



ASPECTOS SOCIAIS E DE SAÚDE DE PORTADORES DA COINFEÇÃO HIV/TUBERCULOSE

SOCIAL AND HEALTH ASPECTS OF PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV/TUBERCULOSIS

ASPECTOS SOCIALES Y DE SALUD DE PORTADORES DE LA COINFECCIÓN VIH/TUBERCULOSIS

Larissa de Araújo Lemos¹, Alessandra Rodrigues Feijão², Marli Teresinha Gimeniz Galvão³

Objetivou-se avaliar os aspectos sociais e de saúde e a percepção diante do diagnóstico de indivíduos com a coinfeção HIV/tuberculose. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa-qualitativa, realizado em hospital de referência em Fortaleza, Ceará, de janeiro a abril de 2009, utilizando-se entrevista semiestruturada em ambiente privativo. Os dados foram analisados de modo descritivo e por análise de conteúdo. Participaram 16 pacientes com coinfeção HIV/tuberculose, 56,25% do sexo masculino, com faixa etária predominante entre 31 a 39 anos (43,75%), com pouca escolaridade e renda familiar mensal de aproximadamente um salário mínimo. A forma predominante da apresentação da tuberculose foi a pulmonar (62,50%). A percepção sobre a descoberta da coinfeção foi demonstrada por duas categorias: Medo e angústia face ao diagnóstico e Mudanças nos hábitos de saúde e no estilo de vida. Urge, diante dos achados, a promoção do bem-estar psicológico e físico desses pacientes, por meio de ações políticas e de saúde.

Descritores: Coinfeção; HIV; Tuberculose.

The aim was to assess the social and health aspects and perception about the diagnosis of individuals co-infected with HIV/tuberculosis. This descriptive study, with quantitative-qualitative approach was accomplished at a referral hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil, between January and April 2009, using semistructured interviews held in a private environment. Data were analyzed descriptively and through content analysis. Participants were 16 patients co-infected with HIV/tuberculosis, 56.25% male. The predominant age range was between 31 and 39 years (43.75%), education levels were low and the monthly family income was approximately one minimum wage. Pulmonary tuberculosis was the predominant form (62.50%). Patients' perception about the discovery of the co-infection was demonstrated through two categories: Fear and anguish in view of the diagnosis and Changes in health habits and lifestyle. In view of the findings, there is an urgent need to promote these patients' psychological and physical wellbeing through political and health actions.

Descriptors: Coinfection; HIV; Tuberculosis.

La finalidad fue evaluar los aspectos sociales y de salud y la percepción ante diagnóstico de individuos coinfectados con VIH/tuberculosis. Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo-cualitativo en hospital de referencia en Fortaleza, Ceará, Brasil, desarrollado entre enero y abril del 2009, mediante entrevista semiestructurada en ambiente privativo. Los datos fueron analizados de manera descriptiva y por análisis de contenido. Participaron 16 pacientes con coinfección VIH/tuberculosis, 56,25% masculino, en el rango de edad predominante entre 31 y 39 años (43,75%), con poca escolaridad y renta familiar mensual de aproximadamente un salario mínimo. La forma predominante de la tuberculosis fue la pulmonar (62,50%). La percepción sobre la descubierta de la coinfección fue demostrada por dos categorías: Miedo y angustia ante el diagnóstico y Cambios en los hábitos de salud y estilo de vida. Urge, ante los hallazgos, la promoción del bienestar psicológico y físico de esos pacientes, mediante acciones políticas y de salud.

Descritores: Coinfección; VIH; Tuberculosis.

*Este artigo faz parte de um projeto amplo intitulado "Capacidade de autocuidado de pacientes com coinfeção HIV/Tuberculose", financiado pelo CNPq/ Processo nº 479237/2010-7.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lariaaraujo27@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. E-mail: alexsandrarf@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisador do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) constitui uma das complicações mais comuns associadas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em todo o mundo, sobretudo em países em desenvolvimento. A associação entre as duas infecções, denominada coinfeção HIV/TB, deve-se à facilidade da transmissão e surgimento da doença ativa em condições como desnutrição, pobreza, aglomerações e em indivíduos imunossuprimidos⁽¹⁾.

Consoante o Ministério da Saúde aponta, as situações que interferem no sucesso do controle da tuberculose destacam-se como: a precariedade dos serviços para assistência ao doente ou ao indivíduo com suspeita de TB; a dificuldade da população menos favorecida ter acesso aos meios de transporte e de acesso à rede de saúde; a falta de recursos para alimentar-se, para aderir e dar continuidade ao tratamento. Dessa forma, tais condições comprometem a identificação precoce do diagnóstico e a continuidade do tratamento, acarretando em péssimas repercussões para o coinfectado e para o refreamento da tuberculose⁽²⁾.

O problema da TB no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, em que os determinantes do estado de pobreza, as condições sanitárias precárias e as deficiências organizacionais do sistema de saúde limitam o alcance das metas de controle da tuberculose e, por consequência, inibem o desaparecimento de doenças marcadas pelo contexto social⁽³⁾. A região Nordeste, por sua vez, detem os piores índices de desenvolvimento socioeconômicos, dificultando as ações de prevenção e controle dessas infecções⁽⁴⁾.

Em relação aos diferentes aspectos descritos, para controlar a epidemia da coinfeção HIV/TB, necessita-se de amplo esforço global, associando estratégias de rápida detecção e tratamento dos casos,

dos comunicantes e dos indivíduos com infecção latente⁽⁵⁾. Implica também o despertar dos profissionais para a implementação de ações de promoção da saúde e da atenção dos gestores em gerar e viabilizar políticas públicas centradas na redução das taxas de coinfeção HIV/TB e na melhoria da qualidade de vida dessa população.

No entanto, além do sistema de saúde e dos profissionais estarem sensibilizados para o problema, o controle da coinfeção perpassa pelas condições e modos de viver das pessoas infectadas, pois a tuberculose é uma doença com forte associação com as más condições de vida⁽⁶⁾. Do exposto, os indivíduos vulneráveis e menos favorecidos são os mais propícios a adquirir a infecção e a desenvolver a doença, em função das situações precárias de moradia e pobreza aos quais estão submetidos.

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar os aspectos sociais e de saúde e a percepção diante do diagnóstico de indivíduos com coinfeção HIV/tuberculose atendidos em serviço de referência no Estado do Ceará.

MÉTODOS

Desenvolveu-se estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Empregou-se a pesquisa quantitativa para mensurar os dados sobre alguns aspectos das condições sociais e de saúde dos coinfectados HIV/TB. Para melhor compreensão da influência de tais aspectos nas condições de vida desses indivíduos, buscou-se apreender a percepção face ao diagnóstico da coinfeção HIV/TB.

A investigação foi conduzida no ambulatório especializado para atendimento de pacientes com coinfeção HIV/TB do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), referência no Estado do Ceará para atendimento de HIV/aids e tuberculose, no período de janeiro a abril de 2009.

Participaram 16 indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico confirmado de tuberculose e infecção pelo HIV, formalmente descrito no prontuário. Como critérios de inclusão, adotou-se pacientes casos novos de TB, ou seja, aqueles que nunca receberam tratamento para TB por um período igual ou superior a um mês; e estar no primeiro mês de tratamento da TB.

Os pacientes foram convidados a participar do estudo, sendo fornecidas orientações quanto à finalidade da pesquisa. Não houve recusa. Portanto, todos os casos novos em acompanhamento neste período participaram deste estudo. A entrevista foi realizada em ambiente privativo, nas dependências do referido ambulatório, após consulta médica habitual. Vale ressaltar que o atendimento aos pacientes com coinfeção HIV/TB ocorriam apenas às sextas-feiras pela manhã, sendo este período utilizado para o recrutamento dos pacientes que obedeciam aos critérios de inclusão.

Para coleta dos dados utilizou-se um formulário semiestruturado, dividido em duas partes. Na primeira constavam as informações relacionadas aos dados sociodemográficos e clínicos, cujas variáveis foram: sexo, idade, escolaridade, renda familiar mensal, situação ocupacional, hábitos nutricionais, hábitos de vida (atividade física e de lazer), uso de cigarro, álcool e drogas ilícitas, sono e repouso, queixas relacionadas à problemas de saúde (sinais e sintomas) e forma da tuberculose. A segunda parte continha duas questões norteadoras que investigava a percepção dos pacientes acerca da coinfeção HIV/TB, assim descritas: conte-me como se sentiu ao ser informado sobre o diagnóstico da coinfeção HIV/tuberculose e houve modificações no seu cotidiano relacionadas à coinfeção HIV/Tuberculose?

Para análise dos dados, os mensuráveis foram tratados por estatística descritiva por meio de frequência absoluta e relativa. No tocante às questões abertas, os

depoimentos foram estudados de acordo com a análise de conteúdo⁽⁷⁾ composta de três fases: 1. Organização e sistematização das idéias; 2. Exploração do material correspondente à transformação sistemática dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, visando atingir uma representação do conteúdo e, conseqüentemente, a compreensão do texto; e 3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Foram analisados os depoimentos e aglutinados os conteúdos semelhantes, formulando-se duas categorias temáticas: Medo e angústia face ao diagnóstico e Mudanças nos hábitos de saúde e no estilo de vida.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas, sob protocolo nº 025/2008. A participação dos sujeitos foi formalizada mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato, cada paciente foi nomeado pela letra p em maiúsculo seguida do número arábico que corresponde à sequência de inclusão no estudo.

RESULTADOS

Entre os 16 pacientes incluídos no estudo, 56,25% eram do sexo masculino. Conforme observado, a distribuição por idade mostra que 31,25% encontram-se na faixa etária entre 21 a 29 anos, 43,75% entre 31 a 39 anos e 25,00% entre 41 a 49 anos. A forma predominante da apresentação da tuberculose foi a pulmonar (62,50%).

No tocante à escolaridade, apenas 37,50% possuíam mais de oito anos de estudo, dentre eles dois com ensino superior completo; os demais informavam pouca inserção no ambiente escolar. Quanto à situação ocupacional, 18,75% estavam desempregados e 18,75% ocupavam-se de tarefas do lar. No concernente à renda familiar mensal, 75,00% informaram rendimento no valor de um salário mínimo (o valor

vigente à época era R\$ 415,00) e os demais (n=4) não tinham rendimentos fixos.

Em relação às condições de alimentação, nenhum dos estudados seguia orientação nutricional, e não se importavam em manter uma nutrição balanceada. No relacionado à ingestão hídrica, 68,75% consumiam dois litros ou mais de água diariamente.

Dentre os sintomas relatados, 62,50% referiram tosse com ou sem expectoração; a dispnéia esteve presente em 50,00% dos pacientes; 18,75% apresentaram outros sintomas respiratórios decorrentes de alergia, sinusite e faringite. No tangente às condições de sono e repouso, 6,25% dormiam menos do que seis horas por dia. Embora a maior parte tenha relatado uma quantidade de horas suficientes para um padrão de sono adequado, 18,75% informaram a necessidade de uso de medicamentos para dormir.

No relacionado aos hábitos de vida, houve predomínio de indivíduos que não praticam atividade física (93,75%); a busca por atividades de lazer se fizeram presentes em 75,00% dos pacientes. Verificou-se que a maioria não fazia uso de cigarro (93,75%); 12,50% ingeriam bebidas alcoólicas e usavam outros tipos de drogas.

A forma predominante de contaminação pelo HIV informada foi a via sexual (87,50%). Quanto ao tempo de conhecimento do diagnóstico da infecção pelo HIV, 37,50% obtiveram o resultado de soropositividade entre um a oito meses, confirmando que o diagnóstico de TB é sugestivo de infecção pelo HIV, devendo, portanto, ser solicitado a todos os casos novos de TB a realização do teste anti-HIV. Quanto ao estado evolutivo da doença, todos se encontravam na fase sintomática da infecção. Doenças oportunistas acometeram cerca de 37,50% dos pacientes, dentre elas pneumocistose, neurotoxoplasmose e herpes zoster. Houve relatos de internações hospitalares em 56,25% dos indivíduos, após o diagnóstico da infecção pelo HIV. Todos estavam

em uso de terapia antirretroviral e medicamentos antituberculosos.

No contexto da percepção dos pacientes face ao diagnóstico da coinfeção, as falas relacionadas aos sentimentos vivenciados foram exaustivamente lidas e agrupadas em categorias temáticas de acordo com o objetivo proposto, demonstrando modificações significativas no cotidiano diante da nova situação.

Medo e angústia face ao diagnóstico

Diante da situação exposta, prevaleceram sentimentos como tristeza, medo e angústia, bem como pensamentos acerca da morte e da impossibilidade de encarar a vida tal como antes da descoberta da doença. O desejo de morrer perpassa pelos sentimentos vivenciados após o resultado sorológico positivo, evidenciado quando o diagnóstico da coinfeção é obtido concomitantemente. Ademais, o conhecimento de que a aids e, sobretudo, a coinfeção HIV/TB, em alguns casos possui um prognóstico ruim e uma evolução clínica de rápida deterioração amedronta ainda mais o indivíduo que sobrevive com essa condição, conforme observado nas falas a seguir: *Me sinto quase morto, mas tenho esperança que posso ficar curado (P4). Fiquei muito triste, o abalo foi maior quando descobri o HIV (P7). Senti muito medo, angústia, vontade de morrer (P9). Por causa da minha doença sinto muita tristeza, porque não posso trabalhar e não tenho amigos (P10).*

Assim, o momento do diagnóstico desencadeia uma situação de crise, com diversos sentimentos e comportamentos negativos, porque o indivíduo entende que a aids junto à tuberculose representa uma condição de risco à saúde. No entanto, à medida que foram esclarecidos sobre as possibilidades terapêuticas de ambas as doenças e o prognóstico favorável relacionado à tuberculose, pela possibilidade de obter a cura, tais sentimentos foram reduzidos: *Fiquei muito mal, mas agora estou tranquila, enquanto tiver remédio para tomar (P7). Eu convivo bem com a doença porque eu tomo os remédios e não sinto nada (P11).*

Esses sentimentos, algumas vezes, desaparecem após o impacto inicial da descoberta do resultado, principalmente quando os pacientes recebem apoio dos profissionais de saúde, e, sobretudo, dos familiares e amigos.

Mudanças nos hábitos de saúde e no estilo de vida

Apesar dos transtornos revelados pelos indivíduos ao descobrir-se infectados, alguns demonstraram ser indiferentes ao diagnóstico, especialmente nos casos em que havia suspeita da infecção pelo HIV, por se considerarem expostos a riscos de contrair o vírus. A despeito da referida indiferença, a maior parte dos entrevistados informou mudanças nos hábitos de vida, perfazendo o desejo de estar mais saudável, por meio da interrupção do uso do cigarro e de bebidas alcoólicas e pelo aumento da ingestão hídrica e das horas de sono e repouso, motivadas, sobretudo, pela impossibilidade de trabalhar. Tais mudanças são descritas nos depoimentos seguintes: *Mudou muita coisa, eu me isolei dos meus amigos, não vou mais para festas e nem bebo mais (P2). Eu bebia quase todos os dias (P5). Hoje eu sou uma pessoa mais calma, deixei de sair (para festas), prefiro ficar mais em casa com minha família (P13). Convivo muito bem, enfrento o tratamento e me trato bem. No início senti mal estar, vômitos, quando iniciei o tratamento também, mas agora estou bem (P16).*

Conforme observado, as principais mudanças no estilo de vida face ao diagnóstico referem-se à redução de comportamentos de riscos à saúde, bem como à diminuição ou mesmo a interrupção de atividades de lazer realizadas no período noturno, consideradas pela maioria como inapropriadas para pessoas em situação de doença.

Constatou-se que, mesmo com o conhecimento da infecção, o diagnóstico que mais atinge e modifica os hábitos de vida é a descoberta do HIV, enfatizando a necessidade de um acompanhamento individualizado a fim de se obter o restabelecimento do bem-estar emocional e psíquico dessa clientela, como se percebeu

nas falas a seguir: *Eu nunca aceitei isso (HIV), me trato porque é o jeito (P4). Não aceito ainda, passo a maior parte do tempo em casa, não quero fazer nada (P2).*

DISCUSSÃO

O acometimento da coinfeção HIV/TB é mais frequente em homens, embora a epidemia da infecção pelo HIV venha crescendo em mulheres⁽⁸⁾. Neste estudo, verificou-se situação semelhante, pois o sexo masculino sobressaiu em relação ao feminino. Confirma-se, portanto, a população masculina como mais vulnerável e prevalente para coinfeção por HIV e tuberculose.

Consoante à faixa etária, foi predominante nesse estudo casos de coinfeção em adultos jovens, que representa parcela significativa da população economicamente ativa. Deste modo, os coinfectados HIV/TB encontram-se em plena fase produtiva da vida profissional, o que traz repercussões sociais para o portador, a família e a sociedade, a saber: dificuldades financeiras em decorrência do desemprego; preconceito e estigmatização; relações interpessoais prejudicadas, entre outras. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos indicando que pessoas jovens são alvos frequentes das infecções pelo HIV e tuberculose⁽⁸⁻⁹⁾.

A pouca escolaridade dos pacientes pode refletir-se em suas possibilidades profissionais, restringindo-os a atividades desfavoráveis de trabalho, mantendo seu estado de pobreza. É exatamente nessa população que a incidência de infecção por HIV é elevada, fomentando a manutenção de condições de vida precárias e um ambiente propício ao acometimento da tuberculose⁽⁹⁾.

A tuberculose por ser uma doença debilitante, representa para o doente um obstáculo à manutenção do trabalho, acarretando modificações no cotidiano, afetando o lado pessoal e profissional do indivíduo. Esses pacientes coinfectados encontram-se com o estado de saúde ainda mais comprometido, sendo seu cotidiano afetado de maneira drástica, devido ao afastamento do emprego e do convívio social⁽¹⁰⁾. Ainda,

a falta de conhecimento em relação à tuberculose é um fator predisponente ao surgimento de complicações e à não adesão ao tratamento⁽¹¹⁾.

Quanto aos aspectos relativos à proteção da saúde, são determinantes os fatores econômicos, sociais e culturais, além do nível de conhecimento e capacidade de compreensão sobre a doença e tratamento⁽¹²⁾. Esta relação é constatada no presente estudo, em que são observados baixa renda, escolaridade reduzida e índices elevados de sujeitos etilistas, além de usuários de drogas ilícitas e fumantes. No concernente ao uso dessas substâncias, os sujeitos desse estudo abandonaram esses hábitos, em virtude do alcoolismo e o uso de outras drogas corresponderem a um dos principais fatores que contribuem para o agravamento da coinfeção HIV/TB.

Segundo denotam os aspectos clínicos atuais, há necessidade de acompanhamento minucioso dos pacientes, pois estudo revela que 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⁽¹³⁾. Além disso, a TB pode acelerar o curso da infecção pelo HIV e o diagnóstico torna-se, frequentemente difícil. Ademais, a infecção pelo HIV altera a infecção por TB, sua manifestação clínica, duração do tratamento e tolerância aos antituberculosstáticos⁽¹⁴⁾.

O medo inicial decorrente da descoberta do diagnóstico deve-se, provavelmente, ao fato de que tanto a aids como o seu tratamento ainda são pouco conhecidos pela população em geral. Assim, informações incompletas, deturpadas e contraditórias veiculadas pelos meios de comunicação podem provocar confusão e dificuldade de entendimento acerca da progressão da doença⁽¹⁵⁾.

Descobrir-se contaminado pelo HIV, em alguns casos, é uma situação inesperada na vida de uma pessoa e pode implicar uma ameaça ao equilíbrio físico, emocional e social. Essas circunstâncias são quase

sempre cercadas de ansiedade, angústias, tensões, questionamentos e interrogações. E ainda, ante tais ocorrências, o indivíduo tem muitas vezes um comprometimento em suas relações sociais, que acarreta mudanças no seu modo de ser e viver. Assim, a descoberta do diagnóstico e o convívio com ele geram novos comportamentos e sentimentos, como a culpa pela contaminação, que recai sobre os indivíduos através do auto-estigma e da rejeição⁽¹⁶⁾.

Esse aspecto está corroborando com o achado deste estudo, embora tenha sido relatada uma postura indiferente frente ao diagnóstico por alguns participantes. Às vezes, o indivíduo nem sequer tem a noção da gravidade da doença, principalmente devido à falta de instrução. Dessa forma, para alguns, a primeira preocupação surge em virtude das possíveis dificuldades econômicas e de suas prováveis consequências para o tratamento⁽¹⁵⁾.

A aids por si só gera diversos sentimentos como medo do preconceito e do abandono dos entes acarretando ansiedade e sofrimento nesses indivíduos. Esses sentimentos negativos descritos revelam ainda a possibilidade do abandono ao tratamento ou o surgimento de dificuldades para a adesão deste. Pode, também, indicar prejuízos em suas condições de vida, e, conseqüentemente, menor possibilidade de sobrevivência⁽¹⁷⁾.

Os avanços no diagnóstico e no tratamento tornou a infecção pelo HIV atualmente reconhecida como doença crônica; assim, o caráter de cronicidade mostra a importância de acompanhar os pacientes em longo prazo, pois esses avanços geram um impacto considerável na vida dos portadores, na medida em que diminuem o temor relativo à iminência da morte, possibilitando a permanência de relações sociais, afetivas, de trabalho e de lazer. Assim deve-se reconhecer que existem possibilidades de assistência que tragam melhorias nas condições de vida do

indivíduo, mesmo sabendo que se trata de uma doença incurável⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar aspectos sociais e de saúde dos portadores da coinfeção HIV/TB, demonstrando principalmente as situações econômicas desfavoráveis, ocasionadas pelo desemprego e escolaridade reduzida. No concernente às condições de saúde, houve relatos de sintomas respiratórios, má alimentação e padrão de sono adequado.

Acerca da percepção sobre a coinfeção, os indivíduos informaram medo, tristeza e angústia frente a descoberta do diagnóstico. Ainda, constatou-se que os coinfectados, mesmo diante das dificuldades impostas pela doença, procuram abandonar hábitos que prejudicam a saúde, como o uso do cigarro e do álcool.

Diante da percepção dos pacientes acerca da coinfeção, vale ressaltar a importância de favorecer, concomitante ao tratamento das duas enfermidades, o restabelecimento e a promoção do bem-estar emocional e social desses indivíduos, mediante ações políticas e de saúde como forma de contribuir para um resultado eficaz da evolução das doenças.

Dessa forma, observa-se que o controle da coinfeção HIV/TB está intimamente ligado a assistência de enfermagem planejada, amparada na promoção da saúde, no contexto interdisciplinar, a fim de possibilitar o alcance da melhoria das condições sociais e de saúde, envolvendo mudança de comportamento para a redução da transmissão da tuberculose e do HIV e da morbimortalidade relacionada à coinfeção.

Diante do exposto, urge o desenvolvimento de novos estudos para propiciar a criação de estratégias no combate à coinfeção. As intervenções direcionadas para o controle da TB são fundamentais para a efetividade das ações programáticas voltadas ao controle da infecção pelo HIV.

REFERÊNCIAS

1. Gao L, Zhou F, Li X, Jin Q. HIV/TB co-infection in Mailand, China: A meta-analysis. *Plos One*. 2010; 5(5):e10736. [Cited 2012 Aug 27]. Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0010736>.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(suppl.1):1295-301.
4. Machado MMT, Galvão MTG, Lindsay AC, Cunha AJLA, Leite AJM, Leite RD et al. Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Fortaleza, CE, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(3):377-82.
5. Rodrigues JLC, Fiegenbaum M, Martins, AF. Prevalência de coinfeção tuberculose/HIV em pacientes do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Scient Med*. 2010; 20(3):212-7.
6. Vendramini SHF, Santos NSGM, Santos MLSSG, Chiaravalloti Neto F, Ponce MAZ, Gazetta CE et al. Análise espacial da co-infecção tuberculose/HIV: relação com níveis socioeconômicos em município do sudeste do Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010; 43(5):536-41.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70; 2009.
8. Prado TN, Caus AL, Marques M, Maciel EL, Golub JE, Miranda AE. Perfil epidemiológico de pacientes adultos com tuberculose e AIDS no estado do Espírito Santo, Brasil: Relacionamento dos bancos de dados de tuberculose e AIDS. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(1):93-9.
9. Brunello MEF, Chiaravalloti Neto F, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV/TB. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(3):556-63.

10. Assunção CG, Seabra JDR, Figueiredo RM. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. *Ciênc Enfermeria* 2009; 15(2):69-77.
11. Neves LAS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):1135-41.
12. Feijão AR, Lopes MVO, Galvão MTG. Importance of the Supportive-educative System of Orem Model in the patient compliance – reflexive study. *Online Braz J Nurs*. [periodico na Internet]. 2009 [Cited 2012 July 30]; 8(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/2213>.
13. Garfein RS, Laniado-Laborin R, Rodwell TC, Lozada R, Deiss R, Burgos JL, et al. Latent tuberculosis among persons at risk for infection with HIV, Tijuana, Mexico. *Emerg Infec Dis*. 2010; 16(5):757-63.
14. Kittikraisak W, Kingkaew P, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Natesuwan S, Manosuthi W, et al. Health related quality of life among patients with tuberculosis and HIV in Thailand. *Plos One*. [serial on the Internet]. 2012 [Cited 2012 Aug 29]; 7(1): e29775. Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0029775>
15. Maliska ICA, Padilha MI, Vieira M, Bastiani J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1):85-91.
16. Carvalho CML, Galvão MTG. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com aids face a sua doença. *Rev Rene*. 2010; 11(2):103-11.
17. Carvalho CML, Galvão MTG, Silva RM. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):94-100.
18. Ferreira RCM, Figueiredo MAC, Souza LB. Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. *Psicol Estud*. 2011; 16(2):259-67.

Recebido: 19/09/2012
Aceito: 25/11/2012