Muito relevante</b>	9	22,5	14	35,0	15	42,5	18	45,0	14	35,0
$\kappa_{\text{global}} = 0,46; p = 0,000$											
<b>4. Consultas de enfermagem subsequentes (10 itens)</b>	<b>Irrelevante</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Pouco relevante</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Realmente relevante</b>	-	-	-	-	-	-	1	10,0	-	-
	<b>Muito relevante</b>	10	100,0	10	100,0	10	100,0	9	90,0	10	100,0

Como mostra esta tabela, quanto aos dados clínicos e consultas de enfermagem, todos os itens foram considerados relevantes, sem sugestões de alteração ou exclusão de itens.

Nesse aspecto, todos os juízes teceram comentários sobre a importância da consulta sistematizada para esta população, principalmente no tocante ao uso de diagnósticos de enfermagem elencados com base nas necessidades de autocuidado dos pacientes, bem como das intervenções suscitadas por eles. Consideraram, ainda, a relevância da teoria utilizada, por subsidiar a organização e fundamento do modelo.

Em relação especificamente à avaliação dos juízes sobre o critério relevância, esta revelou-se positiva, com elevada concordância entre eles. Ressalta-se, porém: os itens considerados irrelevantes, mesmo quando não inferiores a 70%, foram excluídos. Contudo, para os itens com avaliação pouco relevante observou-se o critério de concordância mínima para a exclusão.

## **5.2 Dados relativos à aplicação da consulta de enfermagem**

O modelo de consulta de enfermagem elaborado e adotado neste estudo é constituído de um instrumento com subdivisões que possibilita sua utilização durante todo o período de tratamento para tuberculose. A primeira consulta se constitui de um breve histórico de enfermagem preparado com vistas a abordar os requisitos de autocuidado postulados na Teoria de Orem (Tabela 3). Nas demais consultas abordavam-se a evolução do paciente e as ocorrências do mês de tratamento correspondente, os possíveis déficits de autocuidado identificados, os diagnósticos e as prescrições de enfermagem. Esta consulta foi aplicada apenas no grupo 1, exposto à intervenção.

Ressalta-se que não se teceu um comparativo com os dados clínicos coletados no final do acompanhamento, pois quase a totalidade dos que terminaram o tratamento obtiveram alta por cura da TB, o que demonstra o recrudescimento dos sintomas relativos à doença. Ademais, os efeitos adversos das medicações foram manejados durante o tratamento. Quanto aos outros dados, foram verificados na aplicação das escalas e comparados os resultados antes da intervenção e após a intervenção.

Do apresentado na Tabela 3, alguns achados merecem destaque. Por exemplo, a consideração de que o quantitativo de alimentos ingeridos é suficiente foi verificada em apenas 52% dos pacientes. Tal achado tem relação direta com as dificuldades financeiras para alimentar-se. Como identificados, a renda familiar dos sujeitos desta pesquisa é reduzida, o que leva a precárias condições de nutrição. Durante a entrevista, questionou-se sobre os tipos de alimentos mais presentes no cotidiano, evidenciando-se a baixa qualidade de nutrientes. Deste grupo, 95% apontaram o arroz e o pão como os alimentos mais frequentes, seguidos do feijão (91%), café (90,3%), ovo (82%), macarrão (80%), carnes (65,8%), frutas (18,4%), legumes e verduras (14,6%).

Entre as dificuldades físicas para alimentação foram apontadas dispepsia, náusea e disfagia. Tais sintomas estavam associados a efeitos colaterais dos tuberculostáticos ou à associação com monilíase oral/esofágica.

Ainda como observado, a mudança da coloração da urina (ocorrida em 77% dos pacientes) e as alterações no padrão intestinal estão relacionadas ao uso de tuberculostáticos. No entanto, a diarreia verificada em 16,6% pode estar relacionada a agentes oportunistas ou ao HIV.

O suporte familiar e social é fundamental para a promoção e manutenção da saúde. Quanto a isto, grande parte dos pacientes mora com o parceiro ou com a família (70,8%). Aqueles que não incluídos neste total apontaram morar sozinhos, ou dividirem um quarto ou

apartamento com um colega de trabalho. No entanto, as atividades em grupo foram citadas por menos da metade dos pacientes (45,8%).

Tabela 3 – Frequência das respostas dos pacientes ao histórico durante a primeira consulta de enfermagem

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Requisitos de Autocuidado Universais</b>	
Considera a quantidade de alimentos que ingere suficiente para sua saúde	25 (52,0)
Considera a quantidade de líquidos que ingere suficiente para sua saúde	44 (91,6)
Dificuldades para alimentar-se	
Financeiras	22 (45,8)
Físicas	4 (8,3)
Dificuldades para urinar	1 (2,0)
Mudança no aspecto da urina (coloração)	37 (77,0)
Frequência de evacuações	
Uma vez por dia	23 (48,0)
Duas vezes por semana	9 (18,7)
Uma vez por semana	4 (8,3)
Mais de uma vez por dia	5 (10,4)
Outros	7 (14,6)
Presença de diarreia	8 (16,6)
Mora com família e/ou parceiro	34 (70,8)
Participação em atividade social (igreja, grupo comunitário, etc.)	22 (45,8)
Fumante	8 (16,6)
Etilista	14 (29,2)
Usuário de outras drogas	6 (12,5)
Uso de preservativo em todas as relações sexuais	10 (20,8)
<b>Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais</b>	
Sentiu necessidade de ocultar o diagnóstico	39 (81,2)
Alterações corporais após o diagnóstico	
Emagrecimento	35 (72,9)
Alterações na cor da pele	3 (6,3)
Mudanças no estilo de vida relacionadas à doença	
Perda do emprego	10 (20,8)
Incapacidade para o trabalho	13 (27,0)
Desestímulo para a vida social	18 (37,5)
<b>Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde</b>	
Doenças oportunistas anteriores	22 (45,8)
Internações após o diagnóstico de HIV	20 (41,7)
Faz uso de TARV	29 (60,4)
Dificuldades de adesão à TARV	15 (51,7)
Acompanhamento com infectologista (quanto ao HIV)	21 (43,7)
Dificuldades para comparecer às consultas agendadas	15 (33,3)

No referente à proteção à saúde, 12,5% admitiram serem usuários de drogas. No entanto, este conceito para eles está ligado ao uso continuado da droga, ou seja, aqueles que usam esporadicamente (por exemplo, quando vão a festas) não se autorrotulam como usuários de drogas porquanto não se sentem dependentes. Neste contexto, as drogas mais comumente experimentadas ou usadas foram a maconha e o crack.

Destaca-se, também, a necessidade do sigilo do diagnóstico. Esta pergunta está relacionada tanto ao HIV como à tuberculose. Como mostraram os dados, 81,2% dos pacientes referiram sentir a necessidade de ocultar ambas as patologias. Tal fato se confirma na análise da escala de qualidade de vida a ser discutida posteriormente.

Sobre as mudanças no estilo de vida relacionadas à coinfeção citadas pelos sujeitos, sobressaíram a perda do emprego (20,8%) em decorrência de ausências frequentes ao trabalho relativas a consultas ou atendimentos de urgência; a sensação de incapacidade para o trabalho (27,0%), em consequência da debilidade causada pela doença; e o desestímulo para a vida social (37,5%) motivado pela debilidade e ao receio de se expor.

Também na Tabela 3, pode-se visualizar o elevado número de pacientes que apresentaram infecções oportunistas anteriormente (45,8%) e, em seguida, a alta frequência de internações anteriores ao tratamento de TB, após o diagnóstico do HIV (41,7%).

Ainda sobre a primeira consulta, a partir dos dados obtidos no histórico, é possível identificar os déficits de autocuidado, os diagnósticos e intervenções de enfermagem adequadas para cada paciente. Nas consultas subsequentes, além destes aspectos, avaliou-se a evolução dos pacientes e prováveis ocorrências, principalmente quanto a eventos adversos dos medicamentos. Consoante notou-se, nos impressos relativos a cada consulta, havia itens para serem checados, como o comparecimento à consulta no agendamento, se permanece em tratamento, se foi realizada busca ativa do paciente, a remarcação da próxima consulta e a situação de encerramento.

O Quadro 2 demonstram-se os déficits de autocuidado percebidos durante a primeira consulta de enfermagem. Subsequentemente, listam-se no Quadro 3 os diagnósticos de enfermagem elegidos e as intervenções implementadas. Ressalta-se que a taxonomia da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA) foi utilizada para definição dos diagnósticos de enfermagem, bem como a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) subsidiou a escolha das intervenções.

Quadro 2 – Distribuição do número de pacientes submetidos à consulta de enfermagem quanto aos déficits de autocuidado e diagnósticos de enfermagem

VARIÁVEIS		n(%)
<b>Déficits de Autocuidado</b>	Apoio social inadequado	32 (66,7)
	Dificuldade de acesso ao serviço/Transporte	29 (60,4)
	Falta de conhecimento	21 (43,8)
	Dificuldade de compreensão das orientações	18 (37,5)
	Motivação diminuída	15 (31,2)
	Déficits visuais/Acuidade visual reduzida	5 (10,4)
	Mobilidade prejudicada	4 (8,3)

Tais déficits de autocuidado foram identificados tendo em vista que englobam as atividades exigidas para a satisfação das necessidades do dia-a-dia, geralmente denominadas atividades da vida diária. Incluídas na ampla categoria de atividades de autocuidado estão não apenas as tarefas que devem ser feitas (higiene, banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, alimentar-se), mas como estas tarefas são feitas e quando, onde e com quem são realizadas. Neste sentido, as dificuldades apresentadas pelos pacientes em qualquer um destes aspectos, conforme Orem, são considerados déficits de autocuidado.

Os déficits de autocuidado verificados, bem como os dados relativos ao exame físico e anamnese subsidiaram a identificação dos diagnósticos e, conseqüentemente, as intervenções de enfermagem. Todavia, como os diagnósticos e intervenções são elementos que variam a cada consulta conforme a evolução do paciente, decidiu-se não apresentá-los com suas frequências, mas apenas citar os mais comuns.

Quadro 3: Apresentação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais comumente aplicados nos pacientes com coinfeção HIV/TB

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
Déficit de autocuidado relacionado com fraqueza ou cansaço e diminuição da motivação
Hipertermia relacionada com taxa metabólica aumentada (doença)
Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada com muco excessivo e infecção
Padrão respiratório ineficaz relacionado com redução da energia/fadiga
Intolerância à atividade (nível 1) relacionada à fraqueza e depressão
Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado com dificuldades financeiras, conhecimento deficiente e apoio familiar insuficiente
Risco de infecção relacionado com resistência diminuída e desnutrição
Manutenção ineficaz da saúde relacionada com distúrbio da percepção (visual), enfrentamento individual ineficaz e carência de recursos materiais
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais
<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Examinar condições clínicas que possam influir no autocuidado
Determinar as potencialidades e as habilidades do cliente
Avaliar as dificuldades à participação no regime terapêutico
Estabelecer parceria com o paciente e família, estimulando sua participação no plano de cuidados
Rever com o paciente as instruções fornecidas pelos demais membros da equipe multidisciplinar
Avaliar o conhecimento/entendimento do cliente sobre sua condição e a necessidade de tratamento
Investigar as percepções e as expectativas individuais quanto ao regime terapêutico
Fornecer explicações claras, precisas e conforme for necessário sobre a doença, os medicamentos, o tempo de tratamento e a relevância do seguimento terapêutico utilizando, se houver necessidade, métodos demonstrativos e figuras para facilitar a compreensão, de acordo com o conhecimento prévio e capacidades individuais (avaliados previamente)
Monitorar a adesão ao regime terapêutico prescrito a cada consulta
Reforçar as instruções e as justificativas prévias utilizando os materiais de demonstração e solicitar o <i>feedback</i> do paciente
Fortalecer reforço positivo aos esforços para estimular a continuação dos comportamentos desejados
Orientar quanto à realização dos exames de rotina (raio X, pesquisa de BAAR, hemograma, funções hepáticas e renais, contagem de CD4+ e carga viral, etc)
Explicar o uso racional de sintomáticos (por exemplo, analgésicos e antitérmicos)
Mobilizar o sistema de apoio (família ou grupo social) para auxiliar no seguimento do regime terapêutico (se necessário e o paciente permitir)
Avaliar e ajudar o paciente a identificar efeitos colaterais dos fármacos
Enfatizar a importância do comparecimento às consultas agendadas
Realizar aconselhamento pós-teste anti-HIV e acompanhar a aceitação do paciente à sua condição sorológica
Encaminhar para o serviço social e psicologia conforme necessário
Estimular a ingestão de alimentos e líquidos que atendam às preferências individuais, estado financeiro e necessidades nutricionais
Verificar as características dos sons respiratórios e frequência e profundidade da respiração
Incentivar a cessação ou redução do tabagismo, bem como de outras drogas
Ensinar posições de conforto e exercícios respiratórios
Ensinar comportamentos que conservam energia
Encaminhar ao serviço social para conseguir ajuda a fim de solucionar problemas financeiros ou questões legais
Preparar para alta do ambulatório de tuberculose, evidenciando a necessidade da continuidade dos comportamentos aprendidos, do acompanhamento no ambulatório de HIV e

As intervenções de enfermagem foram aplicadas à quase totalidade dos pacientes. Ocorreram, ainda, tanto diagnósticos como intervenções específicas para cada caso as quais não foram explicitadas neste item.

De modo geral, os diagnósticos e intervenções visavam principalmente manter a independência e o controle do paciente sobre o seu autocuidado, em especial no relacionado ao regime terapêutico e melhora da qualidade de vida. Com isso, a cada consulta realizada fez-se uma avaliação adequada do paciente, estabelecendo sua evolução e verificando a melhoria dos aspectos elencados e o êxito das intervenções e da terapêutica medicamentosa propriamente dita.

Ressalta-se que a atuação implementada na equipe multidisciplinar viabilizou a implementação da consulta, sobretudo no referente à busca de faltosos e apoio nos aconselhamentos.

### **5.3 Resultados quanto à caracterização dos sujeitos da pesquisa**

Na Tabela 4 apresentam-se as características sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas dos pacientes incluídos nos dois grupos. Tais informações possuem grande significado, pois são um retrato da população estudada e servirão de subsídio para interpretação de outros achados relevantes.

Entretanto, a variável sexo não foi contemplada na tabela, pois foram selecionadas na amostra apenas sete mulheres, o equivalente a 7,1% dos pacientes incluídos no estudo. Portanto, devido ao número pouco expressivo de mulheres, esta variável não foi utilizada para comparações.

Tabela 4 – Comparação entre os grupos exposto e não exposto quanto às características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com coinfeção HIV/TB

Variáveis	Grupo exposto N=48	Grupo não exposto N=48	P
<b>Idade (média ± dp)</b>	35,12±9,00	34,96±7,96	0,924£
<b>Grau de instrução (n %)</b>			
- analfabeto/fund. incompl.	11(61,1)	7(38,9)	0,770β
- fund. compl./ ens. méd. incompl.	21(43,8)	27(56,2)	
- ens. méd. compl./ superior	16(53,3)	14(46,7)	
<b>Renda familiar (n %)</b>			
- ≤ 2 SM	36(46,8)	41(53,2)	0,200¥
- > 2SM	12(63,2)	7(36,8)	
<b>Situação conjugal (n %)</b>			
- casado/união estável	21(55,3)	17(44,7)	0,404¥
- solteiro/viúvo/separado	27(46,6)	31(53,4)	
<b>Número de filhos (n %)</b>			
- sem filhos	17(39,5)	26(60,5)	0,288 β
- 1 a 2 filhos	22(64,7)	12(35,3)	
- mais de 3 filhos	9(47,4)	10(52,6)	
<b>Categoria de exposição (n %)</b>			
- sexual	35(46,1)	41(53,9)	0,132¥
- outras	13(65,0)	7(35,0)	
<b>Sorologia do parceiro (n %)</b>			
- positiva	16(42,1)	22(57,9)	0,380¥
- negativa	9(18,7)	7(14,5)	
- desconhecida/sem parceiro fixo	23 (39,2)	19(27,6)	
<b>Pesquisa BAAR (n %)</b>			
- não realizada	3(50,0)	3(50,0)	1,000¥
- realizada	45(50,0)	45(50,0)	
<b>Resultado BAAR (n %)</b>			
- positivo	27(41,5)	38(58,5)	0,010¥
- negativo	18(72,0)	7(28,0)	
<b>Forma de tuberculose (n %)</b>			
- pulmonar	35(47,3)	39(52,7)	0,331¥
-extrapulmonar	13(59,1)	9(40,9)	

Tabela 4 – Comparação entre os grupos 1 e 2 quanto às características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com coinfeção HIV/TB (continuação)

<b>Realizado Rx (n %)</b>			
- não	4(57,1)	3(42,9)	
- sim	44(49,4)	45(50,6)	1,000 $\alpha$
<b>Resultado Rx (n %)</b>			
- suspeito	34(46,6)	39(53,4)	
- normal	11(68,8)	5(31,2)	0,167 $\alpha$
<b>Realizado PPD (n %)</b>			
- não	15(37,5)	25(62,5)	
- sim	33(58,9)	23(41,1)	0,038 $\text{¥}$
<b>Resultado PPD (n %)</b>			
- reator	18(41,9)	25(58,1)	
- não reator	5(38,5)	8(61,5)	1,000 $\alpha$
<b>Contagem CD4 recente (n %)</b>			
- não	23(45,1)	28(54,9)	
- sim	25(55,6)	20(44,4)	0,306 $\text{¥}$
<b>Resultado CD4 (média <math>\pm</math> dp)</b>	317,84 $\pm$ 202,87	176,30 $\pm$ 88,91	0,019 $\text{€}$

£ teste t student / ¥ teste do qui-quadrado / β linear-by-linear test /  $\alpha$  teste exato de Fisher / € teste de MannWhitney.

Na Tabela 4 observa-se homogeneidade inicial entre os grupos quanto às suas características. Apenas nas variáveis resultado da pesquisa de BAAR, realização do PPD e resultado de CD4 houve diferença estatística.

No entanto, no geral, percebeu-se superioridade na faixa etária de adultos em ambos os grupos, com médias de 35,12 e 34,96, respectivamente. Outra tendência verificada foi a existência de pacientes com idade acima de 50 anos (quatro no grupo exposto e dois no grupo não exposto), bem como casos de tuberculose em pacientes entre 40 e 50 anos. Desse modo, elevou-se a faixa etária daqueles acometidos por tuberculose e HIV.

Quanto à situação conjugal, há uma semelhança entre os grupos. No entanto, 55,3% dos pacientes com parceiro fixo (casados ou em união estável) encontravam-se no

grupo exposto, ou seja, uma leve superioridade comparada ao grupo não exposto. Porém, segundo verificado, a maioria dos pacientes em ambos os grupos, no total de 27 e 31 pacientes, respectivamente, estava sem parceiro fixo no momento da entrevista inicial.

Em relação à sorologia do parceiro, no grupo não exposto houve uma maior frequência de pacientes com parcerias soroconcordantes para o HIV (57,9%). Destaca-se, ainda, o elevado percentual de indivíduos que mantinham relações sorodiscordantes, parceiros com sorologia desconhecida ou sem parceiro fixo.

A escolaridade é outro ponto a se ressaltar. Em ambos os grupos, os pacientes apresentaram níveis de escolaridade baixos, porquanto mais da metade dos pacientes não concluíram o ensino médio. Como evidenciado, boa parte destes tinha apenas o fundamental completo (19 no grupo exposto e 14 no grupo não exposto).

No aspecto financeiro, a renda familiar, em salários mínimos, concentrou-se maciçamente no plano menor ou igual a dois salários mínimos.

Ainda como observado, apesar de a infecção pelo HIV proporcionar maior vulnerabilidade para TB extrapulmonar, neste estudo verificou-se uma maior frequência de TB pulmonar nos dois grupos.

Além disso, na variável resultado da pesquisa de BAAR, os resultados positivos foram significativamente maiores ( $p=0,010$ ) no grupo não exposto. Fez-se a baciloscopia na maioria dos pacientes em ambos os grupos, com consequente resultado positivo para os dois grupos.

No estudo em tela, quase todos os pacientes foram submetidos à prova tuberculínica. Quanto à realização do teste, na comparação entre os grupos, o grupo exposto obteve um total de 33 pacientes submetidos ao exame, com  $p$  de 0,038, o que foi significativamente maior do que o grupo não exposto.

Aproximadamente a metade dos pacientes em ambos os grupos não se submeteu ao exame de contagem de CD4+ recentemente. Isto se explicou pelo fato de muitos pacientes terem descoberto sua soropositividade em coincidência com o diagnóstico para TB. Desse modo, não houve tempo hábil para a realização do exame no momento da pesquisa.

Nesta causuística, a média dos resultados de CD4 dos pacientes que realizaram os testes, foi de  $317,84 \pm 202,87$  no grupo exposto e de  $176,30 \pm 88,91$  no grupo não exposto. Denota, assim, uma pior imunidade no grupo 2 significativa ( $p=0,019$ ).

Durante a primeira avaliação clínica, também foram avaliados os sintomas apresentados relativos à tuberculose, os quais estão apontados na tabela 5.

Tabela 5 – Comparação entre os grupos exposto e não exposto quanto aos sinais e sintomas relativos à tuberculose no início do tratamento

Variáveis	Grupo exposto	Grupo não exposto	Valor p
<b>Tosse (n %)</b>			
- sim	34(46,6)	39(53,4)	
- não	14(63,6)	8(36,4)	0,161¥
<b>Febre (n %)</b>			
- sim	48(100,0)	48(100,0)	
- não	0(0,0)	0(0,0)	
<b>Dispneia (n %)</b>			
- sim	7(33,3)	14(66,7)	
- não	41(55,4)	33(44,6)	0,074¥
<b>Astenia (n %)</b>			
- sim	33(42,3)	45(57,7)	
- não	15(88,2)	2(11,8)	0,001 $\alpha$
<b>Anorexia (n %)</b>			
- sim	32(64,0)	18(36,0)	
- não	16(35,6)	29(64,4)	0,006¥
<b>Dor (n %)</b>			
- sim	21(61,8)	13(38,2)	
- não	27(44,3)	34(55,7)	0,102¥

¥ teste do qui-quadrado /  $\alpha$  teste exato de Fisher.

Estes aspectos foram verificados com vistas ao acompanhamento da melhora clínica dos pacientes durante o tratamento, ou seja, para fins de subsidiar a observação da evolução dos pacientes e comparar resultados. Tais variáveis foram verificadas também ao final do tratamento; no entanto, para este estudo considerou-se irrele

o depois, tendo em vista que os pacientes acompanhados até o final obtiveram alta por cura, conseqüentemente, com a resolução dos sinais e sintomas.

De modo geral, observa-se uma similaridade entre os grupos na maioria das variáveis, mas com diferença estatística na presença de astenia ( $p=0,001$ ) e anorexia ( $p=0,006$ ), as quais foram mais frequentes no grupo exposto. O que pode estar relacionado à variedade maior de formas clínicas presentes no grupo exposto, como verificado na Tabela 3 onde se identificou um maior número de pacientes com TB extrapulmonar neste grupo.

#### **5.4 Resultados relacionados à aplicação da escala de qualidade de vida (HAT-QoL)**

A aplicação da escala HIV/aids – Targeted Quality of Life (HAT-QoL) deu-se no momento da primeira consulta e no final do tratamento na consulta de alta do ambulatório de coinfeção HIV/TB em ambos os grupos. Portanto, nesta seção apresentam-se os resultados inerentes à HAT-QoL em um comparativo entre os grupos antes e após a intervenção; em seguida, o comparativo entre os resultados anteriores e após a intervenção no grupo exposto.

Para a análise dos dados da HaT-QoL, consideraram-se como prejudicados os domínios que apresentaram índices cujas médias foram inferiores a 50 pontos, tendo em vista que a pontuação máxima é 100. Esta análise de escore baseou-se no estudo de Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004).

Na Tabela 6 expõe-se um comparativo entre os grupos durante a primeira consulta de enfermagem. Esta comparação demonstra a homogeneidade de qualidade de vida antes de iniciar a assistência de enfermagem em cada um dos grupos.

Segundo se pode observar nesta tabela, todos os domínios encontravam-se prejudicados em ambos os grupos. Todavia, as médias mais preocupantes foram as relacionadas com os domínios preocupação com o sigilo sobre a infecção (17,8 no grupo exposto e 19,79 no grupo não exposto), preocupações financeiras (19,66 no grupo exposto e 23,17 no grupo não exposto) e preocupações com a saúde (20,62 no grupo exposto e 23,02 no grupo não exposto). O único domínio no qual houve diferença estatística ( $p=0,001$ ) foi preocupações financeiras, onde o grupo exposto obteve uma média menor (19,66) do que a obtida pelo grupo 2 (23,17). Ressalta-se que as médias menos comprometidas encontravam-se nos domínios confiança no profissional e satisfação com a vida (escore invertido).

Tabela 6 – Comparação dos domínios da escala HAT-QoL entre os grupos no primeiro atendimento da consulta de enfermagem

<b>Domínios</b>	<b>Grupo exposto Média ± dp</b>	<b>Grupo não exposto Média ± dp</b>	<b>Valor p€</b>
Atividades gerais	34,30 ± 10,01	32,58 ± 10,71	0,301
Atividades sexuais	39,06 ± 8,79	39,58 ± 8,15	0,792
Preocupações com o sigilo	17,18 ± 14,21	19,79 ± 14,21	0,212
Preocupações com a saúde	20,62 ± 11,32	23,02 ± 10,03	0,177
Preocupações financeiras	19,66 ± 6,82	23,17 ± 6,93	0,001
Conscientização sobre o HIV	35,24 ± 10,63	36,11 ± 11,44	0,763
Satisfação com a vida	34,44 ± 9,12	34,44 ± 8,96	0,702
Preocupações com a medicação	34,05 ± 10,45	36,53 ± 6,54	0,282
Confiança no profissional	14,93 ± 10,45	15,97 ± 11,25	0,668

€ teste de MannWhitney.

Para melhorar a compreensão sobre a evolução dos pacientes, compararam-se os grupos após a intervenção. Enquanto no grupo exposto esta c

enfermagem baseada na Teoria de Orem, no grupo não exposto, da consulta de enfermagem convencional (Tabela 7).

Na referida tabela percebe-se uma melhoria nos escores de qualidade de vida na maioria dos domínios para ambos os grupos, mesmo permanecendo com a qualidade de vida prejudicada (médias abaixo de 55). Quanto ao domínio atividades gerais houve melhoria nos dois grupos, porém com maior significância no grupo exposto ( $p=0,002$ ). O mesmo ocorreu relativo a preocupações com a saúde ( $p=0,000$ ), conscientização sobre o HIV ( $p=0,000$ ), satisfação com a vida ( $p=0,000$ ) e confiança profissional ( $p=0,032$ ). Lembrando que estes dois últimos domínios possuem escore invertido.

Tabela 7 – Comparação dos domínios da escala HAT-QoL entre os grupos no final do acompanhamento da consulta de enfermagem

<b>Domínios</b>	<b>Grupo exposto Média ± dp</b>	<b>Grupo não exposto Média ± dp</b>	<b>Valor p€</b>
Atividades gerais	49,60 ± 7,86	42,97 ± 0,002	0,002
Atividades sexuais	36,57 ± 8,97	38,61 ± 8,61	0,382
Preocupação com o sigilo	29,58 ± 13,90	25,33 ± 11,44	0,268
Preocupações com a saúde	45,69 ± 10,15	33,50 ± 8,82	0,000
Preocupações financeiras	19,27 ± 11,98	26,87 ± 8,06	0,001
Conscientização sobre o HIV	47,45 ± 5,20	39,44 ± 6,16	0,000
Satisfação com a vida	17,88 ± 6,58	30,83 ± 5,90	0,000
Preocupações com a medicação	33,48 ± 6,30	38,23 ± 6,58	0,069
Confiança no profissional	6,94 ± 11,29	7,58 ± 8,75	0,032

€ teste de MannWhitney.

Em relação ao domínio preocupações financeiras houve um decréscimo da média do grupo exposto e um aumento significativo no grupo não expost

este item tem forte dependência da situação financeira e social dos pacientes, não apenas da situação de saúde que o impeça ou não de trabalhar.

Como este estudo se propôs a avaliar a influência da consulta de enfermagem construída com subsidio em Orem, além da comparação entre os grupos, compararam-se as médias de cada domínio da escala HAT-QoL no início do tratamento e após a consulta de alta do ambulatório de tuberculose para o grupo exposto(Tabela 8).

Tabela 8 – Comparação dos domínios da escala HAT-QoL entre o primeiro atendimento e o final do acompanhamento da consulta de enfermagem no grupo exposto

Domínios	Grupo exposto		Valor p€
	Média ± dp		
	Antes	Depois	
Atividades gerais	34,30 ± 10,01	49,60 ± 7,86	0,000
Atividades sexuais	39,06 ± 8,79	36,57 ± 8,97	0,167
Preocupação com o sigilo	17,18 ± 14,21	29,58 ± 13,90	0,000
Preocupações com a saúde	20,62 ± 11,32	45,69 ± 10,15	0,000
Preocupações financeiras	19,66 ± 6,82	19,27 ± 11,98	0,505
Conscientização sobre o HIV	35,24 ± 10,63	47,45 ± 5,20	0,000
Satisfação com a vida	34,44 ± 9,12	17,88 ± 6,58	0,000
Preocupações com a medicação	34,05 ± 6,37	33,48 ± 6,30	0,763
Confiança no profissional	14,93 ± 10,45	6,94 ± 7,58	0,000

€ teste de Wilcoxon.

Nesta tabela nota-se um incremento significativo entre as médias da maioria dos domínios. Tal incremento denota uma redução no prejuízo na qualidade de vida destes pacientes advinda da cura da tuberculose.

Destaca-se o domínio preocupação com a saúde, no qual a média passou de 20,62 para 45,69, perfazendo uma diferença estatisticamente significativa

tem grande relevância, pois a despeito da cura para tuberculose, os pacientes permanecem infectados pelo HIV ou mesmo com aids .

Em seguida, o domínio atividades gerais apresentou médias de 34,30 no início para 49,60 no final do tratamento ( $p=0,000$ ), e ainda houve uma redução no desvio padrão. Já o domínio satisfação com a vida obteve uma melhora de médias significativa de 34,44 para 17,88 (escore invertido), com  $p=0,000$ .

Outros aspectos de melhoria expressiva foram a conscientização sobre o HIV e a preocupação com o sigilo (ambas com  $p=0,000$ ). No primeiro houve um incremento de 35,24 para 47,45 nas médias apresentadas, com diferença semelhante à preocupação com o sigilo, cuja média subiu de 17,18 para 29,58. Tal fato demonstra a atuação diante destas questões relativas ao diagnóstico de soropositividade para o HIV.

Ainda como mostra a Tabela 8, apesar de não ter significância estatística ( $p=0,167$ ), houve uma redução na média relacionada ao domínio atividades sexuais, de 39,06 para 36,57, o que causou estranheza, pois os itens deste domínio abordam satisfação com a vida sexual e o interesse em sexo, os quais são fatores que tendem a melhorar com a recuperação da saúde. Conforme se percebe ao analisar os dados das Tabelas 5 e 6 acerca deste domínio, o mesmo ocorreu com o grupo exposto, embora com uma menor diferença.

## **5.5 Resultados inerentes à aplicação da escala de adesão de Moriski e Green e Instrumento de Avaliação da Dificuldade para Adesão**

Os dados expostos nesta seção se relacionam à avaliação da adesão à terapêutica dos pacientes com coinfeção HIV/TB no início do tratamento e na última consulta no

ambulatório de tuberculose. Ressalta-se, todavia: não foi possível a aplicação das escalas nos pacientes que abandonaram o tratamento.

Tabela 9 – Comparação entre os grupos quanto ao nível de adesão da escala de Moriski e Green no início do tratamento

<b>Nível de adesão</b>	<b>Grupo exposto n (%)</b>	<b>Grupo não exposto n (%)</b>	<b>Valor p€</b>
Aderente	34 (48,6)	36 (51,4)	0,646
Não aderente	14 (53,8)	12 (46,2)	
Total	48 (50,0)	48 (50,0)	

€ teste do qui-quadrado.

Pela Tabela 9, os pacientes avaliados, em sua maioria, demonstraram ser aderentes ao tratamento. Não houve diferença estatística quando da comparação ( $p=0,646$ ), em virtude da homogeneidade das respostas dos dois grupos. No entanto, no início do tratamento, entre os pacientes considerados aderentes, 51,4% pertenciam ao grupo não exposto.

A adesão dos pacientes também foi comparada ao final do tratamento. Nota-se, na tabela 10, a ocorrência de perdas motivadas por abandonos. Neste caso, a despeito das perdas, fez-se uma comparação entre os pacientes remanescentes ( $n=36$  no grupo exposto e  $n=30$  no grupo não exposto).

Tabela 10 – Comparação entre os grupos quanto à pontuação da escala de Moriski e Green no final do tratamento.

<b>Nível de adesão</b>	<b>Grupo exposto n (%)</b>	<b>Grupo não exposto n (%)</b>	<b>Valor p€</b>
Aderente	31(53,4)	27(46,6)	0,719
Não aderente	5(62,5)	3(37,5%)	
Total	36 (54,5)	30 (45,5)	

€ teste do qui-quadrado.

Como esperado, houve uma redução expressiva dos pacientes considerados não aderentes, tendo em vista o término do tratamento. Entre os pacientes classificados como não aderentes, 62,5% eram partícipes do grupo exposto. Porém este grupo denotou menor índice de abono, conforme apresentado posteriormente na Tabela 13, ou seja, a avaliação foi realizada com um número maior de pacientes.

Como observado na Tabela 9, quando havia o mesmo número de pacientes em ambos os grupos (n=48), aqueles pertencentes ao grupo exposto revelaram-se levemente menos aderentes (48,6%); no entanto, foi neste grupo que houve menos abandono e, conseqüentemente, na avaliação final, um maior número de pacientes aderentes ao tratamento (53,4%).

Mas, mesmo após o término do tratamento, alguns pacientes ainda se mantinham não aderentes, ou seja, com algum grau de dificuldade de adesão. Para verificar que fatores influenciam nesta postura dos pacientes, fez-se necessária a implementação do Instrumento de Avaliação da Dificuldade para Adesão (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição do número de pacientes quanto à classificação do instrumento de avaliação da dificuldade para adesão no início do tratamento

<b>Classificação</b>	<b>Grupo exposto n(%)</b>	<b>Grupo não exposto n(%)</b>
Nenhuma dificuldade em aderir ao tratamento	18(46,2)	21(53,8)
Pouca dificuldade em aderir ao tratamento	17(50,0)	17(50,0)
Moderada dificuldade em aderir ao tratamento	12 (63,2)	7 (36,8)
Muita dificuldade em aderir ao tratamento	1 (25,0)	3 (75,0)

De acordo com a Tabela 11, mais da metade dos pacientes (53,8%) classificados com nenhuma dificuldade em aderir ao tratamento pertenciam ao grupo não exposto. Em contraponto, este grupo continha 75% dos pacientes com muita dificuldade em aderir ao tratamento. Apesar de uma distribuição mais homogênea, o grupo exposto apresentou um maior número de pacientes com dificuldades de adesão, pois ao serem somados os pacientes com moderada e muita dificuldade, o grupo exposto totalizou 13 p

exposto apresentou 10 pacientes com estas características. Tais dados se confirmam com a avaliação do teste de Moriski e Green, demonstrados na Tabela 8, onde o maior percentual de não aderentes encontrava-se no grupo exposto no momento da primeira avaliação.

Embora não esteja explícito na Tabela 11, os itens que obtiveram maior pontuação e, por conseguinte, mereceram maior atenção durante o acompanhamento dos pacientes do grupo exposto foram, em primeiro lugar, os medicamentos provocam efeitos indesejáveis, onde 16,7% dos pacientes responderam concordar totalmente (pontuação 5) e 39,6% dos sujeitos afirmaram concordar parcialmente (pontuação 4); em sequência, ao item preciso de ajuda para tomar os remédios foi atribuída pontuação 5 em 20,8% das respostas e pontuação 4 em 18,7% do total de respostas; o terceiro item mais preocupante foi tenho muitos remédios para tomar, no qual 20,8% das respostas obtiveram pontuação 5 e 25,0% apresentaram pontuação 4.

Ao final do tratamento, os pacientes que obtiveram alta por cura da tuberculose foram submetidos a nova avaliação da dificuldade para adesão em ambos os grupos. Na Tabela 12 constam os resultados desta avaliação.

Tabela 12 – Distribuição do número de pacientes quanto à classificação do instrumento de avaliação da dificuldade para adesão no final do tratamento

<b>Classificação</b>	<b>Grupo exposto n(%)</b>	<b>Grupo não exposto n(%)</b>
Nenhuma dificuldade em aderir ao tratamento	31 (64,6)	17 (35,4)
Pouca dificuldade em aderir ao tratamento	4 (28,6)	10 (71,4)
Moderada dificuldade em aderir ao tratamento	1 (25,0)	3 (75,0)
Muita dificuldade em aderir ao tratamento	0 (0,0)	0 (0,0)

Consoante se percebe, apesar do abandono a ser abordado na próxima seção, houve uma redução na dificuldade de adesão em ambos os grupos, porém com maior

expressão no grupo exposto. Entre os pacientes que não apresentavam mais dificuldade em aderir ao tratamento, 64,6% eram partícipes do grupo exposto, o que reduziu o número de pacientes deste grupo inseridos nas demais categorias da escala.

## 5.6 Resultados relacionados à avaliação do desfecho dos casos

Nesta seção estão demonstradas as formas de desfecho dos casos de tuberculose pertencentes à amostra do estudo. Segundo preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), o encerramento dos casos de tuberculose, com ou sem HIV associados, são classificados como alta por cura, abandono, mudança de diagnóstico, transferência e óbito. No entanto, para este estudo, foram considerados tanto os pacientes que obtiveram alta por cura como os que abandonaram o tratamento.

Para a determinação do abandono, utilizou-se o critério do PNCT, o qual considera o abandono quando o paciente não comparece ao serviço por mais de um mês. Neste sentido, comparou-se a situação de abandono nos dois grupos, conforme explícito na Tabela 13.

Tabela 13 – Comparação entre os grupos quanto à forma de encerramento dos casos de tuberculose

GRUPOS	DESFECHO		TOTAL n(%)
	Alta por cura n(%)	Abandono n(%)	
<b>Grupo exposto</b>	36 (75,0)	12 (25,0)	48 (100)
<b>Grupo não exposto</b>	30 (62,5)	18 (37,5)	48 (100)
<b>TOTAL</b>	66 (68,8)	30 (31,2)	96 (100)

Valor p = 0,186 (teste do qui-quadrado).

No tocante ao grupo exposto, ou seja, aquele submetido à intervenção da consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem, houve um percentual de abandono de 25%, enquanto no grupo não exposto verificou-se uma frequência relativa de 37,5%, portanto, superior à do grupo exposto. Embora não tenha sido demonstrada diferença estatística entre os

grupos ( $p=0,186$ ), este é um dado relevante que se relaciona com a adesão dos pacientes exposta na seção 5.5, onde mesmo após o término do tratamento, houve uma maior dificuldade para adesão no grupo exposto.

No intuito de verificar quais fatores estavam relacionados a este percentual de abandono, optou-se por analisar a correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com o desfecho dos casos em ambos os grupos, como apontado na Tabela 14.

Conforme os testes utilizados, não houve diferença estatística na comparação da maioria das variáveis. Apenas a categoria de exposição obteve um valor de  $p$  significativo ( $p=0,021$ ). Nesta variável, percebe-se que em outras categorias (onde se aglutinaram uso de drogas injetáveis, hemotransfusão e até mesmo os pacientes que, devido ao uso de drogas associado ao elevado número de parceiros, desconhecem a forma de aquisição do HIV) não houve abandono. Porém, a grande maioria dos pacientes responderam terem adquirido HIV em relações sexuais ( $n=35$ ).

Embora sem diferença estatística, nos pacientes com ensino médio completo e ensino superior verificou-se 37,5% de abandono, portanto, foi a faixa de escolaridade com maior percentual nesta condição, seguido dos pacientes analfabetos ou com fundamental incompleto (27,3%).

A situação conjugal também merece ser observada, pois 14,3% dos pacientes casados ou em união estável abandonaram, enquanto naqueles sem parceiro fixo este percentual foi de 33,3%.

Em relação à sorologia do parceiro, observou-se um maior abandono entre aqueles pacientes cujos parceiros apresentavam também sorologia positiva (31,2%), contrastando com os que afirmaram que a sorologia do parceiro era negativa, desconhecida ou encontravam-se sem parceiro fixo no momento da entrevista, que totalizaram 21,9%.

Tabela 14 – Correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a forma de encerramento dos casos de tuberculose no grupo exposto

<b>Variáveis</b>	<b>Alta por cura n(%)</b>	<b>Abandono n(%)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Situação conjugal</b>			
- casado/união estável	18(85,7)	3(14,3)	0,185 $\alpha$
- solteiro/vivuvo/separado	18(66,7)	9(33,3)	
<b>Sorologia do parceiro</b>			
- positiva	11(68,8)	5(31,2)	0,500 $\alpha$
- negativa/desconhecida/sem parceiro fixo	25(78,1)	7(21,9)	
<b>Grau de instrução</b>			
- analfabeto/fund. incompl.	8(72,7)	3(27,3)	0,437 $\beta$
- fund. compl./ ens. méd. incompl.	18(85,7)	3(14,3)	
- ens. méd. compl./ superior	10(62,5)	6(37,5)	
<b>Número de filhos</b>			
- sem filhos	10(58,8)	7(41,2)	0,167 $\beta$
- 1 a 2 filhos	19(86,4)	3(13,6)	
- 3 ou mais filhos	7(77,8)	2(22,2)	
<b>Categoria de exposição</b>			
- sexual	23(65,7)	12(34,3)	0,021 $\alpha$
- outras	13(100,0)	0(0,0)	
<b>Renda familiar</b>			
- $\leq$ 2 SM	26(72,2)	10(27,8)	0,703 $\alpha$
- $>$ 2SM	10(83,3)	2(18,7)	

$\beta$  lienar-by-linear test /  $\alpha$  teste exato de Fisher

Quanto ao número de filhos, os pacientes sem filhos alcançaram um índice maior de abandono (41,2%), enquanto aqueles com três ou mais filhos obtiveram o menor percentual de abandono (22,2%).

Na variável renda familiar, foi expressivo o índice de pacientes com renda familiar inferior ou igual a dois salários mínimos a abandonar o tratamento (27,8%). Entre os que possuíam renda acima de dois salários mínimos, este percentual foi de 18,7%, o que pode relacionar, apesar de não ter havido significância, o abandono à situação financeira dos pacientes.

No tocante à comparação entre as variáveis sociodemográficas e o desfecho dos casos do grupo não exposto (Tabela 15), não houve correlação significativa entre as variáveis e a alta por cura ou abandono. No entanto, é válido destacar alguns aspectos, tendo em vista que este foi o grupo no qual houve um maior número de abandono.

Tabela 15 – Correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a forma de encerramento dos casos de tuberculose no grupo não exposto

Variáveis	Alta por cura n(%)	Abandono n(%)	Valor p
<b>Situação conjugal</b>			
- casado/união estável	11(64,7)	6(35,3)	0,815 ¥
- solteiro/vivuvo/separado	19(61,3)	12(38,7)	
<b>Sorologia do parceiro</b>			
- positiva	13(59,1)	9(40,9)	0,654 ¥
- negativa/desconhecida/sem parceiro no momento	17(65,4)	9(34,6)	
<b>Grau de instrução</b>			
- analfabeto/fund. Incompl.	4(57,1)	3(42,9)	0,864 β
- fund. Compl./ ens med incompl	18(66,7)	9(33,3)	
- ens med compl/ superior	8(57,1)	6(42,9)	
<b>Número de filhos</b>			
- sem filhos	15(57,7)	11(42,3)	0,712 β
- 1 a 2 filhos	9(75,0)	3(25,0)	
- mais de 3 filhos	6(60,0)	4(40,0)	
<b>Categoria de exposição</b>			
- sexual	25(61,0)	16(39,0)	0,696 α
- outras	5(71,4)	2(28,6)	
<b>Renda Familiar</b>			
- ≤ 2 SM	27(65,9)	14(34,1)	0,400 α
- > 2SM	3(42,9)	4(57,1)	

β lienar-by-linear test / α teste exato de Fisher / ¥ teste do qui-quadrado.

Congruente com o grupo exposto, na situação conjugal, mesmo com uma diferença menor, notou-se um percentual mais elevado de abandono entre os pacientes sem parceiro fixo (38,7%). Quanto ao número de filhos, também houve um maio

que não possuíam filhos (42,3%). Ademais, os pacientes com exposição por via sexual foram menos aderentes ao tratamento, com um percentual de 39% em contraponto a outras categorias que apresentaram percentual de 28,6%. Ainda, entre aqueles cuja sorologia dos parceiros era positiva, 40,9% abandonaram o tratamento.

Referente ao grau de instrução, como observado, houve percentuais de abandono iguais entre os analfabetos ou com fundamental incompleto e aqueles com ensino médio completo ou superior (42,9%).

Diferentemente do grupo exposto, no concernente à renda familiar, verificou-se maior percentual de abandono entre os pacientes que referiram possuir renda familiar superior a dois salários mínimos. Este percentual totalizou 57,1%, enquanto entre os pacientes com renda inferior ou igual a dois salários mínimos foi de 34,1%.

Neste sentido, algumas variáveis, mesmo sem apresentarem significância, se demonstraram mais presentes nos casos de abandono em ambos os grupos. Embora não seja possível afirmar ter havido influência destas variáveis sobre o abandono do tratamento, notou-se que, em ambos os grupos, as características dos pacientes que mais abandonaram foram as seguintes: estar sem parceiro fixo, possuir parceiros soroconcordantes para o HIV, não possuir filhos e ter adquirido o HIV por via sexual.

## **6 DISCUSSÃO**

### **6.1 Validação e implementação da consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes portadores de coinfeção HIV/TB**

O protocolo do modelo de consulta deste estudo abrangeu aspectos inerentes à Teoria do Autocuidado e os passos da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Neste sentido, submeteu-se à avaliação dos juízes para validar-lhe o conteúdo, partindo do intento de se constituir em um método que permita fácil e extensiva identificação, por parte dos profissionais de saúde, das necessidades de cuidado e autocuidado dos pacientes, sobretudo no relacionado à adesão e qualidade de vida, levando à escolha e implementação de intervenções apropriadas para cada caso.

Vale lembrar que o instrumento da consulta foi subdividido em quatro partes, a saber: identificação, dados clínicos, histórico (o qual incluía a primeira consulta de enfermagem) e consultas de enfermagem subsequentes. Os itens que formavam cada uma destas subdivisões foram avaliados quanto à organização, clareza e compreensão e relevância. Isto proporcionou a adequação do instrumento nestas perspectivas.

Para exercer de maneira segura e direcionada qualquer atividade profissional, se requer instrumentos. Especificamente na enfermagem, é preciso direcionamento, sistematização, organização e embasamento científico (SILVA et al., 2010). Esses requisitos da prática podem encontrar subsídios nas teorias de enfermagem. Segundo se constatou, a escolha da teoria foi adequada e os resultados da validação sugerem que as modificações necessárias ao modelo adotado foram realizadas.

Conforme a avaliação dos juízes, a consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado para pacientes com coinfeção HIV/TB demonstrou ser organizada, como

avaliada em 90% das respostas dos juizes. Isto é essencial, pois a questão da organização de construtos é de extrema relevância para sua implementação e replicação no cotidiano do cuidado.

Este aspecto é evidenciado por Curcio, Lima e Torres (2009), ao afirmarem que os impressos e formulários de consulta de enfermagem devem estar devidamente organizados sob a luz do raciocínio clínico para facilitar a sistematização do cuidado, mesmo quando aplicados por diferentes enfermeiros.

Em virtude de a consulta de enfermagem ser uma proposta de reorganização do cuidado de enfermagem, deverá ser fundamentada em um formato lógico. Quanto a esta renovação da implementação do cuidado, Ferreira e Acioli (2009) acrescentam a importância da construção dialógica entre profissionais e grupos sociais para a incorporação de novos saberes e práticas nas ações em saúde e assim construir uma prática de enfermagem efetiva de cuidado em saúde. Nessa perspectiva, cuidar é considerar o mérito da construção de projetos de vida, significativos para cada indivíduo, como eixo central da ação terapêutica.

Abrangendo esta perspectiva do cuidar, a consulta de enfermagem, pelo contato direto com o paciente, direciona as ações do enfermeiro e está fundamentada na necessidade de que as intervenções implementadas tenham base científica, conforme Curcio, Lima e Torres (2009), e sejam claras e compreensivas.

De acordo com o Dicionário Aurélio (2009), clareza significa transparência, limpidez e qualidade do que é perceptível. Ou seja, adjetivo referente a algo que é de fácil apreensão. A ótica de Conti et al. (2010), um instrumento deve ter clareza e ser de fácil compreensão aos sujeitos aos quais se destina, para que ser devidamente entendido e aplicado.

Como o instrumento de consulta validado nesta pesquisa é voltado para pacientes com coinfeção HIV/TB, e será empregado por enfermeiros, deve ser claro e compreensível.

Quanto aos aspectos ora referidos, o modelo de consulta de enfermagem elaborado para este estudo apresentou 70% das respostas positivas dos juízes. Portanto, consoante os critérios apontados na metodologia, implica a conformidade do construto no tocante à clareza e compreensão.

Assim, em busca da clareza e compreensão, certas modificações foram propostas pelos juízes. Conforme exposto, alteraram-se o item escolaridade, o qual está inserido na subdivisão de identificação, que correspondia a anos cursados. Como consta em Rouquayrol e Almeida Filho (2006), as diferenças de escolaridade são essenciais para detectar uma correlação causal de determinado agravo ou situação. Desse modo, o item não poderia ser excluído, mas foi modificado. Inegavelmente, a escolaridade apresentada em anos cursados é mais fidedigna do que a demonstrada em faixas ou dividida por grau de instrução. No entanto, os juízes, ante a possibilidade da baixa instrução do público-alvo da consulta, consideraram ser mais fácil para eles informarem o grau concluído (ou até que série/ano cursaram) do que os anos de estudo.

Quanto ao item procedência, solicitou-se a modificação para município de residência, pois ficaria mais claro tanto para o enfermeiro responsável pelo atendimento como para os pacientes pois a informação diz respeito ao local onde moram. Outro aspecto importante a ser ressaltado foi o acréscimo da data no item pesquisa de BAAR, o que melhorou não apenas a compreensão da informação, mas também sua completude.

Destarte, as qualidades de clareza e compreensão são inerentes ao modelo de consulta proposto, sendo aspecto de caráter prático para sua aplicação. Conforme Thofehm e Lima (2009), tais características fornecem ao instrumento a viabilidade de informações com melhor confiabilidade. Ainda como os autores referem, é imprescindível que qualquer comunicação se faça de maneira clara, transparente e completa; caso contrário, a comunicação

com o paciente e demais membros da equipe se interrompe e o instrumento torna-se vão ao seu propósito.

Por fim, o modelo foi submetido à apreciação quanto à sua relevância. Segundo os achados demonstraram, os itens foram, em sua maioria, relevantes para atuação do enfermeiro junto aos pacientes com coinfeção HIV/TB, com um percentual total acima de 75% das respostas dos juízes. Também foi observado que todos os itens referentes aos dados clínicos e consultas de enfermagem foram considerados de realmente relevantes a muito relevantes. Tal fato denota a importância deste construto.

Ressalta-se que a área destinada às consultas de acompanhamento dos casos foi elaborada com itens subjetivos como déficits de autocuidado identificados, diagnósticos e intervenções de enfermagem, evolução do paciente. Dessa forma, inseriu-se a consulta sob os preceitos da Sistematização da Assistência de Enfermagem, na qual, segundo Curcio, Lima e Torres (2009), levam-se em conta diferentes possibilidades através do raciocínio clínico, evitando, assim, conclusões precipitadas a respeito das necessidades do paciente.

Nesta perspectiva, a utilização da Teoria do Autocuidado de Orem foi considerada adequada, devido ao estabelecimento dos déficits de autocuidado e de ações inter-relacionadas para minimizá-los ou solucioná-los em torno de objetivos alcançáveis: a cura da tuberculose, a adesão à terapia e melhoria da qualidade de vida.

Para a teoria, o foco são os sujeitos e os eventos ocorridos entre eles. Estas pessoas são conceitualizadas como possuindo atributos e poderes que legitimam a ocupação do *status* de enfermeiro e o *status* de paciente da enfermagem. A teoria dos sistemas também está baseada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para desempenhar as atividades. Se existir dificuldade, limitação ou déficit para manter esse desempenho, então a assistência da enfermagem deve estar presente (OREM, 1995).

Portanto, coloca-se como necessário à enfermagem transcender o entendimento da estratégia para além de garantir a ingestão da medicação. Isto inclui conhecer também a pessoa coinfetada e seu contexto, e de acordo com Sousa e Silva (2010), os modos de vida da pessoa, sua dinâmica familiar, suas crenças, opiniões e conhecimentos a respeito de estar doente e do próprio tratamento. Ainda como os autores afirmam, a atenção à tuberculose, e principalmente sua coinfeção com o HIV, implica trabalhar com uma doença considerada como uma condição crônica, que requer habilidades específicas para o atendimento.

Somando a este contexto, o estudo de Feijão, Lopes e Galvão (2009) abordou a importância da Teoria de Orem para a adesão medicamentosa e, por conseguinte, a qualidade de vida. Conforme os autores, o sistema apresentado por Orem fornece um arcabouço relacional para a conduta de enfermagem, de maneira a estimular, facilitar e apoiar o autocuidado.

A aplicação do referencial teórico por meio da metodologia da assistência de enfermagem, constituída por este instrumento, exige destacar que o mencionado referencial está voltado para a assistência.

Como a consulta de enfermagem objetiva melhorar a qualidade de vida do indivíduo na relação de ajuda entre ele e o enfermeiro dentro de um processo participativo (BASTOS; BORENSTEIN, 2004), o modelo foi elaborado, validado e aplicado junto aos pacientes integrantes do grupo exposto neste estudo.

Julgou-se ser relevante a apresentação e discussão dos dados relativos a esta aplicação, pois demonstram a intersecção entre as características, necessidades, déficits de autocuidado e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, ressaltando os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais presentes.

Conforme mencionado, o histórico de enfermagem aplicado na primeira consulta se constituiu de questões inerentes aos requisitos de autocuidado. Entre os requisitos universais, os primeiros foram relacionados à alimentação e hidratação.

Segundo Bastos e Borenstein (2004), a finalidade de uma alimentação equilibrada é proporcionar às pessoas nutrientes adequados para a manutenção de um organismo saudável. Para as pessoas em tratamento para TB, a questão da alimentação é fator decisivo, pois, segundo Sousa e Silva (2010), a pessoa com tuberculose acredita que precisa se alimentar bem para conseguir enfrentar a doença e restaurar sua saúde. Assim, a busca por peso é uma compensação pelo emagrecimento ocorrido no início da doença. Esse processo de alimentar-se bem para engordar e ter mais energia está entrelaçado com a modificação da imagem corporal. É a vontade de voltar ao peso anterior, para mostrar que a doença vai se afastando e a cura se torna mais evidente. Outro aspecto a contribuir para isso é o fato de as medicações para o tratamento da tuberculose aumentarem o apetite.

Destaca-se que neste estudo, 48% dos pacientes avaliados afirmaram que a quantidade de alimentos ingeridos no cotidiano não é suficiente. Como o principal impedimento para uma ingesta alimentar considerada apropriada por eles, mencionaram a situação financeira precária, com 45,8% das respostas. Ademais, a alteração corporal associada à TB mais percebida pelos pacientes foi o emagrecimento, com 72,9% das respostas.

Como observado, há uma intrínseca relação entre a condição econômica dos pacientes e o déficit de autocuidado para alimentação evidenciado nestes resultados. O aumento do apetite causado pelos tuberculostáticos associado com a carência de alimentos traz à tona uma realidade dura para os pacientes e enfermeiros. Além disso, esta condição é fator complicador da adesão medicamentosa.

Ratificando a importância do componente alimentação para completar o tratamento para tuberculose, consoante demonstrou o estudo realizado por Cantalice Filho (2009) no município de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro, o programa de incentivo com o fornecimento de cestas básicas aumentou significativamente a adesão dos pacientes portadores de tuberculose. Conforme o estudo presumiu, o fornecimento de alimentação suplementar deve ter, de algum modo, reduzido a interferência de fatores socioeconômicos, como a baixa escolaridade, o desemprego, a baixa renda familiar e a fome, implicados na questão do abandono.

Relativo ao requisito respiração, não se considerou a tosse, pois é esperada uma elevada prevalência desta nos pacientes com TB pulmonar no início do tratamento. Tal sintoma, com a progressão da terapêutica, é depletado. Quanto à dispneia, esteve presente em apenas 7 (14,5%) dos casos do grupo 1. Este achado se compara aos dos estudos de Nsubuga et al. (2002) e Chead et al. (2009), onde a dispnéia esteve presente em apenas 8% e 12% da população estudada, respectivamente.

Sobre os principais problemas referidos pelos pacientes quanto às eliminações, incluíram-se a mudança na coloração da urina (77%) e a ocorrência de episódios de diarreia (16,6%). Esta alteração na coloração da urina se dá pela coloração avermelhada referente à rifampicina que é eliminada por via renal. Quanto à diarreia, não está no rol de eventos adversos da quimioterapia antituberculose, conforme Brasil (2010a), porém é um evento comum entre pacientes soropositivos e está entre os sintomas constitucionais de imunodepressão também verificada em indivíduos coinfectados com TB por Nsubuga et al. (2002), com uma frequência de 24,3% dos pacientes.

Ainda no estudo em tela, foi relevante a verificação do aspecto equilíbrio entre solidão e interação social, ao apontar o percentual de 70,8% dos pacientes que moram com a família e/ou parceiro fixo. Tal aspecto é muito relevante quanto ao apoio social, pois, como

exposto por Geocze et al. (2010), a presença e ajuda da família pode contribuir na adesão e qualidade de vida de pacientes portadores de HIV. Nesta concepção, Boti et al. (2009) complementam afirmando que o suporte social é importante na diminuição do risco de doença e de morte associado a certas doenças, e melhora o prognóstico e a qualidade de vida. Portanto, o suporte social familiar está positivamente associado ao bem-estar psicológico e o suporte dos amigos é útil para a mudança de hábitos de vida.

Todas estas questões contrastam com a necessidade de ocultar o diagnóstico que, entre os pacientes incluídos no grupo exposto, se deu em 81,2%. Tendo em vista o estigma dominante sobre as duas doenças, é extremamente difícil para o paciente revelar o diagnóstico das duas infecções. Esta dificuldade é ainda maior no caso do HIV. Deste aspecto emerge a questão: como envolver a família no tratamento e acompanhamento do paciente? Sobre o assunto, de acordo com Boti et al. (2009), a presença do vírus HIV entre um membro da família provoca diversas reações manifestadas das mais variadas formas, como sentimentos de vergonha, culpa, raiva, negação, rejeição, indiferença, acolhida, apoio e aceitação. De modo geral, os pacientes temem as reações negativas da família, principalmente a vergonha e a rejeição.

Ressalta-se que a manutenção do sigilo da sorologia do paciente é um direito deste (desde que não atente à saúde ou à vida de outrem) e envolve questões de ética profissional a serem seguidas. Mas, segundo Garrido et al. (2009) apontam, a participação do paciente em grupos de apoio deve ser incentivada no intuito de reduzir receios e fortalecer os indivíduos para dirimir a discriminação ou o medo de sofrer o estigma.

Outro contraponto relativo à interação e apoio da família diz respeito à tuberculose, por trazer à tona o aspecto da preocupação com os contatos intradomiciliares que devem ser examinados. Conforme preconiza Brasil (2010a), a atividade de controle de contatos deve ser considerada como uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento

e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nesta população. O referido controle deve ser realizado fundamentalmente pela atenção básica.

Neste âmbito, o medo do adoecimento de pessoas queridas e a revelação do diagnóstico de TB, com vistas ao exame dos familiares, é uma situação conflitante para o paciente. Como o atendimento dos contatos é procedido pela atenção básica, os membros da família podem desconfiar do motivo do tratamento em um centro especializado. Ainda, em virtude da proximidade com a residência, o paciente teme que profissionais que trabalham nos centros de atenção básica descubram sua situação sorológica e a revelem para seus familiares.

Atrelado a estas situações, pode-se acrescentar mais um requisito de autocuidado desenvolvimental a influenciar nas mudanças no estilo de vida relacionadas à doença. Conforme se verificou, unindo a perda do emprego e a incapacidade para o trabalho, somaram-se 47,8% das respostas. Quanto a isto, segundo Garrido et al. (2009), não se dá apenas pela debilidade física ou pela apresentação de atestados médicos. A saída do emprego também ocorre pelo medo da desconfiança dos patrões e colegas de trabalho. Tal atividade implica diretamente o agravamento da condição financeira e no isolamento social, interferindo na qualidade de vida.

Em referência aos requisitos de autocuidado por desvio de saúde, notou-se elevada frequência de pacientes que já haviam se internado outras vezes após o diagnóstico de HIV (41,7%) e que haviam apresentado infecções oportunistas anteriormente (45,8%). Este é um dado importante, pois 43,7% dos pacientes vinham sendo acompanhados para o HIV. Tal aspecto tem relação com os baixos níveis de linfócitos TCD4+ apontados na caracterização clínica dos pacientes, bem como com a falha no seguimento terapêutico porquanto há um alto percentual de dificuldades de adesão (51,7%) entre os pacientes que fazem uso da TARV (60,4%), implicando também na dificuldade de comparecer às consultas agendadas com o infectologista (33,3%).

Após a análise dos dados do histórico, constatou-se que as questões elaboradas por meio dos requisitos de autocuidado postulados por Orem foram determinantes para colher informações pertinentes para traçar um perfil clínico, de saúde-doença, social, de vulnerabilidades e potencialidades de cada paciente. Portanto, contribuiu para identificação dos déficits de autocuidado, diagnósticos e intervenções de enfermagem nas consultas de acompanhamento. Bem como forneceram uma linha de base para avaliação da evolução do paciente a cada mês e no final do tratamento.

Como identificado, o déficit de autocuidado mais freqüente entre os pacientes acompanhados nas consultas de enfermagem foi o apoio social inadequado (66,7%), seguido de dificuldade de acesso ao serviço por carência de transporte (60,4%) e falta de conhecimento a respeito da doença e manejo terapêutico desta (43,8%).

No tocante à carência de apoio social, principalmente familiar, foi verificado ainda durante a realização do histórico, como discutido. Embora este seja um déficit comum e de difícil abordagem e resolução, intervenções foram implementadas de forma constante, nas quais sempre o paciente atuava como protagonista na resolução da situação mediante apoio para o seu empoderamento.

Conforme os dados, o déficit relacionado à incapacidade de se deslocar da residência ao serviço de saúde esteve muito presente pelo fato de grande parte dos pacientes ser proveniente de municípios do interior do Estado (46%). Portanto, apesar de haver no ambulatório o incentivo de vale-transporte, estes pacientes dependem de veículos das prefeituras que, em alguns casos, determinam horários de chegada e saída do serviço de acordo com a demanda.

Ademais, alguns pacientes relataram não utilizar o transporte da prefeitura por receio da desconfiança dos conterrâneos sobre sua soropositividade, tendo em vista o desembarque ser em um hospital especializado em HIV/aids. Outros pacientes mentiam sobre

o local da sua consulta. Desciam do transporte em frente ao Hospital Universitário Walter Cantídio e vinham caminhando até o Hospital São José. Após atendimento, retornavam ao local onde desembarcaram para aguardar novamente o transporte.

Travassos e Viacava (2007) também apontam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde relativa a pacientes provenientes de áreas rurais. Segundo sugerem os autores, a distância dos serviços pode ser compensada por medidas como a facilitação de transporte, a presença de sistema de referência aos serviços hospitalares e mecanismos de acolhimento que facilitem a obtenção de cuidado. Porém estas medidas entram se contrapõem à preservação do sigilo da condição sorológica dos pacientes.

A falta de conhecimento sobre a doença e terapêutica foi outro déficit comum verificado no histórico, porém mais facilmente sanável do que os mencionados anteriormente. Desse modo, foi sendo devidamente manejado durante o acompanhamento dos pacientes. Quanto a isso, outro estudo mostrou resultado semelhante. Assunção, Seabra e Figueiredo (2009) constataram que a falta de conhecimento em relação à tuberculose foi uma categoria observada nas entrevistas. Muitos dos pacientes não possuíam informações mínimas sobre a doença, formas de contágio e existência de tratamento ambulatorial. O conhecimento/desconhecimento sobre a doença tende a ser um empecilho na vida diária da maioria dos doentes. Muitas vezes estes carregam uma bagagem de conhecimento recheada de tabus e informações errôneas sobre a doença, quer seja sobre seu modo de transmissão, quer seja sobre sua evolução ou contágio, dificultando assim a adaptação destes à sociedade.

No relacionado à relevância da identificação dos déficits de autocuidado para a práxis da enfermagem, De acordo com Vitor, Lopes e Araújo (2010), a aplicação da Teoria de Orem viabiliza a elaboração de métodos de auxílio, ações voltadas para agir ou fazer para outra pessoa, conduzir e orientar, oferecer apoio físico e psicológico, adequar o ambiente ao desenvolvimento pessoal e, por fim, ações focalizadas no ensino.

Relativo aos principais déficits demonstrados no Quadro 2, muitos deles foram percebidos durante o histórico, outros foram verificados durante as demais consultas de acompanhamento. Neste sentido, a atenção do enfermeiro para detecção destes déficits de autocuidado deve ser ampla e contínua.

Na classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA, há o Déficit de Autocuidado, o qual é definido como “redução da capacidade (de caráter temporário, permanente ou progressivo) de realizar independentemente as atividades de alimentar-se, tomar banho/limpar-se, vestir-se, arrumar-se ou higiene íntima” (NANDA, 2009/2010). Esta definição é reducionista quando comparada ao déficit de autocuidado postulado por Orem que, como abordado anteriormente, abrange ainda as dificuldades ou incapacidades de realizar por si só ações de manutenção e melhoria da saúde.

A partir da determinação dos déficits de autocuidado e necessidades específicas e particulares dos pacientes, elaborou-se o plano de cuidados que consistia de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Como anteriormente esclarecido, os diagnósticos foram subsidiados pela taxonomia da NANDA e as intervenções através da classificação NIC.

Diante dos resultados, pode-se notar que os diagnósticos determinados, bem como as intervenções implementadas, abrangeram tanto os déficits de autocuidado como necessidades e reações percebidas. A abordagem durante as consultas de seguimento considerou, ainda, a estrutura de acompanhamento recomendada pelo PNCT (Brasil, 2010b).

Neste sentido, as classificações das práticas de enfermagem, agregadas à consulta, visam atender os diferentes tipos de demanda, de forma individualizada, considerando também aspectos da situação socioeconômica e cultural. O formato sistematizado de consulta é capaz de potencializar a avaliação processual de resultados e impactos da ação de enfermagem, bem como permite a captura de padrões diferenciados das suas práticas em

diferentes contextos (SILVA et al., 2010). Durante a aplicação deste modelo de consulta buscou-se a adequação nesta perspectiva.

Em suma, a consulta de enfermagem implicou intervenções e reforços periódicos e avaliação das necessidades dos indivíduos, bem como dos fatores passíveis de afetar o autocuidado. Desse modo, as ações educativas foram implementadas após a determinação do conhecimento prévio do paciente. Quanto aos diagnósticos e intervenções de enfermagem, constituíram-se de avaliação da assistência prestada e dos resultados obtidos, além da decisão referente a mudanças a serem Efetivadas. Estes aspectos foram verificados de forma muito semelhante em outra clientela, no estudo de Curcio, Lima e Torres (2009), que testaram um protocolo de consulta para pacientes diabéticos usando a Teoria do Autocuidado.

## **6.2 Caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos do estudo**

Consoante evidenciado, as demandas advindas do crescimento do número de pacientes com coinfeção HIV/TB exigem que o enfermeiro, ao implementar a consulta de enfermagem, desempenhe papel protagonista no combate à doença (OBLITAS et al., 2010). Deste modo, se faz necessário conhecer o perfil e comportamento epidemiológico da patologia, bem como a dinâmica clínica e social dos pacientes acometidos.

Conforme Garfein et al. (2010), a coinfeção HIV/tuberculose é uma condição grave que possui diversos determinantes para sua morbi-mortalidade, pois se desenvolve em situações de pobreza e iniquidade social. Na associação da TB e HIV, outros aspectos implicam a evolução fisiopatológica da doença, diagnóstico, tratamento e a perspectiva do paciente em lidar com as duas patologias.

Nesse âmbito, alguns dados são determinantes. No presente estudo, a idade média encontrava-se em adultos jovens em plena fase produtiva da vida profissional (35,12 no grupo

exposto e 34,96 no grupo não exposto). Tais aspectos produzem repercussões sociais desfavoráveis para o paciente, família e sociedade. Estudos em vários países revelam resultados semelhantes, os quais coincidem com a prevalência de aids, ainda maior em adultos jovens (UNAIDS, 2010).

Em Tijuana no México, o estudo de Garfein et al. (2010), que analisaram a presença de TB latente e ativa em pacientes com HIV, constataram média de 36 anos de idade. Em pesquisa realizada na Coreia do Sul, Lee et al. (2010) verificaram o perfil de pacientes coinfectados e encontraram média de 39 anos. Já segundo o estudo de Middelkoop et al. (2011), sobre pacientes com coinfeção HIV/TB que faziam uso de TARV em uma comunidade da África do Sul, estes apresentavam média etária de 32 anos. Quanto a dados brasileiros, o estudo de Ravetti e Pedroso (2009) revela uma faixa etária de 39,4 anos em pacientes soropositivos em Minas Gerais. Como observado, as médias de idade apontadas nos referidos trabalhos encontram-se entre 30 e 39 anos, corroborando com a média constatada nesta tese.

Em contraponto, Lacerda et al. (2009), ao traçarem perfil epidemiológico de pacientes coinfectados em Vitória-ES, verificaram que 46,7% da amostra estava na faixa etária acima de 40 anos, enquanto Cheade et al.(2009) encontraram pessoas infectadas com idade superior a 50 anos em Mato Grosso do Sul. De forma semelhante, no estudo em tela, pessoas com mais de 40 anos fizeram parte da amostra. Estas idades são o reflexo de uma das tendências atuais da aids, o envelhecimento, que assinala um crescimento de indivíduos soropositivos para o HIV entre pessoas com idades mais avançadas (UNAIDS, 2010; BRASIL, 2009).

Como advertem Lacerda et al. (2009), a idade acima de 40 anos denota um risco maior de os indivíduos apresentarem formas clínicas graves e, conseqüentemente, óbito, em virtude das alterações imunológicas próprias da idade em conjunto com as alterações

relacionadas à aids. Isto porque um dos sistemas fisiológicos mais afetados pelo envelhecimento é o imunológico. A expressão clínica da denominada imunossenescência depende da presença de comorbidades e exposições a outros fatores ambientais ou infecções. Decorre de limitação na expansão clonal das células T e involução do timo, com consequente disfunção das células T (SILVA et al., 2010).

Em consonância com o apontado nesta tese, a redução da vida ativa laboral com o adoecimento pode ter influencia na renda familiar dos coinfectados HIV/TB. No presente estudo, houve predomínio de indivíduos com renda inferior a dois salários mínimos em ambos os grupos. Tendo em vista a debilidade causada pela coinfeção, a saída do trabalho para consultas médicas ou mesmo a apresentação de atestados ou licenças médicas prejudicam as relações de trabalho e podem reduzir a renda familiar, e, portanto, a condição financeira.

Como evidenciado, o fenômeno da pauperização é observado em diversos estudos (GAO et al., 2010; LEE et al., 2010; PARENTI et al., 2005) segundo os quais a coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* e HIV acomete majoritariamente indivíduos que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis.

A questão do emprego e renda foi abordada no estudo de Rie, Westrich e Sanne (2010) realizado em Joanesburgo, África do Sul. Conforme verificaram os pesquisadores, ao analisarem a incidência de tuberculose em pacientes soropositivos, apenas 31,6% dos sujeitos da pesquisa estavam empregados, enquanto os demais não tinham fonte de renda fixa.

Tal como para qualquer cidadão, a inclusão social do portador do HIV no mercado de trabalho é considerada favorável para a sua qualidade de vida. Entretanto, por vezes é incompatível manter um trabalho para gerar renda familiar e estar acometido de doença infecciosa. Como asseveram pesquisadores (GARRIDO et al., 2007) em relação à situação de estigma no trabalho, mesmo apresentando atestados médicos que não continham o diagnóstico, as ausências do trabalho geravam desconfiança por parte dos patrões e colegas

de trabalho, que questionavam a finalidade do tratamento. Muitas vezes, para não revelar a sorologia e por medo de sofrer preconceitos, os trabalhadores preferiam sair do emprego ou tentar conseguir aposentadoria. Deste modo, o desemprego implica a redução ou ausência de renda familiar ou a aposentadoria, que normalmente corresponde a um salário mínimo, e contribui para a pobreza.

Além da debilidade física para o trabalho e o medo do preconceito, que induzem a atitudes de recolhimento, a baixa escolaridade é considerada como fator predisponente à pouca qualificação para o trabalho e, conseqüentemente, ao desemprego ou a subempregos, colaborando para baixa renda dos pacientes coinfectados (CHEADE et al., 2009).

Pesquisas de Gao et al. (2010) e Garfein et al. (2010), desenvolvidas na China e México, respectivamente, revelaram níveis de escolaridade baixos entre coinfectados pelo HIV/TB. Igualmente, neste trabalho, evidenciou-se a baixa escolaridade, pois mais da metade dos pacientes não concluiu o ensino médio, além de analfabetos e com ensino fundamental incompleto.

Na vigência da pouca escolaridade há reduzidas oportunidades profissionais, conforme Dean e Fenton (2010), restringindo-os a condições desfavoráveis de vida e emprego, mantendo ou dilatando o estado de pobreza. Desse modo, fomenta-se a manutenção de condições sociais desfavoráveis e um ambiente propício ao incremento da prevalência de tuberculose.

Muitas vezes, a vida em família pode afetar a situação socioeconômica, pois, devido à baixa renda, há uma precarização das condições de alimentação e moradia, entre outras necessidades, de todos os membros. Quanto a este aspecto, como afirmaram Garrido et al. (2007), a dinâmica familiar e os filhos elevam a preocupação com as questões financeiras e levam ao sentimento de humilhação por serem incapazes de suprir as necessidades básicas da família. Acirram-se, então, o sofrimento psíquico e o prejuízo na qualidade de vida. Em

contraposição a essa situação, conforme estudos (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008; CARVALHO; GALVÃO, 2008) divulgam, na vigência do HIV as relações familiares favorecem ações de autocuidado relacionadas ao medo de morrer e deixar os filhos desamparados.

Segundo mostram os resultados deste estudo, a maioria dos pacientes em ambos os grupos estava sem parceiro fixo. Características idênticas foram encontradas na pesquisa de Lacerda et al. (2010) no Espírito Santo, onde 53,2% eram solteiros. Ravetti e Pedroso (2009) detectaram, entre solteiros e viúvos, um percentual de 56,6%. O estudo de Gao et al. (2010) revelou que este percentual chega a 65% na China.

No estudo em tela evidenciou-se a sorodiscordância do HIV do parceiro. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), a testagem sorológica anti-HIV, bem como a avaliação de tuberculose é situação necessária aos parceiros do infectado. Durante a prática assistencial a testagem do parceiro era realizada no decorrer do tratamento, entretanto, relatar a situação aos parceiros, muitas vezes, era um processo difícil. Também a ocorrência de separações, a demora na realização do exame e devolução dos resultados ocasionavam ausência de acompanhamento do parceiro.

Neste aspecto, é preciso implementar estratégias para ampliar a testagem e acompanhamento dos indivíduos que coabitam com o coinfetado com vistas a promover o direito à saúde de todos. Conforme Brasil (2008b), a testagem de parceiros de pessoas infectadas pelo HIV é imperativo ético, legal e de saúde pública, e deve ser viabilizada por meio do aconselhamento do paciente em unidades de saúde que oferecem o serviço.

Desde os anos 1990 a população masculina tem sido mais vulnerável e prevalente para coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* e HIV, apesar da tendência de feminilização da aids em curso na última década (CHEADE et al., 2009).

Lee et al. (2010) reforçam que a maior parte dos pacientes com coinfeção HIV/TB são jovens do sexo masculino, em decorrência da elevada atividade sexual, além de vulnerabilidades, como maior exposição ao uso de drogas e alcoolismo.

Ainda quanto ao sexo, segundo aponta o estudo de Middelkoop et al. (2011), 55% dos indivíduos pesquisados eram do sexo masculino, similar ao achado de Garfein et al. (2010), no qual o percentual de homens foi 69%. Semelhante à ocorrência mundial, na presente investigação houve predomínio expressivo do sexo masculino entre os pacientes coinfectados.

Em relação às formas clínicas da tuberculose, a pulmonar prevaleceu neste estudo. Apesar de haver maior frequência de formas extrapulmonares e disseminadas em pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 2010b) do que em pessoas imunocompetentes, a manifestação pulmonar ainda é mais elevada.

Esta constatação também foi feita por Rie, Westrich e Sanne (2010), na África do Sul, ao detectarem 77,8% de tuberculose pulmonar; e por Santos et al. (2009), em São José do Rio Preto, ao verificarem 52,9% desta apresentação clínica. Embora em diferentes regiões do mundo, os estudos indiquem a prevalência da forma pulmonar da tuberculose entre pacientes soropositivos, Ramos, Reyes e Tesfamarian (2010) estudaram as características da tuberculose na Etiópia e relataram uma prevalência de TB pulmonar de 68,2% entre coinfectedos. Eles justificam a relação da forma clínica com a imunidade precária dos pacientes.

Em pessoas imunocompetentes, em média 85%, o órgão afetado pela TB é o pulmão. Entretanto, nas pessoas com HIV/aids observa-se o aumento das formas extrapulmonares. A TB extrapulmonar costuma ser mais frequente em pacientes com contagem de CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>. Nesta população com baixa imunidade, a

forma pulmonar também ocorre, porém com manifestações atípicas, normalmente mais graves (PALOU et al., 2010).

Das formas clínicas extrapulmonares, no presente estudo sobressaiu a ganglionar periférica, seguida pela pleural. Achados semelhantes foram observados em outros estudos realizados em diversas regiões do mundo. Consoante refere Palou (2010), em Honduras, a ordem de maior frequência de formas de TB extrapulmonar é ganglionar, pleural e meníngea. Ramos, Reyes e Tesfamarian (2010) também verificaram maior prevalência da forma ganglionar em seu estudo realizado na Etiópia. Conforme Lee et al. (2010), na Coreia do Sul, a forma mais prevalente foi a pleural, seguida da ganglionar. No Brasil, de acordo com Lacerda et al. (2009), em Vitória-ES as formas extrapulmonares mais frequentes foram ganglionar, pleural e cutânea.

Segundo recomendado pelas diretrizes do Manual de Combate à Tuberculose (BRASIL, 2010b), o diagnóstico bacteriológico é mais importante na coinfeção para confirmar a presença de TB ativa e realizar o diagnóstico diferencial com outros agravos e conhecer o perfil de sensibilidade aos medicamentos para TB. Neste âmbito, a coleta de escarro para baciloscopia (pesquisa de BAAR), cultura, identificação da espécie e realização de Teste de Sensibilidade (TS) devem ser insistentemente feitos como rotina de investigação de casos suspeitos de TB, utilizando, quando necessário, o escarro induzido ou broncoscopia.

Na presente investigação observou-se reduzida percentagem de clientes sem resultados da pesquisa de BAAR. As razões das amostras não colhidas ocorreram em virtude, principalmente, da ausência de expectoração. Palou (2010) refere que em todo paciente soropositivo com sintomas respiratórios deve-se efetuar pelo menos três baciloscopias, os quais podem ser positivas em 40 a 80% dos casos. A apresentação de baciloscopias negativas não descarta TB entre estes pacientes. Semelhante, no estudo de Lee et (2010), todos os pacientes foram submetidos à baciloscopia, mas apenas 38% foi positiva. Nsubunga et al.

(2002) apontaram um total de 28% de baciloscopias positivas, implicando a necessidade da complementação da investigação com o purified protein derivative (PPD).

Ainda na presente investigação, em face dos resultados negativos de baciloscopia terem ocorrido em maior número no grupo exposto, os pacientes pertencentes a este grupo foram significativamente mais testados com o PPD quando comparados aos do grupo não exposto. Como percebeu-se, a grande maioria dos pacientes testados obteve resultado reator ao PPD. No estudo de Garfein et al. (2010), observou-se uma prevalência de 57% de resultados de PPD reatores. Já o estudo de Lacerda et al. (2010) foi similar aos resultados ora encontrados, com 94,8% de casos reatores à prova tuberculínica.

O PPD, teste de hipersensibilidade cutânea, de leitura tardia, é usado como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose. Este teste, se interpretado de maneira isolada, indica apenas infecção, e não tuberculose em atividade. Indivíduos com a coinfeção HIV/TB costumam responder ao PPD como não reatores, diferentemente do encontrado em doentes com tuberculose apenas (SOUZA et al., 2006).

A evolução natural da infecção pelo HIV é acompanhada pela contagem dos linfócitos T CD4+. Este exame está disponível em todos os serviços em território nacional e é recomendado para se determinar o grau de imunossupressão e decidir sobre a necessidade de outras medidas de tratamento (SILVA et al., 2010). É, portanto, um exame fundamental para análise da imunidade, como também para o diagnóstico de aids.

Para o Programa Nacional de DST/aids (BRASIL, 2004), a contagem de linfócitos TCD4+ < 350 células/mm<sup>3</sup> é baixa. No presente estudo, o alto percentual de portadores de HIV com contagem de células T CD4+ ≤ 350 células/mm<sup>3</sup>, no início do tratamento da tuberculose, nos dois grupos estudados, indica o acesso tardio dos clientes ao serviço e, ainda, revela fase avançada de comprometimento imunológico, demonstrando a gravidade clínica dos clientes coinfectados.

Cheade et al. (2009) em Mato Grosso do Sul e Middelkoop et al. (2011) na África do Sul demonstraram resultados semelhantes ao do estudo em tela quanto à contagem de células T CD4. Entretanto, na China, Gao et al. (2010) verificaram a ocorrência de casos de TB pulmonar em indivíduos com níveis de células T CD4+ acima de 350 células/mm<sup>3</sup>, enquanto a ocorrência de formas graves e extrapulmonares se relacionou a níveis abaixo deste referencial.

Em virtude dos diferentes aspectos inerentes à caracterização sociodemográfica, epidemiológica e clínica dos coinfectados HIV/TB do presente estudo, constataram-se semelhanças às informações divulgadas. Tais aspectos são fundamentais para compreensão e direcionamento coerente do cuidado da enfermagem. Contudo, não era intenção observar diferenças entre os grupos participantes na presente investigação, pois o objetivo maior direcionava-se à avaliação das intervenções de enfermagem quanto à adesão e qualidade de vida.

### **6.3 Avaliação da efetividade da consulta de enfermagem na adesão e qualidade de vida dos pacientes com coinfeção HIV/TB**

Conforme a sequência lógica apontada nos procedimentos metodológicos, esta seção será iniciada com a discussão acerca da avaliação da qualidade de vida dos pacientes, por meio dos resultados provenientes da aplicação da escala HaT-QoL. Posteriormente serão demonstradas as relações com a adesão e o desfecho dos casos de TB.

Cada vez mais se discute a importância da qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas e a influência desta na evolução clínica dos pacientes. Conforme Francolino et al. (2010), no meio científico existem numerosos estudos destinados

a medir o peso das variáveis biológicas e os tratamentos e o benefício proporcionado aos pacientes cronicamente doentes.

Considerando que, na atualidade, a infecção pelo HIV/aids assumiu caráter crônico, principalmente após a introdução da HAART, como apontam Geocze et al. (2010), há uma correlação equivocada entre a qualidade de vida do paciente soropositivo e o uso correto da medicação, em que a primeira apenas é alcançada por meio do segundo. No entanto, a qualidade de vida não se resume apenas ao uso do medicamento; mas envolve vários outros aspectos da vida das pessoas.

Neste sentido, a escala HaT-QoL propiciou observar, em seus domínios, essas nuances. Neste estudo, compararam-se os escores obtidos por cada grupo antes e após o acompanhamento da enfermagem no ambulatório de coinfeção HIV/TB. Também subsidiou o comparativo entre a qualidade de vida dos pacientes pertencentes ao grupo exposto, os quais foram submetidos ao modelo de consulta proposto.

Como demonstrado nos resultados (Tabela 6), a princípio a qualidade de vida dos pacientes de ambos os grupos estava muito comprometida. Houve diferença estatística somente no domínio preocupações financeiras ( $p=0,001$ ), no qual a média do grupo não exposto foi maior. Todavia, os domínios preocupação com sigilo e preocupação com a saúde foram os mais prejudicados, obtendo médias de escores variáveis de 17,8 a 23,2, ou seja, muito abaixo do preconizado pela referência 50 para a avaliação da escala.

Outros domínios também estavam prejudicados em ambos os grupos, como atividades gerais, atividades sexuais e aceitação do HIV, porém em menores proporções do que as anteriores. Isto denota haver inúmeras interferências sobre o bem-estar destes pacientes.

No paciente soropositivo, o adoecimento possui uma dimensão além das alterações físicas decorrentes das manifestações clínicas. Nesta ótica, o comprometimento da qualidade

de vida abrange as relações familiares, condições para o trabalho e a consciência de estar com aids propriamente dita.

Quanto a esta realidade, os estudos de Carneiro (2010), Geocze et al. (2010) e Rüütel et al. (2009) verificaram a qualidade de vida de pacientes com HIV/aids utilizando instrumentos diferentes e segundo constataram, os escores mais favoráveis eram demonstrados em pacientes na fase assintomática, enquanto os menos favoráveis no estágio aids.

No tocante à manifestação da tuberculose, Deribew et al. (2009) compararam a qualidade de vida de pacientes soropositivos com e sem tuberculose associada, sendo verificado que os pacientes portadores da TB doença (excluindo os com TB latente) possuíam índices de qualidade de vida 60% menores do que os pacientes sem sintomas de TB.

Destaca-se que os sujeitos da pesquisa ora discutida estavam, em sua maioria, incluídos no estágio aids da infecção pelo HIV, conforme as médias muito baixas de contagem de linfócitos T CD4+ (abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>) e por manifestarem os sintomas da tuberculose. Tais aspectos alteram a rotina dos pacientes e os impede de conduzir a vida de maneira a realizar suas atividades do dia-a-dia (prejuízo nas atividades gerais).

Ainda, como muitos pacientes haviam conhecido seu *status* sorológico para o HIV próximo ou concomitantemente ao diagnóstico de TB, podia-se perceber algumas fases de luto dos sujeitos, principalmente negação, medo e raiva, prejudicando sua aceitação. Entre os paciente já acompanhados no ambulatório de HIV anteriormente à TB, também havia manifestações de medo e tristeza, por saberem estar evoluindo para uma fase mais crítica, ou seja, a aids propriamente dita. Deribew et al. (2009) encontraram resultados semelhantes, nos quais pacientes recém-diagnosticados como soropositivos demonstraram depressão e medo do estigma de maneira significativa.

Em relação ao prejuízo na qualidade de vida inerente às preocupações financeiras, está associado à baixa renda familiar detectada na amostra que afeta a sobrevivência dos indivíduos, o sustento da família e a própria condução do tratamento. Neste sentido, a condição econômica exerce um papel marcante na vida das pessoas e, portanto, em sua qualidade, por envolver o conflito entre o sustento próprio e o acesso dificultado ao trabalho e renda, segundo Carneiro (2010), seja pela falta de condições físicas pertinentes ao adoecimento, pelo medo do preconceito ou pela baixa escolaridade e qualificação.

Os estudos de Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004), Sousa e Silva (2010) e Neves, Reis e Gir (2009) também apontaram esta perspectiva, na qual a qualidade de vida dos sujeitos de estudo estava atrelada a melhores condições financeiras. Além destes estudos brasileiros, o trabalho realizado na Estônia por Rüütel et al. (2009) demonstrou que indivíduos empregados e com renda possuíam melhores níveis de qualidade de vida.

No concernente à preocupação com o sigilo sobre a infecção, domínio que aborda questões relativas ao receio de informar às pessoas em seu entorno quanto à soropositividade, pode estar relacionado ao medo do portador ou doente de, ao tornar conhecido seu diagnóstico, sofrer preconceitos e estigmatização.

Relativo a esta preocupação, como exposto por Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004) e Soárez et al. (2009), ao contrário, nos períodos anteriores à era dos antirretrovirais, o relato do diagnóstico à família e amigos não era uma questão de escolha, mas sim de necessidade, pois as consequências clínicas das doenças oportunistas eram rápidas e a debilitação física evidente. Dessa forma, os pacientes eram obrigados a falar com mais frequência da sua doença do que hoje.

Porém, com o advento da HAART, grande parte dos indivíduos soropositivos esconde o fato de estarem contaminados, pelo maior tempo e da melhor maneira possível, ingressando na clandestinidade quanto à sua condição. Com isso, tentam driblar o isolamento

social ao qual poderiam estar submetidos, inevitavelmente, na maioria das vezes, caso se declarassem portadores do HIV (GALVÃO, CERQUEIRA E MARCONDES-MACHADO, 2004).

Vale ressaltar que o sigilo e privacidade são direitos da pessoa e derivam do conceito de autonomia. Conforme Ferreira e Nichiata (2008), a privacidade parte do princípio segundo o qual a pessoa é autônoma para decidir a quem e como deseja permitir quais informações a respeito de suas condições de saúde devem ser confidenciais. Consoante as autoras enfatizam, algumas pessoas têm uma representação da aids pautada no preconceito e no medo causado pela discriminação. Tal fato ocorre inclusive até entre profissionais de saúde. Portanto, a manutenção do segredo se justifica pelo alto índice de desinformação das pessoas, que resulta em reações preconceituosas.

Diante destas situações, de acordo com Seoane e Fortes (2009), o recurso utilizado pelos indivíduos para manter oculta sua contaminação também serve para proteger os familiares e filhos da possível rejeição e discriminação; também servem para proteger seus empregos/trabalhos de possíveis demissões decorrentes do preconceito. Este último aspecto é um dos questionamentos do domínio, assim resumido: “nas últimas quatro semanas, fiquei preocupado pensando que poderia perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrissem que estou com HIV”. Implica, pois, a interrelação com o domínio preocupações financeiras.

Quanto ao domínio inerente a preocupações com a saúde, que investiga a ansiedade dos indivíduos em viver com o vírus, também apresentou baixíssimos escores (Tabela 6). Provavelmente, em virtude de as situações investigadas nesse domínio conduzirem a uma autoavaliação do paciente no tocante à sua atitude perante a preservação da própria saúde. Além disso, trata do conhecimento de parâmetros da imunidade (relativo à contagem de células CD4) e suas consequências e à preocupação com um prognóstico de morte,

preocupações que provavelmente estavam prejudicando o bem-estar. Todos estes aspectos também foram encontrados nos estudos de Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004) e Soárez et al. (2009).

No concernente ao domínio atividades sexuais, que investiga o interesse e a satisfação com a vida sexual, os baixos escores podem estar associados ao descobrimento recente da condição sorológica. Como expõem Deribew et al. (2009), os pacientes ao tomarem conhecimento de seu diagnóstico, experimentam conflitos quanto à sexualidade, com período de diminuição das atividades sexuais, por medo do relacionamento sexual, tendo em vista a forma de exposição mais prevalente ser a sexual. Outro aspecto a influenciar no interesse sexual é a debilidade física imposta pelo adoecimento, principalmente no caso da TB, pois, conforme Rüütel et al. (2009) e Gao et al. (2009), a sensação de fraqueza dificulta as relações sociais e sexuais, além do medo de transmitir a patologia para o parceiro.

Sobre as questões relativas às medicações, apesar de terem sido avaliadas e constar nos resultados deste estudo, funcionaram apenas como um modulador para auxiliar na avaliação da adesão por meio dos testes utilizados para este fim. Isto se justifica, pois os itens deste domínio dizem respeito à TARV especificamente e nem todos os pacientes faziam uso destas medicações, o que impediu a análise da influência deste aspecto na qualidade de vida dos sujeitos.

Portanto, os escores muito baixos de qualidade de vida observados durante a aplicação da HaT-QoL neste primeiro momento (cobretudo relacionados a preocupações financeiras, preocupação com o sigilo e preocupações com a saúde) em ambos os grupos, refletem os aspectos físicos, como a incapacidade para o trabalho e atividades diárias, bem como os aspectos psicológicos ligados ao medo da doença, da morte e do preconceito. A falta de conhecimento sobre a doença e tratamento, anteriormente discutida, também contribuiu para tais sentimentos.

Causou estranheza, neste estudo, os índices inerentes ao domínio satisfação com a vida, o qual não se revelou comprometido (Tabela 6). Este domínio relaciona-se à motivação em aproveitar a vida, ser socialmente ativo e sentir-se bem consigo mesmo. Provavelmente, esta discrepância ocorreu em virtude do desejo dos pacientes de se sentirem melhor, apesar da doença e suas consequências. Quanto a estas questões, Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004) e Soárez et al. (2009) apresentaram resultados bem diferentes, nos quais houve prejuízo no referido domínio por causa da falta de controle sobre a doença, escassos recursos financeiros, reduzido apoio social e familiar e moradias em ambientes pouco favoráveis para suas aspirações.

Como observado, o domínio detentor de boas médias de escores foi a confiança no profissional. Neste estudo, o profissional escolhido foi o médico, pois se fosse questionado aos pacientes sobre a enfermeira poderia gerar uma pressão inconsciente para avaliar de uma forma mais positiva, tornando-se um dado de pouco valor. Destaca-se que os pacientes que faziam acompanhamento anterior para o HIV conheciam o ambulatório e os médicos, portanto já havia uma relação de confiança. Mas, como referem Carvalho e Galvão (2008), a confiança no médico é uma situação de demonstração da fé que o paciente deposita no profissional, motivado por um relacionamento terapêutico afinado. Este é fundamental para a continuidade do tratamento e acompanhamento destes sujeitos.

É importante citar que a caracterização sociodemográfica realizada no início do tratamento revelou alguns aspectos que Francolino et al. (2010) consideraram como influenciadores da qualidade de vida de pacientes soropositivos, como baixa escolaridade e situação conjugal sem parceria fixa.

Ao final do tratamento, verificou-se melhora da qualidade de vida em ambos os grupos, embora os escores não tenham chegado ao patamar de 50 (Tabela 7). Houve, porém, um incremento significativamente maior no grupo exposto quanto aos domínios função geral

( $p=0,002$ ), preocupações com a saúde ( $p=0,000$ ), aceitação do HIV ( $p=0,000$ ), satisfação com a vida ( $p=0,000$ ) e confiança no profissional ( $p=0,032$ ).

Quando comparados os resultados da HaT-QoL no início e no final do tratamento para TB entre os pacientes do grupo exposto (Tabela 8), notou-se uma melhora expressiva na grande maioria dos domínios, à exceção de função sexual e preocupações financeiras, que não obtiveram significância estatística.

Tais achados demonstram ter havido interferência positiva do modelo de consulta de enfermagem proposto sobre a qualidade de vida dos sujeitos. Diante da consulta de enfermagem convencional, o modelo proposto se revelou mais propício a auxiliar os pacientes no desenvolvimento da sua independência e adesão (a ser discutido mais adiante).

A qualidade de vida é um aspecto a ser considerado ao longo do processo terapêutico da aids e é um dos aspectos subjetivos a serem usados como parâmetro para a tomada de decisões quanto aos tratamentos e mudanças de terapias (GEOCZE et al., 2010). Relativo a isto, os resultados da primeira avaliação da qualidade de vida propiciaram uma atenção maior aos aspectos mais prejudicados durante as consultas de enfermagem subsequentes.

Alguns itens da escala eram comuns e outros complementavam as perguntas do histórico de enfermagem. Esta congruência facilitou a identificação de déficits de autocuidado importantes. Neste sentido, pôde-se realizar intersecções entre os déficits de autocuidado e os domínios de qualidade de vida comprometidos. Por exemplo, o apoio social inadequado foi o déficit mais frequente (Quadro 2) e estava relacionado com o prejuízo na função sexual, na preocupação com o sigilo e nas preocupações financeiras. Por conseguinte, a dificuldade de acesso ao serviço tinha ligação com os domínios de preocupações financeiras, atividades gerais e preocupação com o sigilo; e o déficit de autocuidado inerente à falta de conhecimento relacionava-se aos domínios conscientização sobre o HIV e preocupações com a saúde.

O reconhecimento destas intersecções influenciou na elaboração do plano de cuidados individualizado, ao se vislumbrar a melhoria da qualidade de vida mediante resolução ou minimização das demandas de autocuidado demonstradas pelos pacientes. Com isso, a prática de cuidar voltada para a redução de danos, o ensino constante, o empoderamento e o incentivo ao protagonismo dos sujeitos sobre sua condição de saúde foi valiosa para a condução das consultas e a obtenção dos resultados apresentados.

Por ser o conceito de qualidade de vida subjetivo e se representar por aspectos físicos, emocionais e sociais, o conhecimento e competência para ajudar os sujeitos na busca de manter ou melhorar os níveis desta qualidade estão inclusos implicitamente dentro do Modelo de Orem (1995). Neste sentido, na teoria, o autocuidado envolve um aprendizado no qual o paciente se empodera da capacidade de cuidar de si e direcionar seu tratamento em harmonia com o profissional. Com isso, os pacientes adquirem a capacidade de julgar se a ação de autocuidado é benéfica para eles, e esse julgamento ocorre de acordo com as orientações internas e/ou externas, ou seja, relacionadas com seus modos de vida e cultura associada com o conhecimento adquirido no cuidado de enfermagem.

Embora a consulta de enfermagem proposta e utilizada neste trabalho, como discutido, tenha contribuído significativamente para o incremento da qualidade de vida dos pacientes, a grande maioria dos domínios avaliados, mesmo após intervenção, não alcançaram o escore de referência estipulado. No entanto, a pesquisa de Guo et al. (2009) apresentou aspectos semelhantes, ao detectar que no final do tratamento para TB a função física melhorou rapidamente, enquanto a integridade no bem-estar psicológico persistiu por um longo período. Como os autores ressaltam, apesar de considerados curados microbiologicamente, os pacientes permaneceram pobres e com receio do estigma social; portanto, com a qualidade de vida prejudicada.

No tocante às questões de pobreza e falta de apoio social, há limitações para atuação dos profissionais de saúde, incluindo-se os enfermeiros. Porém a enfermagem contribui para melhoria destes aspectos, sob o prisma da promoção da saúde, na ajuda para o empoderamento dos sujeitos, mobilização de redes sociais de apoio por meio do trabalho interdisciplinar e interinstitucional (OBLITAS et al., 2010). Como envolve fatores políticos e sociais, a melhoria da qualidade de vida nestes aspectos não é alcançada com facilidade.

Além disso, deve-se observar pela ótica da continuidade da infecção pelo HIV. Apesar do êxito do tratamento para tuberculose, estes pacientes continuam a conviver com HIV/aids, logo, com o fantasma do preconceito e do adoecimento.

Estas nuances ficaram claras neste estudo, pois, no grupo exposto, os domínios atividades gerais, preocupações com a saúde, conscientização sobre HIV, satisfação com a vida e confiança no profissional foram os que obtiveram os melhores escores quando comparados aos do grupo não exposto. Estes domínios estão mais associados à obtenção de conhecimentos, melhora clínica, aprendizado do autocuidado e melhoria da adaptação à condição sorológica.

Na maioria das vezes, o tratamento medicamentoso leva o paciente à cura e, portanto, à melhoria dos domínios concernentes à redução dos sintomas da tuberculose, como as atividades gerais e a preocupação com a saúde. No entanto, o tratamento por si só pode resultar em um efeito contrário. Por exemplo, a mudança da rotina em ter de tomar muitas medicações e o surgimento de eventos adversos podem piorar a qualidade de vida. Da mesma forma, focalizar apenas a adesão medicamentosa não abrange as diversas dimensões que podem afetar a manutenção da saúde e qualidade de vida, em seus conceitos amplos.

Nesta perspectiva, durante a aplicação da consulta de enfermagem proposta, o incentivo à adesão foi planejado com base no conhecimento prévio dos pacientes sobre a doença e tratamento, sua cultura e formas de viver e lidar com a necessidade de tomar

medicamentos, no sentido de vincular ações de autocuidado, objetivando concomitantemente a qualidade de vida dos sujeitos.

No referente à adesão, conforme se pôde notar pela avaliação da escala de Moriski e Green, não se verificou diferença estatística entre os grupos. Porém, conforme a Tabela 10, houve um percentual maior de indivíduos aderentes no grupo exposto ao final do tratamento. Vale ressaltar que a segunda aplicação da escala foi feita entre os pacientes que terminaram o tratamento e que estavam em maior número no grupo exposto.

Além deste viés, como esta escala traduz o comportamento diante da tomada de remédios, apenas com respostas sim e não, o Instrumento de Avaliação da Dificuldade para Adesão contribuiu para esclarecer quais os fatores que estavam influenciando a adesão. Na primeira aplicação do instrumento, consoante percebeu-se, entre os pacientes classificados na faixa de nenhuma dificuldade em aderir o tratamento, 46,2% pertenciam ao grupo exposto e 53,8% no grupo não exposto. Estes percentuais à primeira vista parecem altos, mas ao analisar a Tabela 11 nota-se que se somados os pacientes pertencentes às demais categorias há uma concentração maior de pacientes com algum grau de dificuldade para adesão em ambos os grupos.

Como a avaliação da adesão inicial ocorreu na primeira consulta de enfermagem, em conjunto com o histórico e a HaT-QoL, pôde-se contemplar o perfil de necessidades e de déficits de autocuidado dos pacientes. Segundo o instrumento mostrou, os itens os medicamentos provocam efeitos indesejáveis, preciso de ajuda para tomar os remédios e tenho muitos remédios para tomar foram os mais citados e mereceram maior atenção durante o acompanhamento.

No tocante aos efeitos colaterais dos tuberculostáticos, conforme desmontrado por vários estudos, é um fator complicador da continuidade do tratamento, mesmo quando se tratam de efeitos colaterais menores como, por exemplo, náuseas e vômitos (RODRIGUES et

al., 2010; SOUSA; SILVA et al., 2010; NEVES; REIS; GIR, 2010; GEBERMARIAM; BJUNE; FRICH, 2010).

De acordo com o verificado neste estudo, a maior parte dos pacientes submetidos ao tratamento de TB conseguiu concluí-lo no período recomendado (entre 6 e 9 meses). Todavia, o trabalho de adesão foi árduo entre os pacientes usuários de TARV, em virtude do maior número de reações, e do quantitativo de medicamentos em diversos horários, que corresponde ao terceiro motivo mais frequente apontado pelos pacientes como entrave para a continuidade do tratamento. Tais aspectos são discutidos nos estudos de Sousa e Silva (2010), no Brasil; Gebermariam, Bjune e Frich (2010) na Etiópia; e Guo et al (2009) na China, demonstrando sua ocorrência em outras regiões do mundo.

Neste sentido, como afirmaram Rodrigues et al. (2010), quando o tratamento de TB está associado à terapia antirretroviral, as interações medicamentosas e reações adversas são maiores se comparadas aos indivíduos HIV negativo, pois a infecção pelo HIV predispõe à ocorrência de efeitos adversos, gerando um desafio para o paciente e profissionais que o acompanham.

Por estas razões, a avaliação da tolerância aos medicamentos foi um dos aspectos relativos à adesão repetidos em todas as consultas dentro do modelo proposto, mesmo sabendo-se que a maior prevalência de efeitos indesejados ocorre nas primeiras semanas de tratamento. No grupo exposto, em alguns casos houve mudança no esquema ARV, sendo reiniciadas as intervenções para adesão, principalmente na informação dos motivos da mudança e o manejo do tratamento (posologia, variações de horários, uso com alimentos e bebidas alcoólicas, etc.). Nos casos nos quais houve suspensão da TARV, para viabilizar a continuidade da terapia para TB, muitos pacientes revelaram medo de piorar, de surgirem outras infecções e de morrer, aspectos também abordados durante as consultas.

Em relação ao quantitativo de medicamentos, após a mudança do esquema de tratamento para TB, quando o paciente fazia uso apenas de tuberculostáticos, o entendimento da posologia era maior e as falhas por esquecimento eram menores do que por parte dos usuários de TARV ou de outras medicações profiláticas ou para tratar os efeitos colaterais. Quanto a isto, conforme Sousa e Silva (2010), Rodrigues et al. (2010) e Guo et al. (2009), o elevado número de medicamentos em horários diferentes é um dos principais fatores desestimuladores da adesão em pacientes coinfectados.

Nos casos de elevado número de medicações diferentes, no grupo exposto fez-se um plano de adesão junto com cada paciente, respeitando horários de trabalho, algumas crenças, horários de alimentação, redução de danos e associações que facilitassem a lembrança de tomar o remédio, além, claro, das características farmacológicas de cada medicamento.

Em referência à necessidade de ajuda para tomar a medicação, o segundo entrave mais apontado pelos pacientes para a adesão, mencionaram não apenas a dificuldade de enxergar as letras e diferenciar os remédios ou o esquecimento do horário da medicação, como também o auxílio financeiro para alimentação. Neste contexto, o aumento do apetite proporcionado pelos tuberculostáticos e a recomendação de ingestão junto a alimentos de alguns antirretrovirais geravam esta situação. Embora houvesse o incentivo da cesta básica, muitos pacientes dividiam o alimento recebido entre os membros da família. Desse modo, acabavam rapidamente.

Fatores como a baixa renda, o desemprego e as situações de licença com redução de salário também interferem na adesão, tanto pela falta de alimentos como pela dificuldade de pagar transporte para se deslocar ao centro de saúde. Sousa e Silva (2010) corroboram estes aspectos e acrescentam que, quando o paciente está de licença com redução salarial, em

muitos casos ele toma a decisão de abandonar o tratamento e retornar ao trabalho mesmo sem melhora clínica.

Os aspectos influenciadores da adesão verificados nas escalas como nos déficits de autocuidado identificados foram contemplados nos diagnósticos e intervenções de enfermagem durante as consultas de seguimento do grupo exposto. Ressalta-se que o diagnóstico de enfermagem controle ineficaz do regime terapêutico relacionado com dificuldades financeiras, conhecimento deficiente e apoio familiar insuficiente demonstrado no Quadro 3, é um dos diagnósticos mais comuns. No mencionado quadro, também estão dispostas as intervenções de enfermagem mais aplicadas entre os pacientes.

Neste sentido, enfatiza-se que o manejo do regime terapêutico do grupo exposto não se limitou apenas à tomada da medicação prescrita pelo médico, mas incluiu os fatores que interferiam na adesão e ações de autocuidado para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Segundo Geocze et al. (2010), a adesão e a qualidade de vida são interdependentes, e apesar de não ser o único aspecto influenciador da qualidade de vida em pessoas coinfetadas, o seguimento da terapêutica reduz a morbi-mortalidade e conduz ao retorno do bem-estar físico.

Ao final do tratamento, este estudo mostrou que não houve diferença estatística entre os grupos quanto à avaliação da adesão entre os grupos. Ainda como evidenciado, a educação em saúde realizada na consulta convencional, da qual também faziam parte métodos demonstrativos, obteve uma boa resposta relativa a adesão medicamentosa.

Porém, conforme se constatou, os pacientes do grupo exposto apresentaram menores índices de dificuldade de adesão (Tabela 12), além de menor percentual de abandono (25%) quando comparado ao grupo não exposto (37,5%).

De acordo com estes achados, a consulta de enfermagem fundamentada na Teoria de Orem exerceu influência positiva na adesão e alta por cura da tuberculose. Em relação aos

problemas evidenciados acerca da adesão, o Modelo Teórico de Orem contribuiu para auxiliar em sua resolução, porquanto fornece instruções para o relacionamento enfermeiro/paciente com fundamento na interdependência. Descreve-se, claramente, na teoria (OREM, 1995) a determinação do conceito de sujeito como possuidor do poder de autocuidar-se e da capacidade de realizar e regular o autocuidado. A tomada de decisão e o controle do comportamento partem do paciente, mas são compartilhadas e auxiliadas pelo enfermeiro.

Neste âmbito, o conhecimento das demandas de autocuidado auxilia o enfermeiro a reconhecer os fatores que poderão ser determinantes para a decisão do paciente no tocante à adesão. Também lhe propicia perceber os déficits ou falta de conhecimento do paciente acerca da doença ou do seu tratamento e que medidas poderão ser negociadas para melhorar ou manter a saúde.

Neste sentido, ao conhecer as demandas de autocuidado, ou seja, identificar necessidades ou fatores passíveis influenciar na adesão, parte-se para uma ação interligada ao ensino e auxílio na superação das limitações, sejam elas de conhecimento, culturais ou sociais. Neste sistema, as atribuições do paciente são direcionadas para tomada de decisão, controle do comportamento, aquisição de conhecimentos e habilidades. E como uma teia, interliga-se à motivação para o comportamento ativo do sujeito (paciente), o qual deverá estar envolvido no processo de planejamento e execução do autocuidado.

Segundo se pode constatar, os propósitos da teoria forneceram uma estrutura geral para a ação de enfermagem em relação ao seguimento da terapêutica. Ainda, subsidiaram um arquétipo relacional para a conduta de enfermagem, de maneira a estimular, facilitar e apoiar o autocuidado. Tendo em vista a íntima ligação entre autocuidado, seguimento da terapêutica e qualidade de vida, notou-se uma aproximação de conceitos tais como interlocução, desenvolvimento de habilidades e tomada de decisão informada e consciente. Com isso, na utilização dos preceitos da teoria, pôde-se presumir a tendência do paciente em seguir a

terapêutica ou não, a partir do conhecimento das suas necessidades reais e da sua capacidade e vontade de autocuidar-se. Deste modo, o planejamento da assistência se deu apropriadamente em consenso com o paciente.

Não obstante os resultados do grupo exposto terem se apresentado melhores nos diversos parâmetros avaliados no tocante à qualidade de vida e adesão, não é prudente concluir o total êxito da consulta de enfermagem proposta, em decorrência da elevada taxa de abandono. Mesmo com a evidência no grupo exposto de um percentual de abandono (25%) inferior ao índice médio de abandono do tratamento de TB no Brasil, que segundo Cheade et al. (2009) chega a aproximadamente 38% entre pacientes soropositivos para o HIV, acredita-se que algumas limitações durante a aplicação da consulta tenham concorrido para que este índice não fosse melhorado.

Com vistas a averiguar se havia fatores favorecedores de abandono, fez-se a correlação entre as formas de encerramento dos casos e as variáveis sociodemográficas e clínicas, porém não se verificou significância estatística na maioria das variáveis nos dois grupos. Apesar disto, algumas variáveis se demonstraram mais freqüentes, como a situação conjugal sem parceiro fixo, parceria soroconcordante, ausência de filhos e forma de aquisição sexual do HIV.

## 7 CONCLUSÕES

Conforme verificado nos resultados deste estudo, a coinfeção HIV/TB demanda não apenas cuidados clínicos ou farmacológicos, ou seja, ultrapassa o limite do biologicismo. Portanto, à enfermagem se impõe a necessidade de adequação do cuidar voltado para a perspectiva promotora de saúde.

Neste contexto, quanto ao primeiro objetivo, o modelo de consulta de enfermagem elaborado e validado para aplicação neste estudo se apresentou factível de ser reproduzido e utilizado no cotidiano como ferramenta importante para incentivar o autocuidado dos pacientes coinfectados. Os resultados a seguir ratificam esta conclusão:

- O emprego da Teoria do Autocuidado de Orem foi considerado apropriado pelos juízes, sendo organizado, claro e relevante para aplicação junto à clientela à qual se destina.
- Na aplicação da primeira consulta e histórico de enfermagem, a avaliação dos requisitos de autocuidado universais demonstrou que a maioria dos pacientes informou insuficiência da ingesta alimentar, em virtude de condições financeiras precárias; residiam com a família e/ou parceiro, mas sentiam necessidade de ocultar o diagnóstico. Relativo ao requisito de autocuidado desenvolvimental, a mudança no estilo de vida relacionada à doença mais citada foi a perda do emprego e a inépcia para o trabalho. Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde apresentaram elevado percentual de dificuldades de adesão entre os pacientes em uso da TARV.
- Durante o seguimento dos pacientes submetidos ao modelo de consulta de enfermagem proposto, os déficits de autocuidado mais frequentes foram apoio social inadequado, dificuldade de acesso ao serviço por carência de transporte e falta de conhecimento a respeito da doença e regime terapêutico.

- A consulta de enfermagem viabilizou o planejamento dos cuidados por meio do fundamento teórico, abrangendo tanto os déficits de autocuidado como necessidades e reações percebidas.

Destarte, o modelo de consulta contribuiu positivamente para a identificação dos déficits de autocuidado e de ações inter-relacionadas para solucioná-los em torno de objetivos alcançáveis: a cura da tuberculose, a adesão à terapia e melhoria da qualidade de vida.

Consoante indicaram os resultados inerentes à caracterização sociodemográfica, epidemiológica e clínica e à aplicação das escalas HaT-QoL, teste de Moriski e Green e avaliação da dificuldade para a adesão, o objetivo de avaliar a efetividade da consulta de enfermagem proposta na adesão e qualidade de vida dos pacientes foi alcançado, como se explicita:

- Em ambos os grupos, os pacientes em sua maioria eram adultos jovens do sexo masculino, com renda inferior a dois salários mínimos, baixa escolaridade; observou-se elevada frequência de parcerias sorodiscordantes; quanto às formas clínicas da tuberculose, a pulmonar foi prevalente; a TB ganglionar periférica foi a forma extrapulmonar mais comum; o PPD se mostrou reator na maioria dos pacientes testados; verificou-se alto percentual de portadores de HIV com contagem de células T CD4+  $\leq 350$  células/mm<sup>3</sup>, sendo parâmetro para definição de caso de aids.
- Quanto à qualidade de vida, na avaliação inicial em ambos os grupos estava muito comprometida, principalmente no inerente a preocupações financeiras, preocupação com o sigilo e preocupações com a saúde. Pela avaliação realizada no final do acompanhamento, o grupo exposto apresentou melhora significativamente maior na comparação com o grupo não exposto na maior parte dos domínios (atividades gerais, preocupações com a saúde, conscientização sobre o HIV, satisfação com a vida e confiança no profissional).

- No tocante à adesão, constatou-se na aplicação da escala de Moriski e Green não haver diferença estatística entre os grupos. Porém, no final do tratamento, houve um percentual mais elevado de pacientes aderentes no grupo exposto. Na avaliação do grau de dificuldade para adesão, constatou-se que os pacientes do grupo exposto demonstraram menores índices de dificuldade, além de menor percentual de abandono quando comparados aos do grupo não exposto.

Quanto à tese proposta, “A consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado é efetiva para a melhoria da adesão e qualidade de vida dos pacientes portadores de coinfeção HIV/TB”, pode-se concluir que foi confirmada, pois os achados demonstram ter havido interferência positiva do modelo de consulta de enfermagem proposto sobre a qualidade de vida dos sujeitos, na adesão e alta por cura da tuberculose.

Após a validação do conteúdo do construto e aplicação junto aos sujeitos aos quais ela se destina, observou-se a viabilidade de utilização desta ferramenta na prática cotidiana. Entretanto, como foi implementada em uma amostra pequena (48 sujeitos), notou-se a necessidade de ampliar a amostra para subsidiar adaptações para as diversas realidades de serviço no país. Isto demandará novos estudos de validade.

Por fim, acredita-se que o uso deste modelo de consulta de enfermagem, com subsídio em uma teoria de elevada importância para a assistência de enfermagem, poderá contribuir significativamente para a orientação do cuidado dos enfermeiros em benefício da qualidade assistencial, concorrendo para o alcance do objetivo crucial: promoção da saúde dos pacientes.

#### **- Limitações do estudo:**

Inicialmente, em nosso meio não existem estudos considerados *padrão ouro* sobre elaboração e validação de consulta de enfermagem voltada especificamente para pacientes

com coinfeção HIV/TB, o que permitiria ampliar não somente a discussão dos resultados aqui obtidos, mas gerar uma análise mais acurada do instrumento. Certamente, modificações devem ser consideradas para aplicações futuras.

Os estudos relacionados à adesão e qualidade de vida em pacientes coinfectados por HIV/TB são escassos. Tal escassez dificultou a comparação dos achados deste estudo com outros autores no tocante à discussão destes aspectos.

## 8 RECOMENDAÇÕES

A atuação em um ambulatório de coinfeção HIV/TB de um serviço público de saúde e os resultados deste trabalho suscitaram recomendações desde a esfera das políticas públicas até a atenção em saúde em nível local, a seguir:

- Apesar do conhecido esforço do PNCT e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, é necessário fortalecer e ampliar ainda mais a detecção precoce de HIV em pessoas com tuberculose, com a expansão da oferta e acesso à testagem.
- Urge a implantação de ações conjuntas dos órgãos supracitados, em nível nacional, para melhorar a detecção da tuberculose (latente ou infecção sintomática) em pacientes soropositivos, com o aumento da disponibilidade de exames, ampliação dos serviços especializados e investimento em recursos humanos (contratações e treinamentos).
- Instalação de sistema informatizado para referência e contrarreferência entre os serviços especializados e a atenção básica, no intuito de favorecer a comunicação entre os profissionais com mínimo risco de romper o sigilo sobre a situação sorológica dos pacientes, facilitando-lhes o acompanhamento, inclusive da implantação da estratégia DOTS, da avaliação de contactantes e da busca ativa de pacientes.
- Descentralização dos serviços especializados, com condições de imprimir bom atendimento, para melhorar o acesso dos pacientes.
- Treinamento/atualização dos profissionais de saúde para cuidar de pessoas portadoras de coinfeção HIV/TB, inclusive os que atuam na atenção básica.
- Manutenção e aprimoramento dos programas de incentivo à continuidade do tratamento, com a constância de auxílio alimentação (cestas básicas) e passe livre para transporte.

- Especificamente para a enfermagem, é imperativa a criação e implementação de tecnologias que auxiliem a assistência de enfermagem ao paciente coinfectado em todos os níveis de atenção à saúde, em face do aumento da prevalência deste agravo. Expõe-se como exemplo a consulta de enfermagem proposta e avaliada neste estudo.
- Em nível local, recomenda-se a reestruturação física e ampliação do ambulatório para propiciar melhores condições de trabalho e de conforto para os pacientes; redimensionamento de pessoal com vistas a aumentar o quantitativo de profissionais, principalmente enfermeiros, diante do aumento da demanda; utilização do espaço da sala de espera para sessões educativas em saúde; extensão da integração com as ONGs atuantes no hospital e apoio à ampliação do alcance do grupo de adesão já existente na instituição; implantação da consulta de enfermagem ora proposta para fornecer a assistência de enfermagem sistematizada e melhorar os registros em prontuário.

Os esforços necessários para prevenir e controlar a ocorrência de casos de coinfeção, bem como para tratar os casos diagnosticados e conduzir à cura da TB dos pacientes já doentes reduzindo a morbi-mortalidade, vão muito além dos apontados. No entanto, é indispensável o empenho maciço de gestores e da coordenação dos serviços de saúde no intento de implementação de ações com mais eficácia e celeridade possível para minimizar as consequências deste problema de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.C.F.; LOPES, M.V.O.; DAMASCENO, M.M.C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.39, n.2, p. 202-210, 2005.

ASSUNÇÃO, C.G.; SEABRA, J.D.R.; FIGUEIREDO, R.M. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 15, n. 2, ago. 2009.

BARROSO, L.; PEREIRA, K; ALMEIDA, P; GALVÃO, M. Compliance with antiretroviral treatment among patients with AIDS - a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006. Available from:  
<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/290>

BARTLETT, J.G. Tuberculosis and HIV infection: partners in human tragedy. **Journal of Infectious Diseases**, v. 196 (Suppl 1), p. 124–125, 2007.

BASTOS, D.S.; BORESTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.13, n.1 ,p. 92-99, jan./mar. 2004.

BOCK, N.N. et al. Tuberculosis infection control in resource-limited settings in the era of expanding HIV care and treatment. **Journal of Infectious Diseases**, v.196 (Suppl 1), p. 108-113, 2007.

BOTTI, M.L. et al. Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/aids. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.400-5, jul./set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico aids – DST**. Brasília, 2010a. Disponível em:  
[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010\\_preliminar\\_pdf\\_34434.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf) Acesso em: 10 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Combate à Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Série Manuais. Brasília, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Série Manuais nº 84. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Versão online. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>  
Acesso em: 05 nov 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008b.

CAETANO, J.A. A prática de auto-exame ocular em portadores do HIV. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Tese (Doutorado), Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2003, 200f.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR. M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n.1, p. 64-71, 2008.

CANTALICE FILHO, J. P. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 10, Oct. 2009 .

CARNEIRO, A.K.J. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com sorologia positiva para hiv, acompanhados ambulatorialmente no Instituto de Infectologia Emílio Ribas. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças. São Paulo, 2010, 101f.

CARRARO, T.E. Marco conceitual: subsídio para a assistência de enfermagem. **Rev Cogitare Enferm.**, v.3, n.2, p. 105-108, 1998.

CARVALHO, C.M.L; GALVÃO, M.T.G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p. 90-97, mar. 2008.

CHAVES, E.S.; ARAÚJO, T.L.; LOPES, M.V.O. Clareza da utilização dos sistemas sociais da teoria de alcance de metas. **Rev Esc Enferm USP**, v 41, n.4, p.698-704, 2007.

CHEADE, M.F.M. et al. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.42, n.2, p. 119-125, 2009.

CHINN, P.L.; KRAMER, M.K. **Theory and nursing: a sistematic approach**. 4. ed. St Louis: Mosby, 1995.

COLE, M. Compliance and infection control guidelines: a complex phenomenon. **British Journal of Nursing**, v. 17, n.11, [s/p], 2008.

COLOMBRINI, M.R.C., COLETA, M.F.D., LOPES, M.H.B.M. Fatores de risco para não adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.3, p. 490-5, 2008.

CONDE, M.B. et al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J. bras. pneumol.**, v.35,n.10, p.1018-1048, out. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo: COREn-SP, 1997. p. 101-2.

CONTI, M.A. et al . Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar. 2010.

CROZETA, K. et al. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, v. 23, n.2, p. 239-243, 2010.

CURCIO, R.; LIMA, M.H.M.; TORRES, H.C. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em insulinoterapia. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 3, p. 552-7, 2009.

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

DERIBEW, A. et al. Tuberculosis and HIV co-infection: its impact on quality of life. **Health Qual Life Outcomes**, v. 7, n. 105, dec. 2009. doi: 10.1186/1477-7525-7-105.

DOAN, G.H.; VARCOE, C. Toward compassionate action pragmatism and the inseparability of theory/practice. **Advances in Nursing Science**, v.28, n.1, p. 81-90, 2005.

FEIJÃO, A.R.; LOPES, M.V.O.; GALVÃO, M.T.G. Importance of the Supportive-educative System of Orem Model in the patient compliance: Reflexive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, p. 67, 2009.

FERREIRA, V.A.; ACIOLI, S. O cuidado na prática do enfermeiro no campo da atenção primária em saúde: produção científica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 42, p. 506-9, out./dez. 2009.

FERREIRA, F.C.; NICHATA, L.Y.I. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, Sept. 2008 .

FRANCOLINO, P.C. et al. 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. 430-7, 2004.

GAO, L. et al. HIV/TB co-infection in Mailand, China: A meta-analysis. **Plosone**, v.5, n.5, p.1-6, 2010.

GARFEIN, R.S. et al. Latent tuberculosis among persons at risk for infecton with HIV, Tijuana, Mexico. **Emerging Infectious Diseases**, v.16, n.5, p. 757-63, 2010.

GARRIDO, P.B. et al . Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41(Supl.2), p. 72-9, 2007.

GEBERMARIAM, 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. **Public Health**, v. 10, n. 651, 2010.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n. 4, p. 743-749, ago. 2010.

GEORGE JB. **Teorias de Enfermagem**: dos fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GUO, N. et al. Measuring health-related quality of life in tuberculosis: a systematic Review Health and Quality of Life. **Outcomes**, v.7, n.14, 2009. doi:10.1186/1477-7525-7-14.

HILL M.M.; HILL A. **Investigação por questionário**. 2 ed. Lisboa: Edições Silabo, 2005.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

HUSBANDS, J. Priorities for Public Health. In: WILLS J. **Vital notes for nurses – Promotion Health**. Blackwell, 2007.

JAMAL, L.F.; MOHERDA, U.I.F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev. Saúde Pública**, n.41(Supl. 1), p. 104-10, 2007.

JOHNS, C.; HARDY, H. Voice as a metaphor for transformation through reflection. In: JOHNS, C.; FRESHWATER, D. **Transforming nursing – through reflexive practice**. Blackwell, 2005.

KRISTI, R. et al. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. **Journal of the International AIDS Society**, v.12, n.13, p.1-8, 2009. doi:10.1186/1758-2652-12-13.

LACERDA, T.C. et al. Perfil epidemiológico de pacientes coinfectados por HIV e tuberculose em uso de quimioprofilaxia em Vitória-ES, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.11, n.2, p.4-12, 2009.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v.33, p.159-75, 1977.

LEE, C.H. et al. The burden and characteristics of tuberculosis/human immunodeficiency virus (TB/HIV) in South Korea: a study from a population database and a survey. **BMC Infectious Diseases**. v. 10, n.66, [s/p], 2010.

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

LOGULLO, P. et al. Factors affecting compliance with the measles vaccination schedule in a Brazilian city. **São Paulo Med J.**, v.126, n.3, p. 166-7, 2008.

MARQUES, P.A.C. **Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitudes frente à terapia com antineoplásicos orais e locus de controle de saúde.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MIDDELKOOP, K. et al. Antiretroviral therapy and TB notification rates in a high HIV prevalence South African Community. **J Acquir Immune Defic Synd**, v. 56, n. 3, jan./mar. 2011.

MOORE, K.A. Quasi-experimental evaluations. Brief Research-to-Results. **Child Trends**. 2008. Disponível em: [http://www.childtrends.org/Files//Child\\_Trends-2008\\_01\\_16\\_Evaluation6.pdf](http://www.childtrends.org/Files//Child_Trends-2008_01_16_Evaluation6.pdf) Acesso em: 15 maio 2009.

MOREIRA, L.B. et al. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 44, n.2, 2008.

MORISKI, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v.24, n.1, p. 66-74, 1986.

MUTIMURA, E; STEWART, A; CROWTHER, N.J. Assessment of quality of life in HAART-treated HIV-positive subjects with body fat redistribution in Rwanda. **AIDS Research and Therapy**, v.4, n.19, 2007. doi:10.1186/1742-6405-4-19.

NUNN, P.; REID, A.; DE COCK, K.M. Tuberculosis and HIV infection: the global setting. **Journal of Infectious Diseases**, v. 196 (Suppl 1), p.5–14, 2007.

NEVES, L.A.S.; REIS, R.K.; GIR, E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a coinfeção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1135-41, 2010.

NSUBUGA, P. et al. Gender and HIV-associated pulmonary tuberculosis: presentation and outcome at one year after beginning antituberculosis treatment in Uganda. **BMC Pulmonary Medicine**, v.2, n.4, 2002.

OBLITAS, F.Y.M. et al. Nursing's role in tuberculosis control: a discussion from the perspective of equity. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1, p.130-138, jan./fev. 2010.

OLIVEIRA, H.B.; MARÍN-LEÓN, L.; CARDOSO, J.C. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade Tuberculose/Aids. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.4, 503-10, 2004.

OREM, D.E. **Nursing: Concepts of practice**. 4. ed. St. Louis: Mosley, 1995.

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. 205-13, 2007.

PALOU, E. Tuberculosis y sida: una co-infeccion eficiente. **Rev Med Hondur.**, v. 78, n. 1, p33-37, 2010 .

PARENTI, C.F. et al. Perfil dos pacientes com Aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do município de Contagem, estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n.2, p. 91-96, 2005.

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

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.37, n.1, p. 72-80, Mar 2003.

RAMOS, J.M.; REYES, F; TESHAMARIAM, A. Childhood and adult tuberculosis in a rural hospital in Southeast Ethiopia: a ten-year retrospective study. **BMC Public Health**, v.10, n. 215, 2010. doi: 10.1186/1471-2458-10-215

RAVETTI, C.M.; PEDROSO, E.R.P. Estudo das características epidemiológicas e clínicas de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana em Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n.2, p.114-118, mar./abr. 2009.

RIBEIRO, E.A.W. Efetividade, eficiência e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. **Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n.2, p. 27-46, 2006.

RIE, A.V.; WESTREITCH, D; SANNE, I. Tuberculosis in patients receiving antiretroviral treatment: incidence, risk factors, and prevention strategies. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 2010.

ROCHA, C.H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13(Supl.), p.703-710, 2008.

RODRIGUES, I.L.A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.2, 383-7, 2010.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RUSSEL, C. K. et al. Factors that influence the medication decision making of persons with HIV/aids: a taxonomic exploration. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v.14, n.4, p. 46-60, 2003.

RÜÜTEL, K. et al. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. **Journal of the International AIDS Society**, v. 12, n.13, 2009.

SANCHEZ, A.L. et al. Evaluación de una estrategia para el control de la tuberculosis en un distrito sanitario de Andalucía. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 84, p. 71-78, 2010.

SANTOS, M.L.S.G. et al . The epidemiological dimension of TB/HIV co-infection. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, Oct. 2009

SEOANE, A.F.; FORTES, P.A.C. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009 .

SILVA, S.H. et al. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba, Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.1, p.68-75, 2010.

SILVA, D.R. et al. Características clínicas e evolução de pacientes imunocomprometidos não HIV com diagnóstico intra-hospitalar de tuberculose. **J. bras. pneumol.**, v.36, n.4, p. 475-484, Aug. 2010. doi: 10.1590/S1806-37132010000400013.

SILVA, D.R. et al. Mortality among patients with tuberculosis requiring intensive care: a restrospective cohort study. **BMC Infectious Diseases**, v. 10, n. 54, p.1-7, 2010.

SILVA, H.O.; GONÇALVES, M.L.C. Coinfecção tuberculose e HIV nas capitais brasileiras: observações a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **RBPS**, v. 22, n.3, p.172-178, 2009. doi:10.5020/18061230.

SILVEIRA, J.M. et al. Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana em centro de referência para tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida na região sul do Rio Grande do Sul. **J. Bras. Pneumol.**, v.32, n.1, p. 48-55, 2006.

SOARES, E.C.C. et al. Tuberculose como doença definidora de síndrome da imunodeficiência adquirida: dez anos de evolução na cidade do Rio de Janeiro. **J. Bras. Pneumol.**, v.32, n. 5, p. 444-8, 2006.

SOÁREZ, P.C. et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 25, n.1, p.69-76, 2009.

SOUSA, M.B. et al. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. **J Clin Psychiatry.**, v. 67, n.7, p.1133-9, July 2006.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, Dec. 2010 .

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 81, p. 349-54, 2003.

THOFEHRN, C., LIMA, W.. Prontuário Eletrônico do Paciente – A Importância da Clareza da Informação. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, América do Norte, 5, jun. 2009. Disponível em: <http://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo/article/view/168/65>. Acesso em: 7 fev. 2011.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Oct. 2007 .

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global Aids epidemic/2010. WHO Library. Disponível em: [http://www.unaids.org/GlobalReport/Global\\_report.htm](http://www.unaids.org/GlobalReport/Global_report.htm) Acesso em: 20 set. 2010.

VALL, J.; LEMOS, K.I.L.; JANEBRO A.S.I. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. **Cogitare Enferm.**, v. 10, n.3, p. 63-70, 2005.

VITOR, A.F.; LOPES, M.V.O; ARAUJO, T.L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Sept. 2010 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Stop TB Partnership. 2009 update tuberculosis facts**. Disponível em:

[http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/factsheets/tbfactsheet\\_2009update\\_one\\_page.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/factsheets/tbfactsheet_2009update_one_page.pdf) Acesso em: 22 set. 2010.

---

---

# APÊNDICES

---

---

## APÊNDICE A

### CONVITE PARA JUÍZES

Fortaleza, 04 de novembro de 2008

Caro(a) Colega:

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de doutoranda da Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-CE, onde pretendo construir um **Modelo de Consulta de Enfermagem Baseado na Teoria de Orem direcionada a pacientes com Co-infecção HIV/Tuberculose (ConsEnf HIV/TB)**. O estudo trata-se de uma pesquisa desenvolvimental, na qual um modelo de consulta de enfermagem está sendo elaborado para aplicação na prática clínica a partir dos conceitos, pressupostos e requisitos para o autocuidado postulados por Orem em sua Teoria do Autocuidado.

Você foi escolhido(a) por sua experiência profissional para emitir seu julgamento sobre o conteúdo deste instrumento respondendo ao questionário em anexo.

Para elaboração deste instrumento, consideramos a descrição inicial de 67 itens, subdivididos em 5 áreas: Identificação; Dados Clínicos; 1ª a 9ª consultas. Na 1ª consulta, há a classificação dos itens do histórico de acordo com os requisitos de auto-cuidado de dorothéa Orem: Requisitos de autocuidado universais; requisitos de autocuidado desenvolvimentais; requisitos de desvio de saúde.

Nesta fase da pesquisa, com a elaboração dos 67 itens, solicito de Vsa que avalie o modelo de acordo com o questionário em anexo. Para cada item, solicito:

- 1- Avaliação das subdivisões apresentadas: adequada ou não adequada;
- 2- Registrar sim ou não se o item lhe parece claro ou compreensivo;
- 3 - Caso considere que algum item não esteja claro e compreensivo acrescente sua sugestão no espaço destinado para cada item;
- 4- Apreciação sobre a adequação do item em cada subdivisão;
- 5 – Circular o grau de relevância do item que você considera: 1.Irrelevante 2.Pouco Relevante 3.Realmente relevante 4. Muito relevante

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, devolver o questionário em 10 dias.

Desde já agradeço sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valiosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Colocamos-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

**Alexsandra Rodrigues Feijão**

**Rua Cariré, Nº 135, Apto 132 Bl 1, Farias Brito. Telefones: 3223-5494/ 8823-4734. E-mail: alexsandrafeijao@hsj.ce.gov.br**

## QUESTIONÁRIO PARA JUÍZES

### Modelo de Consulta de Enfermagem Baseado na Teoria de Orem direcionada a pacientes com Co-infecção HIV/Tuberculose (ConsEnf HIV/TB).

SUBDIVISÕES DO MODELO	ADEQUADA	NÃO ADEQUADA
1 – Identificação		
2 – Dados clínicos		
3 – Consultas (1ª a 9ª)		

Subdivisões	Item	1. Este item parece claro e compreensivo?	2. Caso considere que algum item não esteja claro e compreensivo acrescente sua sugestão no espaço destinado para cada item.	4. Qual o grau de relevância?
IDENTIFICAÇÃO	Nome Prontuário Data de Nascimento	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Situação conjugal: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Sorologia do parceiro: ( ) positiva ( ) negativa ( ) desconhecida	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Filhos: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Grau de instrução (em anos cursados): _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Ocupação: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Renda familiar mensal: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

	Procedência: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Acesso a outros serviços de saúde (Citar quais): _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Dificuldades de acesso: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>DADOS CLÍNICOS</b>	Ano do diagnóstico da infecção pelo HIV: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Categoria de exposição: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Data do diagnóstico de tuberculose: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Tipo de TB: ( ) Pulmonar ( ) Extrapulmonar, especificar: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Data do início da terapia com tuberculostáticos: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Exames realizados: Pesquisa de BAAR: ( ) Não ( ) Sim Nº de amostras: _____ Resultado: _____ Raio X: ( ) Não ( ) Sim Resultado: _____ PPD: ( ) Não ( ) Sim Resultado: _____ CD4+: ( ) Não ( ) Sim Data: _____ Resultado: _____ Carga viral: ( ) Não ( ) Sim Data: _____ Resultado: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Outras observações relevantes: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	<b>1ª CONSULTA</b>			
<b>1. Aspectos relacionados aos medicamentos</b>	Esquema ARV em uso: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

	Esquema antituberculose em uso: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Mudanças em um dos esquemas: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>2. Sinais vitais e antropometria</b>	Peso(Kg): _____ Altura(m): _____ (IMC): _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	PA: ____/____ mmHg  T: ____ °C  Pulso: ____ bpm  R: ____ irm	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>3. Requisitos de Autocuidado Universais</b>				
<b>3.1 Hidratação e Alimentação:</b>	Quanto bebe de líquidos (sucos, chás, leite, refrigerante, água, etc.) durante o dia?  ( ) 1 a 2 copos ( ) 3 a 5 copos ( ) 6 ou mais copos	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Considera suficiente a quantidade de líquidos que ingere? Sim ( ) Não ( ) Por que?	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Quais os alimentos frequentemente presentes na alimentação?	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Dificuldades em alimentar-se? Não ( ) Sim ( ), quais: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>3.2. Respiração</b>	Apresenta tosse? Sim ( ) Não ( )	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Expectoração: Não ( ) Sim ( ), aspecto: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante

	Dispnéia: Sim ( ) Não ( )	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Outro problema respiratório? Sim ( ) Qual: _____ Não ( )	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>3.3 Eliminação e excreção</b>	Dificuldade para urinar? Sim ( ). Quais: _____ Não ( )	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Aspecto da urina: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Mudança no aspecto da urina: ( ) Não ( ) Sim, qual: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Frequência das evacuações: ( ) 1 vez ao dia ( ) a cada dois dias ( ) 2 vezes por semana ( ) 1 vez por semana ( ) Mais de uma vez por dia, especificar: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Consistência das fezes:  ( ) pastosas ( ) diarréicas ( ) endurecidas.	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>3.4. Equilíbrio entre atividade e descanso:</b>	Dorme quantas horas no intervalo de 24 hs? _____ (horas/noite: _____ horas/dia: _____)	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	As horas de sono são suficientes para o repouso? Sim ( ) Não ( ). Por quê? _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Necessita de remédio para dormir? Sim ( ), qual? _____ Não ( )	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

	Realiza exercícios físicos: ( ) Não ( ) Sim:  ( ) Diariamente ( ) 3 x semana ( ) 1-2 x semana.  Com orientação: ( ) Sim ( ) Não.	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Tipo de exercício: _____ Duração: _____ Quando iniciou: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Atividades de lazer: ( ) Não ( ) Sim, Tipo e tempo médio dedicado ao lazer: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>3.5. Equilíbrio entre solidão e interação social</b>	Com quem você mora? _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Participação em atividade social: Não ( ); Sim ( ) Quais? _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Sente solidão, tristeza, angústia? sim ( ) não ( ); por que? _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>3.6. Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar:</b>	Fumante? Não ( ); Sim ( ) Nº cigarros por dia? _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Ingere bebida alcoólica? Não ( ); Sim ( ). Quantidade? _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Usa preservativo nas relações sexuais? Sim ( ) Não ( )	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>4. Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais :</b>	A tuberculose foi diagnosticada antes ou após o HIV: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Sentiu a necessidade de ocultar o diagnóstico? Não ( ); Sim ( ) Por quê? _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

	Aceita a condição de estar com co-infecção HIV/ TB: ( ) Sim ( ) Não. Por quê?	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Percebeu alterações no seu corpo após a descoberta do diagnóstico? Não ( ) Sim ( ) Quais? _____  Como lida com essas mudanças?	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Ocorreram mudanças no seu estilo de vida relacionadas com a doença: ( ) Não ( ) Sim Quais? _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
<b>5. Requisitos de Autocuidado Por Desvio de Saúde:</b>	Doenças oportunistas: ( ) Não; ( ) Sim: Quais: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Internações após o diagnóstico de HIV: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Forma de entrada para o acompanhamento de TB: ( ) Caso novo ( ) Retorno pós abandono ( ) Reicidiva	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Acompanhamento Médico: ( ) Mensal; ( ) outro: _____  ( ) Comparece nas datas agendadas. ( ) Comparece somente quando está doente  ( ) Outros _____  Facilidade ou dificuldade para cumprir: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
	Faz acompanhamento com mais algum profissional? Não ( ) Sim ( ): Qual a especialidade?	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

	<p>Faz uso de ARVs? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim, esquema: _____</p> <p>Há quanto tempo: _____</p> <p>Uso regular: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por que: _____</p> <p>Dificuldades na adesão: Sim <input type="checkbox"/>, quais: _____ Não <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irrelevante</li> <li>2. Pouco Relevante</li> <li>3. Realmente relevante</li> <li>4. Muito relevante</li> </ol>
	<p>O que sabe sobre tuberculose? E HIV/Aids? _____</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irrelevante</li> <li>2. Pouco Relevante</li> <li>3. Realmente relevante</li> <li>4. Muito relevante</li> </ol>
	<p>Impressão sobre riscos de não seguimento da terapêutica tuberculostática: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irrelevante</li> <li>2. Pouco Relevante</li> <li>3. Realmente relevante</li> <li>4. Muito relevante</li> </ol>
<b>SAE</b>	<p>-Déficits de AC identificados: - Diagnósticos de enfermagem : -Prescrições de enfermagem :</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irrelevante</li> <li>2. Pouco Relevante</li> <li>3. Realmente relevante</li> <li>4. Muito relevante</li> </ol>
<b>2ª a 5ª ; 7ª e 8ª CONSULTAS Seguimento terapêutico</b>	<p>Compareceu à consulta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – realizada busca ativa? _____</p> <p>Permanece em tratamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim, houve remarcação da consulta para: ___</p> <p>Se não, Situação de encerramento: <input type="checkbox"/> Abandono, Data: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência, Data: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mudança de diagnóstico, Data: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito, Data: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irrelevante</li> <li>2. Pouco Relevante</li> <li>3. Realmente relevante</li> <li>4. Muito relevante</li> </ol>

<b>SAE</b>	Evolução/ Ocorrências Déficits identificados: Diagnósticos de enfermagem: Prescrições de enfermagem:	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
6ª e 9ª CONSULTAS				
<b>Seguimento terapêutico</b>	Compareceu à consulta: ( ) Sim ( ) Não – realizada busca ativa?  _____ Permanece em tratamento: ( ) Não ( ) Sim, houve remarcação da consulta para: ____ Se não, Situação de encerramento: ( ) Abandono, Data: _____ ( ) Transferência, Data: _____ ( ) Mudança de diagnóstico, Data: _____ ( ) Óbito, Data: _____ ( ) Alta por cura, Data: _____	( ) Sim ( ) Não		1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

### Identificação:

Iniciais: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

1. Idade Atual: \_\_\_\_\_
2. Situação conjugal: 1. ( ) Casado 2. ( ) Solteiro 3. ( ) Viúvo  
4. ( ) União estável 5. ( ) Separado
3. Sorologia do parceiro: 1. ( ) positiva 2. ( ) negativa 3. ( ) desconhecida 4. ( ) sem parceiro no momento
4. Nº de filhos: \_\_\_\_\_
5. Grau de instrução: 1. ( ) Analfabeto 2. ( ) Fundamental incomp 3. ( ) Fundamental comp 4. ( ) Médio incomp 5. ( ) Médio comp 6. ( ) Superior
6. Ocupação: \_\_\_\_\_
7. Renda familiar mensal: \_\_\_\_\_ salários mínimos
8. Procedência: \_\_\_\_\_
9. Acesso a outros serviços de saúde (Citar quais): \_\_\_\_\_
10. Dificuldades de acesso: \_\_\_\_\_

### Dados clínicos:

11. Ano do diagnóstico da infecção pelo HIV: \_\_\_\_\_
12. Categoria de exposição: 1. ( ) Sexual 2. ( ) Sanguínea 3. ( ) Drogas injetáveis 4. ( ) Não sabe
13. Tempo (em meses) do diagnóstico da TB: \_\_\_\_\_
14. Tipo de TB: 1. ( ) Pulmonar 2. ( ) Extra-pulmonar
15. Tipo de forma extra-pulmonar: 0. ( ) Não se aplica 1. ( ) ganglionar 2. ( ) meníngea 3. ( ) cutânea 4. ( ) Outro
16. Tempo (em meses) do início da terapia com tuberculostáticos: \_\_\_\_\_

### Exames realizados:

17. Pesquisa de BAAR: 1. ( ) Não 2. ( ) Sim
18. Nº de amostras: 1. ( ) Uma 2. ( ) Duas 3. ( ) Três 4. ( ) Zero
19. Resultado: 1. ( ) Positivo 2. ( ) Negativo
20. Raio X: 1. ( ) Não 2. ( ) Sim
21. Resultado do RX: 1. ( ) Suspeito 2. ( ) Normal 3. ( ) Outro: \_\_\_\_\_
22. PPD: 1. ( ) Não 2. ( ) Sim
23. Resultado do PPD: 1. ( ) Reator 2. ( ) Não reator
24. CD4+: 1. ( ) Não 2. ( ) Sim Data: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_
25. Carga viral: 1. ( ) Não 2. ( ) Sim Data: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_
26. Sintomas referidos no atendimento: 1. ( ) tosse 2. ( ) febre 3. ( ) dispnéia  
4. ( ) astenia 5. ( ) anorexia 6. ( ) outros: \_\_\_\_\_

Outras observações relevantes: \_\_\_\_\_

Cód.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_

14. \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_

16. \_\_\_\_\_

17. \_\_\_\_\_

18. \_\_\_\_\_

19. \_\_\_\_\_

20. \_\_\_\_\_

21. \_\_\_\_\_

22. \_\_\_\_\_

23. \_\_\_\_\_

24. \_\_\_\_\_

26. \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### Consulta de Enfermagem Baseado na Teoria de Orem direcionada a pacientes com Co-infecção HIV/Tuberculose (ConsEnf HIV/TB).

#### 1ª Consulta/Histórico de enfermagem:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

##### 1. Aspectos relacionados aos medicamentos:

Esquema ARV em uso: \_\_\_\_\_

Esquema antituberculose em uso: \_\_\_\_\_

Mudanças em um dos esquemas: \_\_\_\_\_

##### 2. Sinais vitais e antropometria

Peso(Kg): \_\_\_ Altura(m): \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_/\_\_\_ mmHg T: \_\_\_°C Pulso: \_\_\_ bpm R: \_\_\_ irm

**3. Requisitos de Autocuidado Universais** (água, alimentos, eliminação e excreção, atividade e descanso, padrão da sexualidade, solidão e interação social, risco à vida, funcionamento e bem-estar humano):

##### Hidratação e Alimentação:

01. Considera suficiente a quantidade de líquidos queingere? Sim ( ) Não ( )

Por que? \_\_\_\_\_

02. Quais os alimentos frequentemente presentes na alimentação?

03. Dificuldades em alimentar-se? Não ( ) Sim ( ), quais: \_\_\_\_\_

##### Respiração

04. Apresenta tosse? Sim ( ) Não ( )

05. Expectoração: Não ( ) Sim ( ), aspecto: \_\_\_\_\_

06. Dispnéia: Sim ( ) Não ( )

07. Outro problema respiratório? Sim ( ) Qual: \_\_\_\_\_. Não ( )

##### Eliminação e excreção

08. Dificuldade para urinar? Sim ( ). Quais: \_\_\_\_\_ Não ( )

09. Aspecto da urina: \_\_\_\_\_

10. Mudança no aspecto da urina: ( ) Não ( ) Sim, qual: \_\_\_\_\_

11. Frequência das evacuações: ( ) 1 vez ao dia ( ) a cada dois dias ( ) 2 vezes por semana ( ) 1 vez por semana ( ) Mais de uma vez por dia, especificar: \_\_\_\_\_

12. Consistência das fezes: ( ) pastosas ( ) diarréicas ( ) endurecidas.

##### Equilíbrio entre atividade e descanso:

13. Dorme quantas horas no intervalo de 24 hs? \_\_\_\_\_ (horas/noite: \_\_\_ horas/dia: \_\_\_)

14. As horas de sono são suficientes para o repouso? Sim ( ) Não ( ). Por quê?

15. Necessita de remédio para dormir? Sim ( ), qual? \_\_\_\_\_ Não ( )

16. Realiza exercícios físicos: ( ) Não

( ) Sim: ( ) Diariamente ( ) 3 x semana ( ) 1-2 x semana.

Com orientação: ( ) Sim ( ) Não.

Tipo de exercício: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Quando iniciou: \_\_\_\_\_

17. Atividades de lazer: ( ) Não ( ) Sim

Tipo e tempo médio dedicado ao lazer: \_\_\_\_\_

#### **Equilíbrio entre solidão e interação social:**

18. Com quem você mora? \_\_\_\_\_

19. Participação em atividade social: Não ( ); Sim ( ) Quais? \_\_\_\_\_

#### **Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar:**

20. Fumante? Não ( ); Sim ( ) Nº cigarros por dia? \_\_\_\_\_

21. Ingere bebida alcoólica? Não ( ); Sim ( ). Quantidade? \_\_\_\_\_

22. Usa preservativo nas relações sexuais? Sim ( ) Não ( )

#### **4. Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais:**

23. Sentiu a necessidade de ocultar o diagnóstico? Não ( ); Sim ( ) Por quê? \_\_\_\_\_

24. Percebeu alterações no seu corpo após a descoberta do diagnóstico? Não ( )

Sim ( ) Quais? \_\_\_\_\_

25. Ocorreram mudanças no seu estilo de vida relacionadas com a doença: ( ) Não

( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_

#### **5. Requisitos de Autocuidado Por Desvio de Saúde:**

26. Doenças oportunistas: ( ) Não; ( ) Sim: Quais: \_\_\_\_\_

27. Internações após o diagnóstico de HIV: \_\_\_\_\_

28. Acompanhamento Médico: ( ) Mensal; ( ) outro: \_\_\_\_\_

( ) Comparece nas datas agendadas. ( ) Comparece somente quando está doente

( ) Outros \_\_\_\_\_

Facilidade ou dificuldade para cumprir: \_\_\_\_\_

29. Faz acompanhamento com mais algum profissional? Não ( )

Sim ( ): Qual a especialidade? \_\_\_\_\_

30. Faz uso de ARVs? ( ) Não ( ) Sim, esquema: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Uso regular: ( ) Sim ( ) Não, por que: \_\_\_\_\_

Dificuldades na adesão: Sim ( ), quais: \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_



### 3ª Consulta:

<b>Data:</b> ____/____/____ Compareceu à consulta: ( ) Sim ( ) Não – realizada busca ativa? _____ Permanece em tratamento: ( ) Não ( ) Sim, houve remarcação da consulta para: _____ Se não, Situação de encerramento: ( ) Abandono, Data: _____ ( ) Transferência, Data: _____ ( ) Mudança de diagnóstico, Data: _____ ( ) Óbito, Data: _____
Evolução/ Ocorrências: _____ _____ _____
Déficits identificados: _____ _____ _____
Diagnósticos de enfermagem: _____ _____ _____
Prescrições de enfermagem: _____ _____ _____
<b>Assinatura/COREn:</b> _____

### 4ª Consulta

<b>Data:</b> ____/____/____ Compareceu à consulta: ( ) Sim ( ) Não – realizada busca ativa? _____ Permanece em tratamento: ( ) Não ( ) Sim, houve remarcação da consulta para: _____ Se não, Situação de encerramento: ( ) Abandono, Data: _____ ( ) Transferência, Data: _____ ( ) Mudança de diagnóstico, Data: _____ ( ) Óbito, Data: _____
Evolução/ Ocorrências: _____ _____ _____
Déficits identificados: _____ _____ _____
Diagnósticos de enfermagem: _____ _____ _____
Prescrições de enfermagem: _____ _____ _____
<b>Assinatura/COREn:</b> _____

### 5ª Consulta:

<b>Data:</b> ____/____/____ Compareceu à consulta: ( ) Sim ( ) Não – realizada busca ativa? _____ Permanece em tratamento: ( ) Não ( ) Sim, houve remarcação da consulta para: _____ Se não, Situação de encerramento: ( ) Abandono, Data: _____ ( ) Transferência, Data: _____ ( ) Mudança de diagnóstico, Data: _____ ( ) Óbito, Data: _____
Evolução/ Ocorrências: _____ _____ _____
Déficits identificados: _____ _____ _____
Diagnósticos de enfermagem: _____ _____ _____
Prescrições de enfermagem: _____ _____ _____
<b>Assinatura/COREn:</b> _____

### 6ª Consulta:

<b>Data:</b> ____/____/____ Compareceu à consulta: ( ) Sim ( ) Não – realizada busca ativa? _____ Permanece em tratamento: ( ) Não ( ) Sim, houve remarcação da consulta para: _____ Se não, Situação de encerramento: ( ) Abandono, Data: _____ ( ) Transferência, Data: _____ ( ) Mudança de diagnóstico, Data: _____ ( ) Óbito, Data: _____ ( ) Alta por cura, Data: _____ ( ) Baciloscopia, Data: _____
Evolução/ Ocorrências: _____ _____ _____
Déficits identificados: _____ _____ _____
Diagnósticos de enfermagem: _____ _____ _____
Prescrições de enfermagem: _____ _____ _____
<b>Assinatura/COREn:</b> _____

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Sr(a),

Sou Alessandra Rodrigues Feijão, enfermeira e aluna do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), e estou desenvolvendo uma pesquisa com o título “Consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes com co-infecção HIV/Tuberculose: Efetividade na adesão e qualidade de vida” sob a orientação da Profª Dra. Marli Terezinha Gimenez Galvão. Essa pesquisa tem o objetivo de saber se a consulta de enfermagem feita com base em uma teoria pode ajudar os pacientes que possuem HIV e tuberculose a tomar os medicamentos corretamente e a melhorar sua qualidade de vida.

Por meio deste termo, convido-lhe a participar desta pesquisa que ajudará os enfermeiros a programar melhor seu atendimento a pacientes com co-infecção HIV/Tuberculose, melhorando a saúde e qualidade de vida destes pacientes. Estes são benefícios importantes para as pessoas portadoras dessa co-infecção, para os enfermeiros 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 e alguns resultados de seus exames. Posteriormente, perguntarei sobre sua alimentação, respiração, relacionamentos sociais, estilo de vida e seus cuidados com sua saúde. Esta entrevista terá duração aproximada de 10 minutos e será realizada no momento da sua consulta de enfermagem. A cada consulta de enfermagem, o senhor será avaliado e responderá a perguntas sobre sua saúde, sobre seus medicamentos, exames e sobre possíveis ocorrências durante o mês de tratamento. No final do seu tratamento, nova entrevista será realizada em sua última consulta de enfermagem e será parecida com a primeira.

Quero deixar claro que a pesquisa está dividida em dois grupos: O grupo que passará pela consulta de enfermagem normal e o grupo que passará por uma consulta de enfermagem diferente, baseada em uma teoria feita por uma autora de enfermagem. O(a) Senhor(a) poderá ser incluído(a) em qualquer um dos grupos. A escolha será feita por sorteio. Garanto que a inclusão em qualquer um dos grupos não lhe trará prejuízos ao seu tratamento e acompanhamento no ambulatório.

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 e das consultas serão somados aos de outras entrevistas e apresentados no relatório final deste estudo e publicadas em revista científica da área da saúde. Garanto que seu nome, dados pessoais ou qualquer outra informação que possa lhe identificar, serão mantidos em segredo. 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.

Desde já agradeço sua valiosa cooperação.

Em caso de dúvidas, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato comigo no seguinte endereço: Enfª. Ms. Alessandra Rodrigues Feijão: Hospital São José de Doenças Infecciosas – Rua Nestor Barbosa, 315, Parquelândia. Fone: 3101-2337

Também poderá entrar em contato com a minha orientadora: Profª. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão: 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 pelo telefone: 3452-7880.

Atenciosamente,

---

Alexsandra Rodrigues Feijão (Pesquisadora)

Declaro que tomei conhecimento do seguinte estudo: “Consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes com co-infecção HIV/Tuberculose: Efetividade na adesão e qualidade de vida”, realizado pela pesquisadora Alexsandra Rodrigues Feijão, que compreendi seus objetivos e que concordo em participar do presente estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome completo do pesquisado(legível): \_\_\_\_\_

---

**Assinatura do pesquisado**

ou polegar direito:



Testemunhas:

Testemunha 1: Nome Completo:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: Nome Completo:

---

---

# ANEXOS

---

---

**ANEXO A****Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - HATQoL**

Versão e adaptação do instrumento HAT-QoL.

**Domínio 1: Atividades gerais**

1. Nas últimas quatro semanas, fiquei satisfeita com a minha atividade física.\*
2. Nas últimas quatro semanas, fiquei limitada fisicamente na minha habilidade de realizar os afazeres de casa.
3. Nas últimas quatro semanas, a dor tem limitado minha habilidade de ser fisicamente ativa.
4. Nas últimas quatro semanas, fiquei preocupada por não ser capaz de ir ao serviço ou cumprir as atividades rotineiras do dia-a-dia como costumava fazer no passado.
5. Nas últimas quatro semanas, tenho sentido que portar o HIV tem limitado a quantidade de trabalho que consigo fazer no serviço ou nas minhas atividades rotineiras do dia-a-dia.
6. Nas últimas quatro semanas, tenho me sentido cansada demais para ser socialmente ativa.
7. Nas últimas quatro semanas, minha saúde tem limitado minhas atividades sociais.

**Domínio 2: Atividades sexuais**

1. Nas últimas quatro semanas, fiquei satisfeita com minha vida sexual.\*
2. Nas últimas quatro semanas, estive interessada em sexo.\*
3. Nas últimas quatro semanas, foi difícil para mim ficar excitada sexualmente.

**Domínio 3: Preocupação com o sigilo sobre a infecção**

1. Nas últimas quatro semanas, limitei o que conto para os outros sobre mim mesma.
2. Nas últimas quatro semanas, tive medo de contar para os outros que estou com o HIV.
3. Nas últimas quatro semanas, fiquei preocupada a respeito dos meus parentes descobrirem que estou com o HIV.
4. Nas últimas quatro semanas, fiquei preocupada a respeito das pessoas no meu serviço ou atividades rotineiras do dia-a-dia descobrirem que estou com o HIV.
5. Nas últimas quatro semanas, fiquei preocupada pensando que poderia perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que estou com o HIV.

**Domínio 4: Preocupações com a saúde**

1. Nas últimas quatro semanas, não consegui viver como gostaria porque estou tão preocupada com a minha saúde.
2. Nas últimas quatro semanas, fiquei preocupada pensando que a minha saúde poderia piorar.
3. Nas últimas quatro semanas, fiquei preocupada a respeito da minha contagem de células CD4.
4. Nas últimas quatro semanas, senti incerteza a respeito do que o futuro me reserva.
5. Nas últimas quatro semanas, me preocupei pensando em quando irei morrer.

**Domínio 5: Preocupações financeiras**

1. Nas últimas quatro semanas, me preocupei a respeito de ter de viver com renda fixa.
2. Nas últimas quatro semanas, me preocupei a respeito de como irei pagar minhas contas.
3. Nas últimas quatro semanas, o dinheiro foi muito pouco para eu me cuidar como acho que deveria.
4. Nas últimas quatro semanas, tive dinheiro suficiente para fazer as coisas que gosto de fazer.\*

**Domínio 6: Conscientização sobre o HIV**

1. Nas últimas quatro semanas, me arrependi a respeito de como vivi a minha vida antes de descobrir que estava com o HIV.
2. Nas últimas quatro semanas, senti raiva a respeito do meu comportamento de risco para o HIV no passado.
3. Nas últimas quatro semanas, consegui aceitar o fato de que estou com o HIV.\*

**Domínio 7: Satisfação com a vida**

1. Nas últimas quatro semanas, aproveitei a vida.\*
2. Nas últimas quatro semanas, senti uma forte vontade de viver.\*
3. Nas últimas quatro semanas, me senti satisfeita com a minha vida.\*
4. Nas últimas quatro semanas, me senti em controle da minha vida.\*
5. Nas últimas quatro semanas, me senti bem comigo mesma.\*
6. Nas últimas quatro semanas, me senti motivada a fazer as coisas.\*
7. Nas últimas quatro semanas, fiquei satisfeita em ver como sou socialmente ativa.\*
8. Nas últimas quatro semanas, me senti contente em ver como tenho estado saudável.\*

(continua)

---

**Domínio 8: Questões relativas à medicação (responder, apenas quando em uso dos anti-retrovirais)**

1. Nas últimas quatro semanas, tomar os meus medicamentos tem dificultado viver uma vida normal.
2. Nas últimas quatro semanas, tomar os meus medicamentos me fez sentir melhor.\*
3. Nas últimas quatro semanas, tomar os meus medicamentos me fez sentir mais doente do que acho que sou.
4. Nas últimas quatro semanas, tomar os meus medicamentos me fez sentir que estou lutando contra o HIV.\*

**Domínio 9: Confiança no profissional (médico: escolha para esta pesquisa)**

1. Nas últimas quatro semanas, senti que meu médico é alguém que me escuta.\*
2. Nas últimas quatro semanas, me senti confiante na habilidade do meu médico de atender pessoas com o HIV.\*
3. Nas últimas quatro semanas, senti com certeza que meu médico se preocupa a respeito do meu melhor interesse.\*

---

Opção de escolha para cada pergunta: todo o tempo; a maior parte do tempo; alguma parte do tempo; pouca parte do tempo ou nenhuma parte do tempo.

\* escores invertidos.

## ANEXO B

### TESTE DE MORISKI E GREEN

Nº: \_\_\_\_\_

Responda SIM ou NÃO aos quesitos a seguir (SIM = 0 e NÃO = 1):

Questões	SIM	NÃO	Pontuação
1. Você alguma vez esquece de tomar seu remédio?			
2. Você, às vezes é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?			
3. Quando você se sente bem, às vezes deixa de tomar o remédio?			
4. Quando você se sente mal, às vezes deixa de tomar o remédio?			

**Somatório total:** \_\_\_\_\_

## ANEXO C

Nº: \_\_\_\_\_

### Instrumento de avaliação do grau de dificuldade para adesão

Leia as questões abaixo e marque a que mais representa o grau de influência de cada motivo que pode dificultar seu tratamento:

Motivos	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Estou indeciso	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
1. Os medicamentos provocam efeitos indesejáveis	5	4	3	2	1
2. Esqueço de tomar os remédios	5	4	3	2	1
3. Preciso de ajuda para tomar os remédios	5	4	3	2	1
4. Tenho muitos remédios para tomar	5	4	3	2	1
5. Não sei como tomar os remédios	5	4	3	2	1
6. O tratamento é complicado e difícil	5	4	3	2	1
7. Tenho dificuldade em lembrar cada horário de tomar os remédios	5	4	3	2	1
8. Não sei se devo tomar os remédios antes, depois ou com as refeições	5	4	3	2	1
9. O remédio é difícil de engolir	5	4	3	2	1
10. Esqueço de comparecer às consultas e pegar a medicação	5	4	3	2	1

## ANEXO D



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-HSJ)

**PROTOCOLO:** 035/2009

**CAAE:** 0037.0.042.000-09

**Pesquisadora Principal:** Dra. Alessandra Rodrigues Feijão

**Orientadora:** Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão

**Vínculo Institucional:** PPG em Enfermagem da UFC (Doutorado)

**Financiamento:** recursos próprios

**Referente ao Projeto:** "Consulta de enfermagem baseada na teoria de Orem para pacientes com co-infecção HIV/Tuberculose: efetividade na adesão e na qualidade de vida"

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO:** Quase-experimento prospectivo com intervenção de modelos diferenciados de consulta de enfermagem.

**RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE:** Baixo, não previsto desconforto físico.

**OBJETIVOS:** Avaliar a efetividade da consulta de enfermagem na teoria de Orem na adesão e na qualidade de vida de pacientes com HIV/AIDS em tratamento para TB.

**RESUMO:** Dois grupos randomizados serão submetidos a consulta de enfermagem durante o acompanhamento do tratamento por 6 meses para TB, a saber: método tradicional e método baseado na teoria do Auto-cuidado de Orem, que envolve os seguintes passos: determinar déficits e capacidades de auto-cuidado dos pacientes, planejar e gerenciar o cuidado com o paciente, além de acompanhar a evolução do paciente na conquista e manutenção do seu auto cuidado.

**FUNDAMENTOS E RACIONAL:** O estudo procura avaliar a capacidade de melhora da adesão ao tratamento da TB e da qualidade de vida de pacientes com HIV/AIDS a partir de uma metodologia diferente da consulta de enfermagem.

**MATERIAL E MÉTODOS:** O estudo será realizado no HSJ, prevê a inclusão de aproximadamente 60 pacientes, utilizará instrumentos de avaliação tipo questionário ao longo do acompanhamento do tratamento dos pacientes.

**TCLE:** Adequado.

**DETALHAMENTO FINANCEIRO:** Recursos próprios dos autores, num total de R\$3740,00.

**CRONOGRAMA:** 7 semestres.

**OBJETIVO ACADÊMICO:** Doutorado.

**ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS:** 27 de julho de 2010 e 27 de janeiro de 2011.

**CONCLUSÃO:** APROVADO.

Lembramos a necessidade de envio de relatórios conforme datas supracitadas), além de qualquer mudança na proposta do estudo, deverá passar por uma prévia avaliação deste comitê. Outrossim, comunicamos que, mensalmente, o CEP-HSJ está monitorando pesquisas em execução no Hospital São José de Doenças Infecciosas escolhidas aleatoriamente.

Fortaleza, 05 de agosto de 2009.

  
Dr. Robério Dias Leite

Coordenador do CEP/HSJ