



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

THAYNARA ELOISE BARACHO DE ALBUQUERQUE FARIAS

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES COINFECTADOS COM
TUBERCULOSE- HIV QUE OBTIVERAM CURA DA TUBERCULOSE**

**CAMPINA GRANDE
2018**

THAYNARA ELOISE BARACHO DE ALBUQUERQUE FARIAS

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES COINFECTADOS COM
TUBERCULOSE- HIV QUE OBTIVERAM CURA DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

**CAMPINA GRANDE
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F224p Farias, Thaynara Eloise Baracho de Albuquerque.
Perfil clínico epidemiológico dos doentes coinfetados com tuberculose- HIV que obtiveram cura da tuberculose [manuscrito] / Thaynara Eloise Baracho de Albuquerque Farias. - 2018.
28 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Vigilância epidemiológica. 2. Tuberculose. 3. Vírus da imunodeficiência humana - HIV. 4. Coinfecção.

21. ed. CDD 614.4

THAYNARA ELOISE BARACHO DE ALBUQUERQUE FARIAS


PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES COINFECTADOS COM
TUBERCULOSE- HIV QUE OBTIVERAM CURA DA TUBERCULOSE

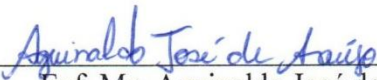
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

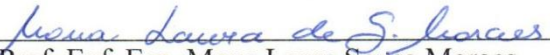
Área de concentração: Ciências da Saúde.

Aprovada em: 08 / 06 / 2018.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a. Dr.^a. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba–UEPB
Orientadora


Enf. Me. Aginaldo José de Araújo
Secretaria Municipal de Saúde de Casinhas- PE
Examinador 1


Prof. Enf. Esp. Mona Laura Sousa Moraes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Examinadora 2

Aos meus pais, Raimundo e Marli, pelo cuidado, amor e confiança, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me guiado em todos os momentos da minha vida e me concedido essa vitória tão grandiosa.

Aos meus amados pais, Raimundo Antônio e Marli Baracho, minhas fontes de inspiração e exemplos de força, honestidade e perseverança, que sempre me incentivaram a nunca desistir de meus sonhos.

As minhas irmãs, Tayse e Thatyane, pela cumplicidade, carinho e por todo o apoio.

Ao meu noivo, Erisson Flávio, que esteve sempre ao meu lado, torcendo por mim, compartilhando cada momento com muito amor, paciência e companheirismo.

Ao meu cunhado, Danylo Araújo por toda ajuda para finalização deste trabalho.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Tânia Ribeiro, que depositou em mim tamanha confiança para percorrer os caminhos da pesquisa e da extensão universitária, compartilhou ensinamentos que guardarei para sempre em minha vida.

Ao estimado amigo, Aguinaldo José, por todo apoio, paciência, ensinamentos, contribuições e por estar presente em toda minha trajetória acadêmica desde a elaboração do primeiro artigo científico até a finalização deste trabalho.

As minhas amigas, Claudia Paloma, Daniele e Rafaela, presentes que a Enfermagem me deu, por dividirem comigo os méritos desta conquista.

Aos colegas de classe por todos os momentos de alegrias, desafios e superações vivenciados ao longo da graduação.

Ao grupo de pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde, pelo acolhimento, amizade e experiências enriquecedoras.

A UEPB e aos meus queridos professores do curso de Enfermagem, que contribuíram de forma grandiosa para a minha formação profissional, em especial Prof.^a Eloíde, que sempre me encorajou a galgar pelos caminhos da docência, agradeço por me inspirar com sua força, alegria e determinação.

A Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM), aonde iniciei minha formação acadêmica e que foi fundamental para a conquista desse sonho.

Aos profissionais de saúde que tive a oportunidade de conviver, em especial aos do Ambulatório de Referência em Tuberculose e Hanseníase por contribuírem com a pesquisa e extensão universitária.

Aos doentes de tuberculose e suas famílias, que me receberam em suas casas para a realização do tratamento diretamente observado e me permitiram contribuir para o alcance da cura para a TB.

Por fim, agradeço a todos os familiares e amigos que torceram por mim.

Obrigada!

“A maior doença do ocidente não é a tuberculose nem a lepra; é sermos indesejados, desamados, desassistidos.”

Madre Tereza de Calcut

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILT	Infecção Latente por Tuberculose
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Derivado Proteico Purificado
PT	Prova Tuberculínica
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/AIDS
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SinanPB	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba
TARV	Terapia Antirretroviral
TB- MDR	Tuberculose Multidrogarresistente
TB	Tuberculose
TB-DR	Tuberculose Drogarresistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	MÉTODOS.....	12
3	RESULTADOS.....	14
4	DISCUSSÃO.....	16
5	CONCLUSÃO.....	20
	REFERÊNCIAS.....	22
	ANEXOS.....	25

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA CURA DA TUBERCULOSE EM INDIVÍDUOS COINFECTADOS COM HIV

Thaynara Eloise Baracho de Albuquerque Farias*

RESUMO

OBJETIVO: Investigar o perfil clínico epidemiológico dos doentes coinfectados com tuberculose e HIV que curaram a TB, no período de 2013 a 2016. **MÉTODOS:** Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por todos os casos novos de coinfeção TB- HIV com desfecho de cura para a TB, notificados pelo Sinan-PB, entre janeiro de 2013 a junho de 2016, com idade igual ou superior a 18 anos. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a março de 2018, no laboratório do Grupo de Pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, utilizando o banco de dados do Sinan-PB, através do aplicativo *Tabwin32* versão 4.8, e em seguida foram armazenados e tabulados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel 2010. As variáveis foram 1) sociodemográficas: sexo, idade, raça, escolaridade; 2) clínico-epidemiológicas: forma clínica da tuberculose, modalidade de tratamento da tuberculose, uso de terapia antirretroviral durante o tratamento para tuberculose, e a realização do teste tuberculínico. **RESULTADOS:** 148 (46%) casos novos de coinfeção TB- HIV curaram a TB, dos quais 73,6% eram do sexo masculino, 81,1% da faixa etária entre 30 a 59 anos, 81,3% pertencentes à raça parda e 48,7% possuíam baixa escolaridade. Em relação aos aspectos clínicos-epidemiológicos constatou-se que predominou a TB pulmonar com 72,8% dos casos; 49,3% apresentaram “ignorado” em modalidade de tratamento, como também 79% no uso da terapia antirretroviral e 50% em branco, no que se refere à realização do teste tuberculínico. **CONCLUSÃO:** O estudo possibilitou compreender a situação atual dos casos de coinfeção TB-HIV que curaram a TB e revelou que esse perfil é semelhante com a forma como a TB predomina na sociedade: sexo masculino, faixa etária economicamente ativa, raça parda e baixa escolaridade. Evidenciou-se que a forma pulmonar da TB esteve mais presente, o que contribui para reduzir a carga de TB na sociedade. Foi identificado a falta de completude das fichas que alimentam os sistemas, sendo necessário investir em capacitações para os profissionais de saúde e a importância de fortalecer estratégias que contribuem para a adesão ao tratamento das duas doenças.

Palavras-Chave: Tuberculose; Hiv; Vigilância Epidemiológica.

* Aluno de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: narabaracho@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que se alastra pela sociedade com altas taxas de mortalidade, há muitas décadas. Mesmo com os avanços científicos e tecnológicos que foram conquistados em relação a sua cura, formas de diagnóstico, tratamentos e prevenção, a TB persiste entre as doenças que mais causa mortes no mundo (WHO, 2017).

A TB está diretamente relacionada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), uma vez que essa infecção é um importante fator de risco para o desenvolvimento da TB ativa, pois aumenta em 21 a 36 vezes as chances de pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) adoecer por TB quando comparadas a população em geral, isso está relacionado ao comprometimento do sistema imunológico gerado pelo vírus, deixando o paciente em maior situação de vulnerabilidade (GASPAR *et al.*, 2016; MAGNOBOSCO *et al.*, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa a 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para o enfrentamento da coinfeção TB-HIV (WHO, 2017).

No Brasil, no ano de 2016, foram notificados 69.509 casos novos de TB, e destes 9,4% o que corresponde a 6.501 casos estavam coinfectados com TB-HIV (WHO, 2017; BRASIL, 2017c). O adoecimento por TB configura-se como a principal causa de mortes entre PVHA. Em 2016, mais de 1 milhão de pessoas no mundo vivendo com HIV desenvolveram TB e 374.000 morreram. Nessa perspectiva, o controle da coinfeção TB-HIV torna-se um desafio ainda maior para a saúde pública, visto que ela atinge taxas de mortalidade mais altas do que a infecção isolada pelo HIV (LEMOS *et al.*, 2016; GASPAR *et al.*, 2016).

O uso da Terapia Antirretroviral (TARV) é primordial para a prevenção de infecções oportunistas em PVHA como é o caso da TB. Ressalta-se também a importância da realização da testagem oportuna para o HIV em todos os portadores de TB, pois essa estratégia permite que seja iniciada de forma rápida a TARV. Essas intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde objetivam controlar a coinfeção TB- HIV e aumentar a sobrevivência desses indivíduos (WHO, 2017; BRASIL, 2017b).

O alcance da cura da TB em PVHA depende prioritariamente da adesão ao tratamento para a TB e do uso regular da TARV (MAGNO *et al.*, 2017). Em 2016, apenas 41,8% dos casos de coinfeção TB-HIV fizeram uso da TARV no Brasil (BRASIL, 2017c), o que revela uma estatística alarmante, a qual contribui para aumentar a mortalidade por TB nesse grupo vulnerável. A não adesão ao tratamento de ambos os agravos pode gerar resistência aos medicamentos tuberculostáticos caracterizando os casos de TB multidrogarresistente

(TBMDR), além de gerar recidivas, diminuir as chances de cura, aumentar a transmissão da doença e levar ao óbito (LEMOS *et al.*, 2016; BALDAN, FERRAUDO, ANDRADE, 2017).

A OMS preconiza para o controle da TB que a taxa de cura seja igual ou superior a 85% e a de abandono seja menor que 5%. Ao observar esses dados em PVHA no Brasil, no ano de 2016, no qual 3256 (49,1%) coinfetados com TB-HIV alcançaram a cura e 923 (13,9%) abandonaram o tratamento para TB (BRASIL, 2017c), percebe-se que esta realidade está distante das metas preconizadas, sendo o risco de abandono ao tratamento uma das principais dificuldades na abordagem da coinfeção TB-HIV

A cura das pessoas diagnosticados com TB é uma das principais formas de combater a morbimortalidade, em contrapartida o abandono ao tratamento da doença é uma das maiores barreiras que se opõe a esse desfecho favorável. O abandono ao tratamento da TB em PVHA envolve questões que vão além das ocasionadas pelos esquemas terapêuticos de ambos os agravos, como reações adversas, interações medicamentosas, sobrecarga do número de comprimidos; também estão inseridas nesse contexto as questões sociais, ambientais, psicológicas que contribuem sensivelmente para o enfrentamento do processo saúde- doença (LEMOS *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016).

Sendo assim, torna-se necessário fortalecer ainda mais as estratégias que contribuem para a adesão ao tratamento da doença e alcance da cura. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é a principal estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde que pode favorecer a adesão ao tratamento das duas doenças, além de qualificar a assistência e promover a qualidade de vida dos coinfetados (BRASIL, 2013).

O TDO consiste na observação da ingestão dos medicamentos anti-TB por um profissional da equipe de saúde capacitado, podendo ser realizado no domicílio do doente, como também em unidades saúde, assim como em qualquer lugar, segundo se fizer necessário. Está indicado a todos os doentes e, no caso dos coinfetados com TB- HIV recomenda-se que seja feito de forma compartilhada com o Serviço de Atenção Especializado (SAE) e as equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

No concernente a coinfeção TB- HIV, estudos tem revelado que em regiões onde há altas taxas de TB, a coinfeção se torna mais presente. Desta forma, entre os estados brasileiros que apresentam mais casos de TB, o estado da Paraíba encontra-se na 13ª posição, refletindo uma realidade preocupante, a qual é agravada quando há o HIV associado. Em 2016, foram diagnosticados 1103 casos novos de TB no estado e, destes 80 (7,3%) casos foram notificados com coinfeção TB-HIV e 43,8% fizeram uso da TARV (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017c)

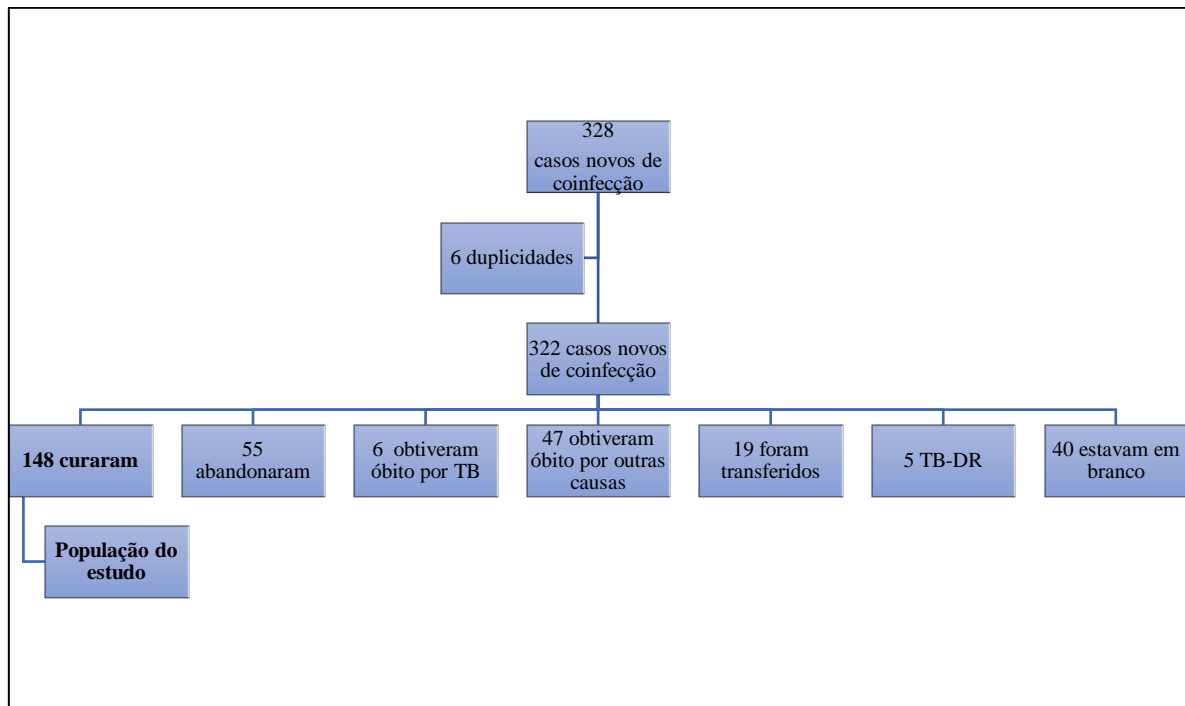
Diante desses dados alarmantes e do impacto que a TB associada ao HIV acarreta na sociedade e na saúde pública, é de grande relevância avaliar o desfecho da coinfeção TB-HIV no estado da Paraíba. Com a finalidade de que seus resultados contribuam para que sejam feitas reflexões sobre as práticas de saúde na região e desvelar os desafios a serem enfrentados para se alcançar o controle da doença, bem como colaborar para o fortalecimento de estratégias pelos serviços de saúde que visem combater a TB. Assim, o presente estudo teve como objetivo investigar o perfil clínico epidemiológico dos doentes coinfectados com TB-HIV que curaram a TB, no período de 2013 a 2016.

2 MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado no estado da Paraíba, localizado na região Leste do Nordeste do Brasil, o qual ocupa uma área de 56.468,435 km² dividida em 223 municípios e 16 regiões de saúde. O estado possui 3.766.528 habitantes e densidade demográfica de 67,7 hab/km², o Produto Interno Bruto (PIB) de 56,140 bilhões e 0,656 de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), considerado um IDH médio (IBGE, 2010).

A população desse estudo foi composta por todos os casos novos de coinfeção TB-HIV notificados e cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (Sinan-PB), entre janeiro de 2013 a junho de 2016, que obtiveram a cura como situação de encerramento para o tratamento da TB. Considerou-se como casos novos de tuberculose, os indivíduos que apresentaram na variável tipo de entrada as categorias *caso novo*, *não sabe* e *pós óbito* (BRASIL, 2017a).

Foram considerados como critérios de inclusão, os casos novos de coinfeção TB-HIV com idade maior ou igual a 18 anos e excluídas as duplicidades encontradas no Sinan- PB e os casos que não encerraram com a cura da TB.

Figura 1. Procedimentos para definir a população do estudo.

Fonte: Sinan-PB, 2013-2016.

A partir da Figura 1 é possível compreender como foi definida a população do estudo. No período estudado foram notificados, no Sinan-PB, 328 casos novos de coinfeção TB-HIV, deste total foram excluídos 6 casos por duplicidade de registros, restaram 322 casos novos de coinfeção TB-HIV. Em seguida, analisou-se a situação de encerramento desses casos: 148 casos curaram a TB, os quais corresponderam à população do estudo; 55 abandonaram o tratamento para TB, 6 casos obtiveram óbito por TB e 47 casos por outras causas; 19 foram transferidos; 5 casos apresentaram resistência aos anti-tuberculostáticos, e 40 casos estavam com a variável de situação de encerramento em branco no sistema.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a março de 2018, no laboratório do Grupo de Pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, utilizando o banco de dados do Sinan-PB, através do aplicativo *Tabwin32* versão 4.8, e em seguida foram armazenados e tabulados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel 2010 e analisados com o auxílio do programa estatístico *R* na versão 3.2. A análise dos dados compreendeu: valores de distribuição de frequências absolutas e relativas, médias aritméticas e obtenção de indicadores epidemiológicos.

As variáveis analisadas para a obtenção do perfil dos casos foram classificadas em duas categorias 1) sociodemográficas: idade, sexo, raça, escolaridade; 2) clínico-epidemiológicas: forma clínica da tuberculose, modalidade de tratamento da tuberculose, uso de terapia antirretroviral durante o tratamento para tuberculose, e a realização do teste

tuberculínico, na qual foi considerado como realizado o teste tuberculínico, os casos em que haviam os seguintes resultados: *não reator*, *reator fraco*, *reator forte*.

O estudo é parte de uma pesquisa que avaliou a situação epidemiológica da coinfeção tuberculose-HIV num estado brasileiro, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba-CEP/UEPB, com o parecer: 59349316.8.0000.5187, atendendo as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

No período de 2013 a 2016 foram notificados 148 casos novos de coinfeção TB- HIV que obtiveram a cura da TB o que corresponde a um percentual de 46% de cura entre os casos novos de pacientes com TB coinfectados com HIV notificados no Sinan-PB.

A Tabela 1, apresenta as características sociodemográficas dos casos de coinfeção TB-HIV que curaram a TB. É possível observar que houve predominância do sexo masculino (73,6%), da faixa etária entre 30 a 59 anos (81,1%), dos doentes que se consideraram pardos (81,3%); e em relação à escolaridade, foi identificado um maior percentual entre os casos com baixa escolaridade: ensino fundamental incompleto/completo (48,7%).

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos Coinfectados com TB-HIV que curaram a TB, do estado da Paraíba- PB, Brasil, 2013- 2016.

VARIÁVEIS	2013	2014	2015	2016	2013-2016
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo					
Masculino	31 (68,8)	27 (71)	37 (80,6)	14 (73,6)	109 (73,6)
Feminino	14 (31,2)	11 (29)	9 (19,4)	5 (26,4)	39 (26,4)
Faixa Etária					
18 a 29 anos	3 (6,7)	7 (18,4)	9 (19,5)	2 (10,5)	21 (14,1)
30 a 59 anos	40 (88,9)	30 (78,9)	34 (74)	16 (84,3)	120 (81,1)
60 anos ou mais	2 (4,4)	1 (2,7)	3 (6,5)	1 (5,2)	7 (4,8)
Raça					
Branca	4 (8,8)	3 (7,8)	9 (19,6)	1 (5,2)	17 (11,4)
Preta	3 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	6 (4,0)
Parda	37 (82,3)	33 (86,8)	35 (76,1)	15 (79)	120 (81,3)

Ignorado	1 (2,2)	2 (5,4)	2 (4,3)	0 (0,0)	5(3,3)
Escolaridade					
Sem escolaridade	11 (24,5)	4 (10,6)	1 (2,1)	3 (15,7)	19 (12,8)
Ensino Fundamental completo/incompleto	18 (40)	21 (55,3)	23 (50,1)	10 (52,8)	72 (48,7)
Ensino médio completo/incompleto	6 (13,3)	5 (13,1)	8 (17,3)	2 (10,5)	21 (14,2)
Ensino superior completo/incompleto	4 (8,9)	5 (13,1)	6 (13,1)	2 (10,5)	17 (11,4)
Ign/Branco	6 (13,3)	3 (7,9)	8 (17,4)	2 (10,5)	19 (12,9)
TOTAL	45 (100%)	38 (100%)	46 (100%)	19 (100%)	148 (100%)

Fonte: Dados coletados do Sinan-PB, 2013-2016.

Na tabela 2, estão apresentados os resultados correspondentes aos aspectos clínicos-epidemiológicos dos casos de coinfeção TB-HIV quanto à forma clínica, modalidade de tratamento, uso da TARV durante o tratamento para TB, e a realização do teste tuberculínico. Essas variáveis revelaram maior prevalência da TB pulmonar (72,8%); um grande número de resultados ignorados (49,3%) na variável modalidade de tratamento como também em relação ao uso da TARV (79,0%) e; no que se refere à realização do teste tuberculínico, o resultado em branco foi o mais encontrado (50,0%) entre os casos, revelando a baixa completude dessas variáveis no sistema.

Tabela 2. Aspectos Clínicos Epidemiológicos dos Coinfectados com TB-HIV que curaram a TB, do estado da Paraíba- PB, Brasil, 2013- 2016.

VARIÁVEIS	2013	2014	2015	2016	2013-2016
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Forma clínica da TB					
Pulmonar	30 (66,7)	28 (73,6)	34 (74,0)	16 (84,2)	108(72,8)
Extrapulmonar	13 (28,9)	10 (26,4)	12 (26,0)	3 (15,8)	38 (26,1)
Pulmonar+	2 (4,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,1)
Extrapulmonar					
Modalidade de tratamento da TB					
Supervisionado	10 (22,2)	24 (63,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	34 (23,0)
Auto Administrado	34 (75,5)	7 (18,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	41 (27,7)

Ignorado/Branco	1 (2,3)	7(18,4)	46 (100)	19 (100)	73 (49,3)
Uso da TARV durante o tratamento para TB					
Sim	0 (0,0)	2 (5,3)	17 (37)	9 (47,3)	28 (18,9)
Não	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (2,1)	1 (5,4)	3 (2,1)
Ignorado	45 (100)	35 (92,1)	28 (60,9)	9 (47,3)	117 (79,0)
Teste tuberculínico					
Realizado	10 (22,2)	6 (15,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (10,8)
Não realizado	32 (71,1)	26 (68,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	58 (39,2)
Em branco	3 (6,7)	6 (15,9)	46 (100)	19 (100)	74 (50,0)
TOTAL	45 (100%)	38 (100%)	46 (100%)	19 (100%)	148 (100%)

Fonte: Dados coletados do Sinan-PB, 2013-2016.

4. DISCUSSÃO

O estudo revelou maior proporção de cura entre os homens, o que pode estar relacionado ao fato de que os homens adoecem mais por TB, o que acarretaria em um resultado expressivo nesse sexo. Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro constatou que pessoas do sexo feminino possuíam 1,40 vezes mais chance de curar a TB quando comparadas com pessoas do sexo masculino. Sabe-se que o menor interesse entre os homens com a saúde refletida na baixa procura pelos serviços de saúde é um fator que contribui para essa realidade. (CAMELO et al., 2016; ROSSETO, 2016; MAGNO et al., 2017; JUNIOR, VIRGILIO E MEDRONHO, 2016).

No que se refere a faixa etária, os indivíduos de 30 a 59 anos foram os que mais curaram a TB, o resultado vem de encontro com os estudos que apontam para a coinfeção mais presente na faixa etária economicamente ativa (CÂMELO et al., 2016; BALDAN et al., 2017). O alcance da cura para TB em PVHA e que estão numa fase produtiva da vida profissional torna-se ainda mais difícil; principalmente ao levarmos em consideração que a presença das duas doenças debilita ainda mais esta população, impossibilitando-os, muitas vezes, de realizar suas atividades laborais (CASTRIGHINI *et al.*, 2017)..

Nesse sentido, é importante destacar o impacto positivo que a cura para TB causa na vida pessoal e social desses doentes em idade produtiva como também na sociedade, ao

possibilitar qualidade de vida e possivelmente a reinserção deles nas atividades socioeconômicas (LEMOS *et al.*, 2017).

Em relação à raça, predominou os doentes da raça parda, que corrobora com o perfil da TB em PVHA traçados em vários estudos (BALDAN, FERRAUDO, ANDRADE, 2017; LEMOS *et al.*, 2017; BRASIL, 2017c). A classificação da raça/cor em um estudo com dados secundários é dificultada, pois não se pode afirmar que foi o indivíduo que se auto referiu, embora seja uma variável importante porque permite compreender como a doença está disposta na sociedade e assim traçar a caracterização dos doentes que estão mais expostos ao adoecimento (CASTRICHINI *et al.*, 2017).

Dentre as variáveis estudadas aquela que está fortemente ligada às condições socioeconômicas precárias que caracteriza a TB como uma doença relacionada à pobreza e a má distribuição de renda é a baixa escolaridade, que está presente em vários outros estudos (BRASIL, 2017c; MAGNO *et al.*, 2017) e contribui para dificuldades de acesso aos serviços de saúde ocasionadas em grande parte pela falta de incentivos sociais, pelo estigma social, pela falta de informações em relação a doença e pelo comportamento do próprio doente em relação ao enfrentamento da doença .

As condições econômicas e sociais refletem na saúde dos indivíduos, de acordo com Maciel e Santos (2015) a maior parte da carga das doenças e das iniquidades em saúde acontecem devido às condições em que as pessoas vivem na sociedade. Sendo assim, o enfrentamento e controle da TB não se restringem a ações de saúde, perpassam também pelas questões sociais e requer esforços de todos os sujeitos: gestores, profissionais de saúde e a própria sociedade, para combater as desigualdades sociais.

A forma clínica da TB mais presente entre os coinfectados que curaram foi a pulmonar, forma que também predominou em outro estudo, no qual 78,8% dos coinfectados apresentaram TB pulmonar (BRASIL, 2017c). A cura da TB pulmonar é muito importante para a saúde pública, pois ela é a principal forma transmissível da doença e responsável pela cadeia de transmissão. A realização do diagnóstico e início do tratamento de forma rápida, permite que essa cadeia seja interrompida precocemente, tendo em vista que o início do tratamento adequado e o uso correto dos medicamentos antiTB diminuem a transmissibilidade em duas a três semanas, além de contribuir para a cura da doença e conseqüentemente na sobrevivência desses pacientes(BRASIL, 2017c; GASPAR *et al.*, 2016).

Dessa forma, torna-se importante que os profissionais de saúde realizem ações de forma integralizada que investigue ambos os agravos de maneira crítica, visando substituir o modelo biologicista e a forma de atendimento centrado em apenas uma patologia

(MAGNOBOSCO *et al.*, 2016). De acordo com o Ministério da Saúde, as PVHA devem ser indagadas em todas as consultas sobre a presença de sinais e sintomas sugestivos para a TB: tosse independente do tempo, sudorese noturna, febre e emagrecimento; assim como deve ocorrer à investigação da Infecção Latente para Tuberculose (ILTb), que ocorre quando o indivíduo não apresenta sintomas para TB, mas possui o *Micobacterium Tuberculosis* no organismo e pode progredir para o adoecimento. Caso a PVHA seja contato de pacientes bacilíferos, é indicado o tratamento para ILTB; além disso, todos os doentes de TB devem realizar o teste rápido anti-HIV (SAMPERIO *et al.*, 2017; BRASIL, 2017a).

A busca ativa de sintomáticos respiratórios é uma importante estratégia para o controle da TB na sociedade, e deve ser realizada por todos os serviços de saúde com objetivo de interromper a cadeia de transmissão da TB. Reconhece-se como sintomático respiratório o indivíduo que apresenta tosse por tempo igual ou superior a três semanas, no entanto, em PVHA esse tempo é de duas semanas. Essa estratégia não se resume a perguntar ao indivíduo sobre a presença da tosse, engloba além da educação em saúde, a realização de orientações ao sintomático respiratório sobre a importância da coleta adequada de escarro para realização da baciloscopia e assim possibilitar o tratamento de forma precoce para os casos positivos (BRASIL, 2013).

Para as pessoas coinfectadas com TB e HIV deve-se fazer uma abordagem integral sobre a gravidade das duas doenças, as formas de transmissão, a importância da adesão aos tratamentos da TB e do HIV e de se avaliar os contatos dos usuários com TB. O acolhimento aos pacientes coinfectados é peça chave para a adesão ao tratamento, e compreende uma escuta sem julgamentos, através da qual seja possível avaliar os fatores de risco e as vulnerabilidades que circundam o doente (BRASIL, 2013).

A partir da análise da variável modalidade de tratamento, no presente estudo, observou-se que houve maior percentual em branco/ignorado. Esse achado pode estar associado ao fato de que muitos profissionais enxergam as fichas que alimentam os sistemas de informação apenas como uma ferramenta burocrática para registros, não havendo a preocupação de preencher todas as informações nelas contidas, que servem de base para estudos (SILVA *et al.*, 2017). Outro fator que pode estar fortemente associado ao preenchimento insuficiente das fichas é a fragilidade na comunicação profissional-usuário que pode dificultar a abordagem dos questionamentos contidos na ficha (SOARES *et al.*, 2017).

No entanto, observou-se também que no ano de 2014, mais da metade dos casos coinfectados, em estudo, que alcançaram a cura realizaram o tratamento supervisionado corroborando com outros estudos que reconhecem o TDO como ferramenta que causa

impacto positivo nos índices de cura e abandono (OLIVEIRA et al, 2015). Esse resultado pode está relacionado ao fato de que o Ministério da Saúde , em 2013, lançou um documento que orienta a atenção aos pacientes coinfectedados com TB e HIV, e esclarece que a realização do TDO pode ocorrer de forma compartilhada entre o SAE e a Atenção Básica (BRASIL, 2013).

O SAE é o serviço preferencial para o manejo da coinfeção TB- HIV, embora diante da complexidade da coinfeção TB-HIV seja importante que haja integração e colaboração entre os programas de tuberculose e de HIV/aids, dessa maneira a Atenção Básica pode realizar o cuidado compartilhado das PVHA junto ao SAE, principalmente em relação ao TDO (OLIVEIRA *et al.*, 2015; BRASIL, 2017a).

Quanto ao uso da TARV durante o tratamento da TB, foi possível observar que no ano de 2014 houve preenchimento dessa modalidade, no sistema, com predominância de 5,3% de pacientes que fizeram uso da TARV. No entanto, é necessário destacar que essa variável foi incluída em 2015 na ficha de notificação/investigação de TB, sendo assim surge a indagação de como há registro no ano antecedente, se isso ocorre devido a utilização de dados anteriores para alimentar o sistema. A partir do ano de 2015 percebe-se a predominância de ignorados para essa variável, fato que deve importar em capacitações para os profissionais visando salientar a extrema relevância do preenchimento correto e suficiente das fichas para a saúde pública (BRASIL, 2017c).

De acordo com a literatura, o uso da TARV, deve ser iniciado rapidamente entre a 2^a e 8^a semana após o diagnóstico da TB, além de proteger a PVHA contra TB e outras infecções, colabora para o sucesso do tratamento. No Brasil, no ano de 2014, foi revelado um aumento de 34,5% no percentual de cura em pacientes coinfectedados com TB- HIV em uso de TARV (BRASIL, 2017c). A TARV é recomendada para todos os pacientes com TB-HIV porque influencia diretamente no desfecho positivo para a TB; seu início de forma oportuna é uma das estratégias do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, a qual objetiva intensificar as atividades colaborativas para TB-HIV (BRASIL, 2017d)

Com relação à realização da Prova Tuberculínica (PT), mediante a inoculação intradérmica do Derivado Proteico Purificado (PPD), recomendada pelo Ministério da Saúde para ser realizada pelo menos uma vez ao ano em PVHA, a fim de investigar uma possível infecção por TB: a ILTB. Porém, nesse estudo a realização da PT não pode ser mensurada, já que metade dos resultados estavam em branco, seguido de 39,2% que não realizaram o teste. Fato que nos chama atenção, pois sabe-se que 1/3 da população mundial pode está infectada

pelo *Micobacterim tuberculosis* e não manifeste a doença. Assim, a PT é um exame fundamental para prevenir o adoecimento por TB ativa (WHO, 2017).

O tratamento para a ILTB em PVHA reduz o risco para progressão da doença em até 62%, e está indicado para pacientes assintomáticos com radiografia de tórax normal e uma dessas situações: PT \geq 5mm, contatos de bacilíferos, histórico de PT > 5mm sem ter realizado a quimioprofilaxia; e em pacientes com radiografia de tórax que apresenta cicatriz de TB, sem tratamento anterior e afastada a possibilidade de TB ativa (BRASIL, 2017a).

É importante ressaltar que nesse estudo, com dados secundários, constituiu-se como limitações as dificuldades para obtenção de informações completas devido às lacunas encontradas no preenchimento das informações na ficha de notificação.

5. CONCLUSÃO

A predominância do sexo masculino, da faixa etária economicamente ativa, da raça parda e da baixa escolaridade possibilitou compreender a situação atual dos casos de coinfeção TB/HIV que curaram a TB e revelou que esse perfil é semelhante com a forma como a TB predomina na sociedade. Além disso, o percentual de cura (48%) entre as PVHA, no presente estudo, não alcançou as metas propostas pela OMS. Fato que aponta para a necessidade de fortalecer ações de saúde que visem o controle da TB no estado.

Através da análise dos dados para a obtenção do perfil clínico epidemiológico constatou-se que a forma pulmonar da TB esteve mais presente, isso favorece a quebra da cadeia de transmissão da doença e reduz a carga de TB na sociedade. Mas também, foi possível observar, em relação à modalidade de tratamento, uso da TARV durante o tratamento da TB e realização da PT que há implicações relacionadas à falta de completude das fichas que alimentam o sistema, sendo necessário investir em capacitações para os profissionais de saúde com o objetivo de enfatizar a importância do registro e atualizações dessas informações nos sistema para nortear o planejamento de ações e tomada de decisões.

Ademais, destaca-se a importância de fortalecer estratégias que contribuem para a adesão ao tratamento das duas doenças, para a qualificação da assistência e para a promoção da qualidade de vida das PVHA através da cura da TB. Dentre elas, pode-se citar a importância da expansão da prática do TDO; da realização da investigação da ILTB, da TB ativa e do HIV em indivíduos acometidos por TB e do monitoramento do uso da TARV pelos profissionais de saúde. Destarte, espera-se que os resultados encontrados possam contribuir

para intensificar essas estratégias e, principalmente, quanto à completude dos registros, o que possibilita uma melhor retratação dos meios que culminam com a cura da TB. Esses dados ainda são escassos, e servem como base para formulação de ações de controle da doença.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS CURE IN INDIVIDUALS COINFECTED WITH HIV

Thaynara Eloise Baracho de Albuquerque Farias[†]

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the clinical epidemiological profile of patients co-infected with tuberculosis TB-HIV who cured TB, during the period from 2013 to 2016. **METHODS:** Cross - sectional, descriptive study with quantitative approach. The study population consisted of all new cases of TB-HIV co-infection with healing outcome for TB, notified by Sinan-PB from January 2013 to June 2016. Data were collected from September to March 2018 at Sinan-PB, using the Tabwin32 version 4.8, and then stored and tabulated in Microsoft Excel 2010 spreadsheets. The variables were 1) sociodemographic: sex, age, race, schooling; 2) Clinical-epidemiological: clinical form of tuberculosis, treatment modality of tuberculosis, use of antiretroviral therapy during treatment for tuberculosis, and tuberculin skin test. **RESULTS:** 148 (46%) new cases of TB-HIV co-infection healed TB, of which 73.6% were male, 81.1% of the age group between 30 to 59 years, 81.3% belong to the brown race and 48.7% had low schooling. Regarding the clinical-epidemiological aspects, pulmonary TB was predominant, with 72.8% of the cases; 49.3% presented "ignored" in treatment modality, as well as 79% in the use of TARV and 50% in blank in the tuberculin test. **CONCLUSION:** This study enabled to understand the current situation of cases of TB / HIV that healed TB and found that this profile is similar to the way TB is willing in society: male gender, low education, mixed race and age economically active. It was found that the pulmonary form of TB was more present, which contributes to reducing the burden of TB in society. It was evident, too, the lack of completeness of the chips that power the systems, being necessary to invest in training for health professionals and the importance of strengthening strategies that contribute to adherence to treatment of both diseases.

Keywords: Tuberculosis; Hiv; Epidemiological surveillance.

[†] Aluno de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: narabaracho@gmail.com

REFERÊNCIAS

BALDAN, S. S; FERRAUDO, A.S.; ANDRADE, M. Características clínico-epidemiológicas da coinfeção por tuberculose e hiv e sua relação com o índice de desenvolvimento humano no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Revista. Pan-Amazônica de Saúde**, v.8, n.3, p. 59-67, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos**. Relatório de Recomendação. Jun., 2017a. Disponível em: dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Boletim-TB-HIV.pdf. Acesso em 23 de fev., 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**.v.48, n.08, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa-de-P-blica-no-Brasil.pdf>. Acesso em 2 de mar., 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Coinfeção TB-HIV no Brasil: Panorama Epidemiológico e atividades colaborativas 2017, 2017c. Disponível em: [http://file:///C:/Users/Cliente%20Preferencial/Downloads/boletim_tb_hiv_2%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Cliente%20Preferencial/Downloads/boletim_tb_hiv_2%20(1).pdf). Acesso em 02 de mar., 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CÂMELO, E. L. S. et al. Tuberculosis in Brasil: New cases, healing and abandonment in relation to level of education. **International archives of medicine**, v.09, n.69, 2016.

CASTRIGHINI, C. C. et al. Prevalência e aspectos epidemiológicos da coinfeção HIV/tuberculose. **Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro**, v.25, n. e17432, 2017.

GASPAR, R.S. et al. Análise temporal dos casos notificados de tuberculose e de coinfeção tuberculose-HIV na população brasileira no período entre 2002 e 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.42, n.6, p. 416- 422, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 04 de mar., 2018.

JUNIOR, J. C. P.; VIRGILIO, T. C.; MDRONHO, R. A. Comparação da proporção de por tuberculose segundo a cobertura e tempo de implantação de saúde da família e fatores socioeconômicos e demográficos no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2012. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.5, Rio de Janeiro, mai.2016.

LEMOS, L. A. et al. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com a com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose. **Rev. Latino- Am. de Enferm.**, v.24, n.e2691, 2016.

LIMA, M. S. et al. Mortality related to tuberculosis – HIV/ AIDS co-infection in Brazil: 2000-2011: epidemiological patterns and time trends. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.10, out, 2016.

MACIEL, E. L.; SANTOS, B. R. Determinants of tuberculosis in Brazil: from conceptual framework to practical application. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 38, n. 01, p. 28-34, 2015.

MAGNO, E. S. et al. Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do estado do Amazonas, Brasil, 2001- 2012. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.5, 2017.

MAGNOBOSCO, G. T. et al. Controle da tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Latino- Am. de Enferm.**, v.24, n.e2798, 2016.

OLIVEIRA, R. C. C. et al. Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 06, p. 1069-77, 2015.

ROSSETO, M. **Estudo Epidemiológico sobre coinfeção TB/HIV/aids e fatores de risco para internação e mortalidade em Porto Alegre, Rio Grande do Sul** [tese doutorado]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.

SAMPERIO, P. M. Diagnosis of tuberculosis in HIV CO-infected Individuals: current status, challenges and opportunities for the future. **Scandinavian journal of Immunology**, n.86, p. 76-82, 2017.

SILVA, G. D. M. Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.10, p. 3307- 3319, 2017.

SOARES, M. L. M. et al. Aspectos sociodemográficos e clínico- epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001 a 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n.02, p. 369-378, abr-jun., 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global tuberculosis report 2017. **Geneva: World Health Organization; 2017**

ANEXOS

ANEXO 1- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TB DO SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº
<p>CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose. CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).</p>						
1 Tipo de Notificação		2 - Individual				
2 Agravado/doença		TUBERCULOSE		3 Código (CID10)	3 Data da Notificação	
4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data do Diagnóstico		
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento				
10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante		13 Raça/Cor
14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
22 Número		23 Complemento (apto., cass, ...)		24 Geo campo 1		
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)		
<p>Dados Complementares do Caso</p>						
31 Nº do Prontuário		32 Tipo de Entrada				
33 Populações Especiais		34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo		35 Se Extrapulmonar		
36 Doenças e Agravos Associados		37 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		38 Radiografia do Tórax		39 HIV
40 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB		41 Histopatologia		42 Teste de Sensibilidade		
43 Cultura		44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)		45 Teste de Sensibilidade		
46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Total de Contatos Identificados		48 Assinatura		
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		Assinatura		
Nome		Função		Assinatura		
Tuberculose		Sinan NET		SVS 02/10/2014		

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

48	UF	49 Município de Notificação Atual	Código (IBGE)	50	N° Notificação Atual
51	Data da Notificação Atual		52	Unidade de Saúde Atual	
				Código	
53	UF	54 Município de Residência Atual	Código (IBGE)	55	CEP
56 Distrito de Residência Atual			57 Bairro de Residência Atual		
58 Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica					
<input type="checkbox"/> 1º mês <input type="checkbox"/> 2º mês <input type="checkbox"/> 3º mês <input type="checkbox"/> 4º mês <input type="checkbox"/> 5º mês <input type="checkbox"/> 6º mês <input type="checkbox"/> Após 6º mês					
59	Número do prontuário atual		60	Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado	
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
61	Total de contatos examinados				
52 Situação de Encerramento					
1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB-DR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário					
63 Se transferência					
1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado					
64	UF de transferência	65	Município de transferência	66	Data de Encerramento

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS
PLATAFORMA BRASIL

**PARECER DO RELATOR**

Número do parecer: 59349316.8.0000.5187

Data da 1ª relatoria: 21/09/2016

Data da 2ª relatoria: 30/11/2016

Situação do projeto: APROVADO.

TÍTULO: Avaliação da situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no estado da Paraíba - Brasil.

Apresentação do Projeto: A tuberculose (TB) constitui a principal causa de morte em pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), além disso, coinfectados com TB/HIV são mais propensos a desenvolver resistência aos tuberculostáticos e ao insucesso terapêutico, representando um grande desafio para a saúde pública. Conhecer o perfil dos doentes, os aspectos de adesão ao tratamento, a distribuição espacial desses casos, bem como a situação de encerramento da TB é de suma importância no aperfeiçoamento dos serviços de saúde envolvidos no controle da TB e do HIV.

Objetivo da Pesquisa:


Avaliar a situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no estado da Paraíba, no período de 2013 a 2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando os objetivos e o exposto na metodologia, observa-se que os procedimentos a serem realizados apresentam risco mínimo aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ANEXO 3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

 **GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria da Saúde

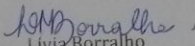
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – GEVS
GERÊNCIA OPERACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
NÚCLEO DE DOENÇAS ENDÊMICAS**

Termo de Autorização Institucional

Declaramos para os fins de realização da pesquisa que disponibilizaremos os dados solicitados para que a Pesquisadora Profª. Drª. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo possa submeter na Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética e Pesquisa, o seu projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no Estado da Paraíba - Brasil” cujo objetivo geral é avaliar a situação epidemiológica da coinfeção Tuberculose-HIV no Estado da Paraíba, no período de 2013-2016.

A aceitação esta condicionada ao cumprimento da pesquisadora responsável aos requisitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como contribuir com este setor no aprimoramento de suas atividades.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2016.


Livia Borralho
Chefe do NDE/GEVS/SES-PB
Mat. 182.821-5

Livia Menezes Borralho
Mat. 182.821-5

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB
Fones: (83) 3218-7330/7329