

COINFECÇÃO POR TUBERCULOSE E VIH/SIDA (HIV/AIDS) EM PACIENTES DA CIDADE DE SARANDI, ESTADO DO PARANÁ, BRASIL

CO-INFECTION WITH *Mycobacterium tuberculosis* (TB) AND HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV/AIDS) IN PATIENTS OF THE SARANDI CITY, PARANÁ STATE, BRAZIL

TAMARA CASSIANO¹, FRANCISMAR PRESTES LEAL^{2*}

1. Enfermeira, Hospital e Maternidade Maringá, Maringá, Paraná, Brasil; 2. Médico Hematologista, Professor na UniCesumar, Maringá, Paraná, Brasil.

Endereço de correspondência: Tamara Cassiano, Rua Ivan Pavlov, 617, Jardim Alvorada, Maringá, Paraná, Brasil, CEP 87.035-010. E-mail: tamara.cassiano@gmail.com

Recebido em 17/02/2015. Aceito para publicação em 19/02/2015

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi o de avaliar a frequência da coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculose) e pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/HIV) na cidade de Sarandi, Paraná, Brasil. Para tal, foram analisados dados coletados no ano de 2009, cedidos pelo "Programa Municipal de Tuberculose" da referida cidade. Dos 22 pacientes tuberculosos notificados pelo Programa Municipal de Tuberculose naquele ano, a maioria casos novos não-institucionalizados de homens jovens com baixos níveis sócio-econômicos e de escolaridade, cinco eram soropositivos para o VIH/HIV, denotando coinfeção em 26,32% dos casos testados (três pacientes com tuberculose não fizeram o teste anti-VIH/HIV), valor acima do índice nacional de 17% em 2013. O alto percentual de pacientes tuberculosos coinfectados pelo VIH neste estudo pode sugerir que a cidade de Sarandi necessita melhorar a abordagem deste grupo de doentes, buscando alcançar as metas estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle destas duas enfermidades.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, VIH, vírus da imunodeficiência humana, AIDS, SIDA, síndrome da imunodeficiência adquirida, tuberculose, *Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the frequency of co-infection with *Mycobacterium tuberculosis* (TB) and human immunodeficiency virus (HIV/AIDS) in the city of Sarandi, Paraná State, Brazil. Thus, the data collected in 2009 were analyzed, granted by the "Municipal Tuberculosis Program". Considering 22 TB patients notified by the Program in 2009, most new cases of non-institutionalized young men with low education and socioeconomic status, five were seropositive for HIV/AIDS, denoting a co-infection in 26.32% of tested cases. This rate was greater than the national rate (17%) in 2013. The apparently high percentage of patients with tuberculosis

co-infected with HIV may suggest that the Sarandi city need to improve the approach of this group of patients, seeking to achieve the targets set by the World Health Organization (WHO) to control these two diseases.

KEYWORDS: HIV, AIDS, tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, co-infection.

1. INTRODUÇÃO

Desde o surgimento dos primeiros casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) nas décadas finais do século passado, foi observado um número crescente de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/HIV), assim como um grande número de pacientes tuberculosos com sorologia positiva para o VIH, tanto em países em desenvolvimento como nos desenvolvidos¹. Em contrapartida, desde o início deste século, o número de novos casos de tuberculose tem declinado gradativamente, provavelmente resultado dos esforços mundiais, liderados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para erradicar essa doença. Em decorrência desse trabalho, estima-se que 37 milhões de vidas tenham sido salvas, entre 2000 e 2013, através do diagnóstico e do tratamento da tuberculose¹. A associação VIH/tuberculose pode aumentar a morbimortalidade das duas enfermidades em questão, constituindo-se em um sério problema de Saúde Pública, principalmente em nações com menos recursos financeiros, inclusive o nosso País². Estimativas da OMS indicam que a cada ano surgem mais de nove milhões de novos casos de tuberculose ativa e que morrem cerca de 1,5 milhão de infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*¹, e que no mesmo período sejam notificados mais de dois milhões e meio de novos casos de

infecção pelo VIH, além de ao redor de 1,8 milhão de óbitos atribuídos à SIDA associada a este vírus³. De fato, a tuberculose é a infecção oportunista mais frequente em indivíduos infectados pelo VIH, inclusive entre os que usam antirretrovirais. Em 2013, estima-se que tenham ocorrido 1,1 milhão de casos novos de tuberculose em pacientes VIH (+), quase 80% destes na África sub-Saara¹. Portanto, a infecção isolada destes agentes e, principalmente, a coinfeção tuberculose/VIH exercem uma enorme pressão nos Sistemas de Saúde em todo o mundo, mormente em locais com grande população de infectados e/ou poucos recursos financeiros⁴.

Num hospedeiro individual coinfectado, micobactéria e VIH se potencializam, acelerando a deterioração imunológica e clínica, o que aumenta a morbidade e a mortalidade destes indivíduos como um grupo. A chance de reativação de uma tuberculose latente aumenta em média 29 vezes num paciente infectado pelo VIH^{1,5}. Além disso, há evidências de que a própria tuberculose possa exacerbar a infecção pelo VIH⁶. Pelo menos um terço das 35 milhões de pessoas infectadas pelo VIH no mundo todo também o são pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo a tuberculose a principal causa de morte em pacientes com VIH/SIDA, respondendo por quase um quarto dos óbitos em sidéticos (cerca de 360.000 mortos em 2013), a grande maioria em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o nosso, sem distinção de gênero (exceto na África, onde a mortalidade é maior em mulheres)^{1,4-6}. Além disso, pacientes infectados pelo VIH têm um risco maior de morrer em decorrência de tuberculose resistente a múltiplas drogas, principalmente se há atraso no diagnóstico¹.

A vigilância epidemiológica da coinfeção VIH/micobacteriose envolve a avaliação da sua distribuição e provável disseminação na população, constituindo-se esta vigilância numa ferramenta importante para o conhecimento desta interação e para a elaboração de uma política de controle eficaz pela Saúde Pública. O nosso trabalho visou contribuir neste sentido, através do estudo da correlação entre tuberculose e VIH/SIDA na cidade de Sarandi, no noroeste do Paraná, sul do Brasil, sendo a primeira publicação sobre o assunto nesta cidade, quiçá na região, conforme as buscas feitas pelo nosso grupo de estudo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No presente estudo foi feita uma avaliação da correlação entre os casos de tuberculose e de VIH/SIDA na cidade de Sarandi, interior do Estado do Paraná, Brasil, através da análise dos dados de 22 prontuários do “Programa Municipal de Tuberculose” do ano de 2009, daquela cidade, referentes às admissões no referido Programa naquele período.

3. RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os indivíduos estudados quanto ao gênero sexual e a idade, sendo que dos 22 avaliados, a maioria jovens (mais da metade entre 19 e 39 anos), 17 eram homens e cinco eram mulheres, predomínio masculino que pode ser atribuído ao perfil dos atendidos pelo Programa (Tabela 2).

Tabela 1. Gênero e idade dos 22 pacientes avaliados.

Gênero		
Masculino	17	77,28%
Feminino	5	22,72%
Faixa etária		
19 a 39 anos	12	54,54%
40 a 59 anos	7	31,82%
≥ 60 anos	3	13,64%

A maioria dos pacientes não era institucionalizado, e os que eram vinham de presídios, como vemos na Tabela 2.

Tabela 2. Institucionalização dos 22 pacientes avaliados.

Não-institucionalizado	19	86,36%
Presídios	3	13,64%
Asilos	0	0%
Sanatórios	0	0%
Hospitais	0	0%
Outros	0	0%

O tipo de entrada/admissão no “Programa Municipal de Tuberculose” de Sarandi, no ano do estudo (2009), está resumido na Tabela 3, sendo a grande maioria dos casos cadastrados como “novos” (primodiagnósticos).

Tabela 3. Tipo de entrada no “Programa de Tuberculose”.

Caso novo	18	81,82%
Recidiva após tratamento	1	4,54%
Recidiva após abandono	2	9,10%
Transferência de outro Serviço	1	4,54%

Todos os 22 pacientes notificados pelo “Programa Municipal de Tuberculose” de Sarandi em 2009 fizeram tratamento medicamentoso contra a tuberculose, sendo que em metade dos casos ocorreu melhora significativa (cura), os quais receberam alta. Três dos pacientes avaliados (13,64%) morreram no período do estudo, dois dos quais tiveram a morte atribuída à coinfeção VIH/tuberculose (Tabela 4).

A Tabela 5 mostra o número de pacientes tuberculosos acometidos pelo VIH (SIDA). Dentre os pacientes com tuberculose que realizaram a pesquisa de VIH, 73,68% tiveram resultado negativo e 26,32% resultado

positivo. Três pacientes com tuberculose não realizaram o teste para VIH. Dos três óbitos registrados no ano de 2009 (Tabela 4), dois eram pacientes soropositivos (VIH positivos).

Tabela 4. Seguimento da terapia dos 22 pacientes tuberculosos.

Alta (Cura após tratamento)	11	50%
Abandono de tratamento	5	22,72%
Transferência a outro Serviço	3	13,64%
Óbito atribuído à tuberculose	1	4,54%
Óbito atribuído à AIDS/ TB	2	9,10%

Tabela 5. Teste para VIH nos 22 pacientes tuberculosos estudados.

Positivo (+)	5	22,72%
Negativo (-)	14	63,64%
Não realizado	3	13,64%

Metade dos pacientes tinha pelo menos um vício que poderia ser considerado um fator agravante das doenças estudadas (Tabela 6).

Tabela 6. Possíveis agravos associados nos 22 pacientes estudados.

Etilismo (Álcool)	7	31,82%
Tabagismo (Cigarro)	5	22,73%
Uso de drogas ilícitas	3	13,64%

Mais de 90% dos doentes estudados tinha baixa escolaridade (Tabela 7), o que provavelmente contribuiu, em associação com a situação socioeconômica desfavorável, com a falta de conhecimento ou desinformação sobre a tuberculose e sobre a infecção pelo VIH/SIDA, o que pode ter sido um agravante na aquisição e na disseminação das duas enfermidades.

Tabela 7. Nível de escolaridade dos 22 pacientes estudados.

Baixo (Primeiro Grau)*	20	90,91%
Médio (Segundo Grau)*	2	9,09%
Alto (Terceiro Grau)*	0	0%

*Completo ou não

4. DISCUSSÃO

A coinfeção tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*)/VIH (SIDA) tem se configurado em desafio diagnóstico, terapêutico e “profilático” no mundo todo, sobrecarregando Sistemas de Saúde já habitualmente fragilizados⁴.

A grave situação da tuberculose em todo o globo está intimamente ligada à pobreza e à urbanização acelerada e/ou desorganizada. Assim como a SIDA, a tuberculose atinge principalmente indivíduos que poderiam ser economicamente ativos, gerando um ciclo vicioso de causa/efeito. O controle insuficiente da SIDA e da tuberculose em certas regiões do planeta, inclusive com a emergência de focos de resistência à terapia a ambas, apon-

tam para a necessidade de medidas ainda mais enérgicas e eficazes de Saúde Pública neste sentido, o do controle, principalmente em países mais pobres⁷.

A “pauperização” dos pacientes acometidos por SIDA no Brasil foi frisada em estudos que mostraram que a coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* e VIH acomete principalmente indivíduos que vivem em condições socioeconômicas adversas. Escolaridade inferior a oito anos e baixa qualificação profissional são outros fatores predisponentes à infecção pelos agentes em questão e a não-adesão aos tratamentos dos mesmos^{8,13}. Todos estes fatores - pobreza, pouco estudo e renda baixa - estavam presentes nos pacientes acompanhados em Sarandi em 2009.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que haja anualmente quase dois milhões de mortes por tuberculose, sendo que em mais de 360.000 destes óbitos há a associação da tuberculose com a SIDA, um quarto de todas as mortes de pacientes infectados pelo VIH (dados de 2013). Em 2013, foram estimados 1,1 milhão de novos casos de tuberculose em pacientes VIH (+)¹. O impacto desta interrelação se faz criticamente alarmante quando se tem presente que o VIH é o maior fator de risco para o desenvolvimento da tuberculose em pessoas previamente infectadas e com micobacteriose latente. No Brasil, apesar de todos os esforços em contrário, ainda é grande a expressão da “epidemia de AIDS (SIDA)”, o que acaba se refletindo na frequência da tuberculose⁷.

A infecção pelo VIH, na verdade, modificou não apenas a epidemiologia da tuberculose, mas também a sua apresentação clínica, a duração do tratamento, a tolerância/resistência às drogas antituberculose e, possivelmente, a suscetibilidade dos comunicantes envolvidos. O indivíduo sidético infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis* tem um risco de adoecimento muito maior do que a população geral. O risco de um coinfectado desenvolver tuberculose ativa é de 5% a 10% ao ano, sendo muito maior do que o risco ao qual está exposto um indivíduo soronegativo (VIH negativo), que é de 5% a 10% durante toda a vida⁸. Pelo menos um terço dos infectados por VIH em 2013 também o eram por micobactérias, embora muitos não tenham manifestado a última infecção. Entretanto, um indivíduo infectado pelo VIH tem uma chance 26 a 31 vezes maior de desenvolver tuberculose ativa do que um soronegativo para o VIH¹. Além disso, as formas pulmonares não-cavitárias e as extrapulmonares de tuberculose são mais frequentes entre os portadores do VIH⁸. Num raciocínio semelhante, porém no caminho inverso, a epidemiologia, as manifestações clínicas e o manejo da SIDA em pacientes tuberculosos também é diferente dos pacientes sem esta coinfeção⁴⁻⁹. Assim, estas e outras evidências apontam para a necessidade de um maior conhecimento dos danos provocados pela interação entre estes dois agentes infecciosos.

Entretanto, os mecanismos de interação entre estes dois patógenos (VIH e *Mycobacterium tuberculosis*) no organismo humano ainda são pouco entendidos, o que atrapalha particularmente o planejamento e o desenvolvimento de medidas preventivas plenamente eficazes contra os mesmos⁴.

A oferta da sorologia para o VIH para todos os pacientes com tuberculose pode possibilitar o conhecimento dos percentuais de coinfeção nesses doentes. Há conjecturas de que o advento da SIDA tenha ocasionado um desastre no cenário mundial da tuberculose, com o dismantelamento de muitos Programas de Controle, pelo menos até recentemente, e nesse contexto tornou-se necessário conhecer melhor o perfil epidemiológico desses indivíduos, para que fosse possível oferecer subsídios para o planejamento de ações de controle desta coinfeção⁹.

O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo VIH, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia de SIDA. Deste modo, é importante considerar outros fatores que podem influenciar tal controle no âmbito individual e no âmbito coletivo e social. O primeiro refere-se à avaliação individual sobre “como se transmite tuberculose e AIDS”, através de perguntas sobre o acesso à informação, o conhecimento das doenças, o *status* social e os comportamentos de risco. A vulnerabilidade coletiva refere-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos Programas de Controle de Epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores específicos (do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, por exemplo), vulnerabilidades estas que podem ser classificadas como “altas”, “médias” ou “baixas”. Nesta perspectiva, enfatiza-se a necessidade de que os indivíduos se responsabilizem pela prevenção das doenças, imputando aos mesmos essa tarefa¹⁰.

A infecção pelo VIH é um dos principais fatores de risco, senão o principal, para que indivíduos infectados por *Mycobacterium tuberculosis* desenvolvam tuberculose ativa, e a epidemia de infecção pelo VIH/SIDA pode transformar a tuberculose de doença endêmica em epidêmica em várias partes do mundo¹⁰.

No Brasil, a taxa estimada de coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* em infectados por VIH já foi de 3% a 4%, dados possivelmente “subestimados” devido à subnotificação. Na Região Sudeste, onde a prevalência de infecção por VIH é a maior do País, encontram-se, em média, para os atendimentos ambulatoriais, taxas de 10% a 15% de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em portadores de VIH, taxas que sobem para 25% a 30% nos casos atendidos em unidades hospitalares¹¹. Segundo dados da OMS, no Brasil, em 2013, 65% dos 54.213 pacientes diagnosticados com tuberculose ativa foram

submetidos a sorologia para VIH, dos quais 9340 (17%) tiveram resultado (VIH) positivo¹. No nosso pequeno estudo, apenas 13,6% dos pacientes tuberculosos acompanhados não foram submetidos à pesquisa do VIH, sendo que 26,3% dos pacientes testados apresentaram resultado positivo para VIH, um índice que pode ser considerado alto.

O fato dos diagnósticos de tuberculose e da presença de VIH/SIDA ocorrerem em períodos próximos pode refletir a busca ativa do diagnóstico de tuberculose em pacientes soropositivos para VIH, ou vice-versa, pelos Serviços de Saúde e, ao mesmo tempo, reforça a necessidade de aconselhamento para a realização do teste anti-VIH (Anti-HIV) em caráter voluntário em pacientes com tuberculose, qualquer que seja a forma clínica dessa doença, na busca do diagnóstico precoce das infecções, como já recomendam o Ministério da Saúde e diretrizes de tratamento da tuberculose preconizadas em consensos de pneumologia brasileiros¹².

Logo, a sorologia anti-VIH (Anti-HIV) em pacientes com tuberculose é muito importante, dada a alta prevalência da coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* e VIH, recomendando-se o diagnóstico precoce da mesma, devido à mútua interação entre VIH/SIDA e tuberculose, que predispõe ao agravamento clínico e implicações no tratamento de ambas¹⁰⁻¹². A tuberculose pode se tornar ativa em qualquer fase da evolução da infecção por VIH, mas pacientes com comprometimento imunológico mais avançado podem ter formas de apresentação menos comuns, como a extrapulmonar e outras apresentações pulmonares menos “típicas”¹³.

O aumento da frequência da tuberculose (doença) em portadores de VIH/SIDA impôs uma óbvia sobrecarga aos Serviços de Saúde, expondo as deficiências existentes em Programas de Controle da Tuberculose, e apresentou desafios aos Profissionais de Saúde no diagnóstico e no tratamento dessa doença, devido às “modificações” da tuberculose e da própria SIDA nesses pacientes, como já vimos, desde sua sintomatologia e evolução clínica até a resposta ao tratamento preconizado¹⁰.

De conhecimento geral, a tuberculose é causada pelo bacilo da tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*), que mais comumente afeta os pulmões, sendo uma infecção curável e passível de prevenção¹. Quando uma pessoa com tuberculose pulmonar, em atividade, tosse, espirra ou escarra, os bacilos da tuberculose são liberados na respiração e no ar ambiente. Uma pessoa precisa inalar poucos bacilos para se infectar. É mais comum que a infecção seja transmitida em lugares fechados ou cheios de pessoas, normalmente em casa ou no trabalho¹⁴. Segundo a OMS, cerca de um terço da população mundial pode ter tuberculose latente, ou seja, que ainda não se manifestou. A chance destes “tuberculosos inativos” manifestarem a doença é de 10% ao longo de toda a vida, se forem imunocompetentes¹.

A infecção pelo VIH compromete a imunidade, reduzindo a capacidade do corpo de resistir a doenças, principalmente infecções. Neste cenário, doenças que um organismo sadio poderia combater, têm condições de se desenvolver. Os bacilos da tuberculose, como muitos outros agentes oportunistas, podem se aproveitar deste enfraquecimento das resistências do corpo e infectá-lo, tornando a tuberculose “ativa”^{1,14}.

Quando uma pessoa desenvolve tuberculose ativa, os sintomas e sinais (tosse, febre vespertina, suores noturnos, perda de peso etc.) podem ser leves, o que pode atrasar a busca por ajuda profissional e o diagnóstico, permitindo a transmissão da micobactéria a outros. Ao longo de um ano, até 15 pessoas (em média) podem ser infectadas por um indivíduo com tuberculose ativa. Sem um tratamento adequado, até 75% dos tuberculosos (doentes) podem morrer¹.

Nos últimos 100 anos a tuberculose tem sido superada ou controlada em muitos países por duas razões principais: a primeira, pelo fato de se saber como a doença se dissemina, o que começou com o trabalho de Robert Koch em 1882, permitindo que medidas de Saúde Pública fossem introduzidas para reduzir o alastramento da doença. A segunda razão é a melhoria das condições de vida da população, como melhor moradia, nutrição e saneamento¹⁴.

A tuberculose afeta principalmente adultos jovens, teoricamente em seus anos mais produtivos, porém pode acometer qualquer faixa etária. Apenas em 2013, mais de meio milhão de crianças (0-14 anos) tiveram o diagnóstico de tuberculose, e 80.000 crianças VIH negativas morreram nesse mesmo ano, no mundo inteiro. Como vimos anteriormente, pessoas infectadas pelo VIH têm em média 29 vezes mais chance de desenvolver uma tuberculose ativa do que as não infectadas por este vírus¹.

O diagnóstico de tuberculose deve se basear na apresentação clínica e no achado da micobactéria no escarro ou em outros materiais humanos infectados. A pesquisa do *Mycobacterium tuberculosis* pode ser mais complexa nos pacientes sidéticos, sendo proposto pela OMS um novo teste de 2 horas (Xpert MTB/RIF) para um diagnóstico mais acurado e sensível¹.

Como vimos, a tuberculose é uma doença curável, que costuma responder bem ao tratamento padrão usado mundialmente, apesar do surgimento cada vez mais comum de resistência aos medicamentos antituberculosos¹. A única vacina comercialmente disponível, BCG, protege as crianças imunizadas, mas não tem prevenido adequadamente o alastramento da tuberculose. Dentro desta situação preocupante, os efeitos imunodepressores da infecção pelo VIH foram e podem ser devastadores. À medida que o número de pessoas infectadas pelo VIH aumenta ao redor do mundo, apesar do sucesso de muitos Programas de Controle, poderia haver um cresci-

mento no número de pacientes com tuberculose¹⁴. Contudo, parece estar ocorrendo uma queda gradativa no número de casos de tuberculose, provavelmente resultado dos esforços da OMS para erradicar essa doença. Ainda assim, a tuberculose desponta como a principal doença oportunista e uma das principais causas de óbito na população de sidéticos, independentemente da contagem de linfócitos T CD4 (+)¹⁵.

No Brasil, desde 1999, apesar das controvérsias, é recomendado pelo Ministério da Saúde a realização do teste “*Purified Protein Derivative*” (PPD) na avaliação inicial do paciente infectado pelo VIH, independentemente da condição clínica ou imunológica, devendo ser repetido anualmente nos não-reatores. Uma vez iniciada a terapia antirretroviral, o teste deve ser feito a cada seis meses no primeiro ano de tratamento, em função da possibilidade de ocorrer restauração imunológica. Assim, o PPD é um teste de hipersensibilidade cutânea de leitura tardia, cujos resultados podem servir de parâmetro para a indicação de terapia em indivíduos infectados pelo VIH¹⁵.

Como podemos ver, a coinfeção pelo VIH e pelo *Mycobacterium tuberculosis* se constitui em um grave problema de Saúde Pública no mundo e no Brasil, merecendo uma abordagem mais atenta dos Serviços de Saúde, principalmente os públicos e de locais com menos recursos de uma forma geral.

De acordo com a nossa pesquisa de campo, realizada com a análise dos dados de prontuários de pacientes cadastrados no ano de 2009 no “Programa Municipal de Tuberculose” da cidade de Sarandi, Estado do Paraná, no sul do Brasil, vimos que a maior parte dos 22 pacientes acometidos pela tuberculose neste estudo foi do sexo/gênero masculino (77,3%), jovem (54,5% entre 19 e 39 anos), não-institucionalizado (86,4%), com baixa escolaridade (quase 91%, a grande maioria com primeiro grau incompleto), capacidade socioeconômica reduzida e usuário de drogas (50%), lícitas (tabaco e/ou álcool) ou ilícitas, potencialmente agravantes das condições de saúde subjacentes. Tais dados são concordantes com os da literatura nacional e mundial, exceto nos quesitos de distribuição em gêneros sexuais e institucionalização¹.

A maior parte desses 22 pacientes estudados eram casos novos (81,8%), sendo que todos foram submetidos ao tratamento padrão da tuberculose, havendo resposta boa (cura/alta) em metade dos casos (50%), resultado inferior ao índice geral de sucesso de tratamento de 2012 no Brasil em casos novos ou em recaída (72%)¹. Cinco pacientes (22,7%) abandonaram o tratamento, três (13,6%) foram transferidos para outros Serviços e três (13,6%) morreram durante o seguimento, dois dos quais (9,1%) também infectados pelo VIH (coinfeção com a tuberculose).

Cinco dos 22 pacientes tuberculosos estudados (22,7%) apresentaram sorologia positiva para o VIH,

todavia três pacientes não realizaram o anti-VIH/HIV, o que nos dá um índice de coinfeção de 26,3% (5/19 testados), que pode ser considerado alto, já que “apenas” 17% dos pacientes tuberculosos apresentaram sorologia positiva para VIH no Brasil em 2013¹. Dos três óbitos notificados no ano de 2009 pelo Programa, dois eram de pessoas acometidas pela tuberculose e pelo VIH, o que pode sugerir uma maior letalidade desta associação do que nas mesmas enfermidades isoladas. Em 2012, no Brasil, conforme a OMS, a taxa de sucesso de tratamento da tuberculose associada ao VIH foi de 48%, bem menor do que quando não há esta associação¹.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho visou contribuir com o conhecimento da interação/coinfeção de tuberculose e VIH/SIDA, especialmente para a região da cidade de Sarandi, Paraná, Brasil. Esperamos que as informações aqui reveladas ajudem os Profissionais de Saúde e os Serviços de Saúde, mormente os públicos, a entender a importância e a complexidade desta coinfeção, e estimulem que se façam planos de intervenção nas áreas passíveis disto, particularmente nos campos de prevenção educacional, social e econômica, perseguindo as metas propostas pela OMS¹.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital e Maternidade Maringá pelo incentivo dado ao estudo.

REFERÊNCIAS

- [1]. Global tuberculosis report 2014 - World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (acessado em 28/01/15).
- [2]. Guia de vigilância epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf (acessado em 28/01/15).
- [3]. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20101123_globalreport_en_1.pdf (acessado em 28/01/15).
- [4]. Pawlowski A, Jansson M, Sköld M, Rottenberg ME, Källén G. Tuberculosis and HIV Co-Infection. Hobman TC, ed. PLoS Pathogens 2012; 8(2):e1002464. doi:10.1371/journal.ppat.1002464. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280977/> (acessado em 28/01/15).
- [5]. Getahun H, Gunneberg C, Granich R, Nunn P. HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response. Clin Infect Dis 2010; 50:201-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1086/651492> (acessado em 28/01/15).
- [6]. Barnabas RV, Webb EL, Weiss HA, Wasserheit JN. The role of co-infections in HIV epidemic trajectory and positive prevention: a systematic review and meta-analysis. AIDS (London, England) 2011; 25(13):1559-73. doi:10.1097/QAD.0b013e3283491e3e. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3151007/> (acessado em 28/01/15).
- [7]. Hijjar MA, Oliveira MJPR, Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. Bol Pneumol Sanit 2001; 9(2):9-15.
- [8]. Lima MM, Belluomini M, Almeida MMB, Arantes GR. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. Rev Saúde Pública 1997; 31(3):217-20.
- [9]. Muniz JN, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Yamamura M, Arcencio R, Cardozo-Gonzales RI. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. J Bras Pneumol 2006; 32(6):529-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000600010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pthhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000600010 (acessado em 28/01/15).
- [10]. Cheade MFM, Ivo ML, Siqueira PHGS, Sá RG, Honer MR. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. Rev Soc Bras Med Trop 2009; 42(2):119-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000200005 (acessado em 28/01/15).
- [11]. Kritski, Afrânio L., Marcus B. Conde, and Gilvan R. Muzy de Souza. Tuberculose: do ambulatório à enfermagem. Atheneu, 2005.
- [12]. Castelo Filho A e colaboradores. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. J Bras Pneumol 2004; 30(supl):S1-S55.
- [13]. Carvalho LGM, Buani AZ, Zöllner MSAC, Scherma AP. Co-infecção por Mycobacterium tuberculosis e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). J Bras Pneumol 2006; 32:424-9.
- [14]. Saunderson P. Tuberculose e AIDS/SIDA nos anos 90. Disponível em: <http://tilz.tearfund.org/~media/Files/TILZ/Publications/Footsteps/Footsteps%2011-20/19/FS19P.pdf> (acessado em 28/01/15).
- [15]. Nogueira CT, Abrantes JL, Frauches DO, Borges LHB. Abordagem profilática contra tuberculose em pacientes infectados pelo HIV em serviço ambulatorial de hospital filantrópico. J Bras Doenças Sex Transm 2009; 21(4):158-62.

BJSCR