



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Hino, Paula; Ferreira Takahashi, Renata; Bertolozzi, Maria Rita; Yoshikawa Egry, Emiko
Coinfecção de Tb/HIV em um distrito administrativo do Município de São Paulo

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 5, 2012, pp. 755-761

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026618006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Coinfecção de Tb/HIV em um distrito administrativo do Município de São Paulo*

Coinfection of Tuberculosis / Human Immunodeficiency Virus in an Administrative District in the City of São Paulo

Coinfección de TB/VIH en un distrito administrativo del Municipio de Sao Paulo

Paula Hino¹, Renata Ferreira Takahashi², Maria Rita Bertolozzi³, Emiko Yoshikawa Egry⁴

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil sócio demográfico e epidemiológico de pessoas com co-infecção Tb/HIV, residentes no distrito administrativo Capão Redondo do Município de São Paulo no período de 2000 a 2009. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo. **Resultados:** De um total de 1.612 casos de tuberculose, 162 casos foram positivos para o HIV. Houve predomínio da faixa etária de 30 a 39 anos (39,5%), sexo masculino (61,1%) e a forma pulmonar (68,5%). Apenas 47,5% dos casos evoluíram para a cura, 13% abandonaram o tratamento e 32,2% foram a óbito. **Resultados:** Ressalta-se a necessidade do conhecimento da situação da co-infecção Tb/HIV no sentido de oferecer uma assistência adequada a esta clientela, considerando que ambas as enfermidades não podem ser discutidas isoladamente. **Conclusão:** Conclui-se que os casos de associação Tb/HIV contribuem para a não adesão ao tratamento e aumento da taxa de mortalidade.

Descritores: Tuberculose; HIV; Epidemiologia descritiva

ABSTRACT

Objective: To characterize the sociodemographic and epidemiological profile of people coinfecting with Tuberculosis (TB) and Human Immunodeficiency Virus (HIV), who were residents in the administrative district of Capão Redondo in the city of São Paulo, during the period between 2000 to 2009. **Methods:** This was a retrospective study. **Results:** From a total of 1,612 TB cases, 162 cases were positive for HIV. There was a predominance in the age group of 30 to 39 years (39.5%), male gender (61.1%) and the pulmonary form (68.5%). Only 47.5% of cases progressed to obtain the cure, 13% abandoned treatment and 32.2% died. **Results:** The results emphasize the need for knowledge of the situation of TB / HIV co-infection in order to offer adequate assistance to these clients, considering that neither of these diseases can be discussed in isolation. **Conclusion:** We conclude that cases of TB / HIV association contribute to non-adherence to treatment and increased mortality.

Keywords: Tuberculosis; HIV; Epidemiology descriptive

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de personas con coinfección TB/VIH, residentes en el distrito administrativo Capão Redondo del Municipio de Sao Paulo en el período de 2000 a 2009. **Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo. **Resultados:** De un total de 1.612 casos de tuberculosis, 162 casos fueron positivos para el VIH. Hubo predominio del grupo etáreo de 30 a 39 años (39,5%), sexo masculino (61,1%) y la forma pulmonar (68,5%). Apenas el 47,5% de los casos evolucionaron para la cura, 13% abandonaron el tratamiento y 32,2% fueron a óbito. **Resultados:** Se resalta la necesidad de conocimiento de la situación de la coinfección TB/VIH en el sentido de ofrecer una asistencia adecuada a esta clientela, considerando que ambas enfermedades no pueden ser discutidas aisladamente. **Conclusión:** Se concluye que los casos de asociación TB/VIH contribuyen para la no adhesión al tratamiento y aumento de la tasa de mortalidad.

Descriptores: Tuberculosis; VIH; Epidemiología descriptiva

* Estudo extraído do projeto de Pós-Doutorado intitulado "Necessidades em saúde de grupos especiais: as possibilidades de enfrentamento da Tuberculose na Saúde da Família" - apresentado à Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo-USP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Pós-doutorada pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

* Financiado pela FAPESP- processo 2009/14.785-4

INTRODUÇÃO

A tuberculose (Tb) é considerada um problema de saúde pública, sobretudo em países em desenvolvimento, como o Brasil, cujo cenário epidemiológico é agravado pelo aumento da miséria, do crescimento de populações marginais, dos movimentos migratórios em busca de melhor qualidade de vida e pela epidemia (da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ⁽¹⁾). Conforme informações da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se a ocorrência de 9,27 milhões de casos de Tb em 2007, 15% destes casos eram soropositivos ao vírus da imunodeficiência humana (HIV). Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs para o controle da Tb, as seguintes metas: redução do coeficiente de incidência, diminuição de 50% das taxas de prevalência e de óbito em relação a 1990, detecção e tratamento de, pelo menos, 70% dos casos com baciloscopia positiva que devem ser detectados e tratados no programa Directly Observed Therapy (DOT) e alta por cura de, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados⁽²⁾.

Conforme a OMS, a Índia é o país com maior número de casos com Tb do mundo, apresentando um coeficiente de incidência de 168 casos/100.000 habitantes. Nesse contexto, o Brasil está entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de Tb no mundo, e, em de 2007, estimou-se a ocorrência de 92.000 casos de Tb, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 48 casos/100.000 habitantes. Para os casos pulmonares bacilíferos, o coeficiente de incidência foi de 26 casos/100.00 habitantes e o percentual de coinfeção Tb/HIV foi de 14%. Em relação ao resultado de tratamento, o percentual de cura foi de 72%, abandono 8,3% e óbito 4,2%⁽²⁾.

Neste sentido, no Município de São Paulo, foram notificados em 2008, 5.668 casos, o que representam um coeficiente de incidência de 52,1 casos/100.000 habitantes. A faixa etária predominante foi entre 20 e 39 anos, correspondente a 45,6% do total⁽³⁾. O distrito administrativo do Capão Redondo, cenário do presente estudo, apresentou em 2009, coeficiente de incidência de 60,3 casos/100.000 habitantes.

É indiscutível a determinação das condições de vida e trabalho das pessoas na ocorrência da Tb. No entanto, a possibilidade de instalação da infecção pelo bacilo de Koch está sujeita a determinadas condições inerentes ao processo de transmissão, tais como a intensidade, frequência e duração da exposição ao bacilo. Além disso, a infecção pelo HIV é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da Tb ativa, pelas condições favoráveis derivadas do comprometimento da resposta imunológica do doente. Considera-se a Tb uma doença associada à AIDS, em decorrência da interação patológica e da combinação de diversos fatores que favorecem a evolução desses dois agravos^(4,5).

A identificação da soropositividade ao HIV é frequente durante o processo de diagnóstico da Tb. Estima-se que no Brasil, ocorra uma oferta de testagem de aproximadamente 70% dos casos com diagnóstico de Tb e que destes 15% sejam positivos ⁽⁶⁾. Essa baixa porcentagem é justificada pelo fato do teste sorológico ao HIV ser instrumento de discriminação de parte dos infectados, pois, apesar de ser recomendado pelo Ministério da Saúde, sua realização requer o consentimento autorizado do doente ⁽⁵⁾. O risco de uma pessoa com a coinfeção desenvolver a Tb é de 8% a 10% ao ano, e, na pessoa soronegativa ao HIV, este se mantém ao longo da vida. Ademais, a importância epidemiológica da coinfeção fica evidente ao se considerar que no grupo de coinfectados, a taxa de óbito gira em torno de 20%⁽⁶⁾.

Face à vigência de quase duas décadas de acesso universal ao tratamento antirretroviral e a elevada prevalência da coinfeção Tb/HIV no Brasil, urge a ampliação da prática de testagem sorológica ao HIV visando a realizar precocemente o diagnóstico e potencializar o impacto na redução da transmissão do HIV, morbidade e mortalidade por AIDS ⁽⁶⁾. Ressalta-se ainda a necessidade do conhecimento da situação da coinfeção Tb/HIV para planejar a assistência adequada, considerando que o cuidado à pessoa com ambas as enfermidades não pode ser fragmentado, da mesma forma que as intervenções na coletividade.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico de pessoas com a coinfeção Tb/HIV, residentes em um distrito administrativo do Município de São Paulo.

MÉTODOS

Estudo de natureza quantitativa, foi desenvolvido, utilizando um desenho descritivo por meio de dados secundários, e aqueles referentes ao período entre 2000 e 2005 foram extraídos do Epi-Tb, um sistema informatizado em DOS e para o restante do período do estudo, consultou-se o TBWEB, sistema on-line, implantado em 2006 em substituição ao Epi-Tb. As pessoas da população do período considerado no estudo, foram consultadas no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A análise descritiva dos dados envolveu variáveis sociodemográficas (gênero, escolaridade, faixa etária) e variáveis clínicas (tipo de caso, classificação, tipo de tratamento, local de atendimento e motivo de encerramento do caso). Os dados foram tabulados em dois bancos de dados com auxílio do recurso Relatório de Tabelas e Gráficos Dinâmicos do Excel e apresentados por resultados descritivos. Para a extração dos dados, foram excluídos registros de duplicidade dos casos constantes no banco de dados.

O cenário do estudo foi o distrito administrativo de Capão Redondo, localizado na região Sul do Município de São Paulo e que integra a Subprefeitura do Campo Limpo com os distritos de Vila Andrade e Campo Limpo. Conforme as informações do site da Prefeitura do Município de São Paulo, Capão Redondo conta com uma área de 13,85 km², população estimada em 2008 de 270.826 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 19.547,84 habitantes/km².

Para a realização do referido estudo, o projeto de pesquisa foi previamente submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde, sob o protocolo 783/2006.

RESULTADOS

Neste estudo, constatou-se que dos 1.612 casos notificados no período entre 2000 e 2009 em pessoas residentes no Capão Redondo, 82,7% realizaram o teste anti-HIV e, destes, 162 casos foram positivos ao exame, portanto, a coinfecção Tb/HIV representou 10,1% do total de casos.

Os dados da Tabela 1 apresentam o número e o percentual dos casos de coinfecção Tb/HIV residentes no distrito administrativo do Capão Redondo, notificados entre 2000 e 2009, conforme algumas variáveis sociodemográficas. Nesta Tabela observa-se o predomínio do gênero masculino (61,1%) e em quase todos os anos analisados, exceto em 2000 e 2001, nos quais houve uma inversão; e estes apresentaram 43,8%, 47,8%, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com coinfecção Tb/HIV, conforme variáveis sociodemográficas. Capão Redondo, 2000 e 2009. n=162

Variáveis	n (%)
Gênero	
Masculino	99 (61,1)
Feminino	63 (38,9)
Faixa etária (anos)	
5-9	3 (1,9)
10-19	0 (0)
20-29	30 (18,5)
30-39	64 (39,5)
40-49	40 (24,7)
50-59	20 (12,3)
60 e +	5 (3,1)
Escolaridade (anos)	
nenhuma	5 (3,1)
1-3	14 (8,6)
4-7	44 (27,2)
8-11	41 (25,3)
12 e +	6 (3,7)
Sem informação	52 (32,1)

Os adultos jovens foram os mais acometidos pela coinfecção, com maior proporção na faixa etária entre 30 e 39 anos (39,5%), seguidos daqueles entre 40 e 49 anos (24,7%), de 20 e 29 anos (18,5%) e, os menores de 15 anos, nos quais foram notificados apenas três (1,9%) casos. A faixa etária acima de 60 anos representou cinco casos (3,1%).

Quanto à escolaridade, verificou-se que 52,5% de coinfecção Tb/HIV ocorreram em pessoas que apresentavam de 4 e 11 anos de estudo, e 27,2% naqueles que declararam ter cursado de 4 e 7 anos de estudo, e 25,3%, com 8 e 11 anos de estudo. Apenas 3,1% das pessoas referiram não possuir nenhuma escolaridade.

A caracterização das pessoas coinfectadas com Tb/HIV conforme as variáveis clínicas estão apresentadas nos dados da Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das pessoas com coinfecção Tb/HIV, conforme variáveis clínicas. Capão Redondo, 2000 e 2009 n= 162

Variáveis	n (%)
Tipo de caso	
Novo	138 (85,2)
Retratamento abandono	12 (7,4)
Recidiva	9 (5,6)
Retratamento falência	3 (1,9)
Classificação	
Pulmonar	89 (54,9)
Extrapulmonar	51 (31,5)
Pulmonar + Extra	22 (13,6)

Em relação ao tipo de caso, a Tabela 2 mostra o predomínio de casos novos, com 138 casos (85,2%), seguidos pelos casos de retratamento pós-abandono com 12 casos (7,4%) e recidiva com 9 casos (5,6%). Os casos de retratamento por falência do tratamento totalizaram 3 casos (1,9%).

Em relação à classificação da Tb, a ordem de frequência foi a pulmonar (54,9%), extrapulmonar (31,5%) e forma associada (pulmonar e extrapulmonar) com (13,6%). Quanto ao tipo de tratamento, a forma autoadministrada liderou com 48,8%, seguida pelo tratamento supervisionado, com 34,6%. Para esta variável, verificou-se que 16,7% dos casos não continham a informação sobre a modalidade de tratamento realizado de forma supervisionada ou não. Conforme ilustra o Gráfico 1, onde se observa que, no início do período estudado, sobretudo em 2001 e 2002, o percentual de realização de tratamento supervisionado era pouco expressivo, mas, a partir de 2003, intensificou-se alcançando um percentual igual a 28,6% dos casos supervisionados em 2004. Para esta variável, 28,6 dos casos supervisionados em 2004.

Em 2009, atingiu-se a cobertura de supervisão em 77,8% dos casos, no entanto, no período de estudo houve uma linha ascendente da supervisão medicamentosa,

com uma pequena redução em 2007. Para esta variável, observou-se que 27 casos não continham a informação sobre o tipo de supervisão medicamentosa.

Em relação ao local de atendimento, 56,8% dos co-infectados realizaram tratamento da Tb em Centros de Referência de DST/AIDS, 30,2% em ambulatórios e apenas 12,3% em unidades de saúde. Apenas um deles, o tratamento foi realizado numa penitenciária feminina.

Na análise do Gráfico 2 verifica-se os motivos de encerramento de Tb/HIV, sendo que a média de alta por cura foi 47,5%, o valor mínimo 33,3% em 2002 e o máximo foi 56,5% no ano anterior. O abandono do tratamento foi de 13%, percentual bem mais elevado do que preconiza o Ministério da Saúde, que é de até 5%. Os óbitos que tiveram como causa básica a Tb ou não, somaram 32,1% do total de casos.

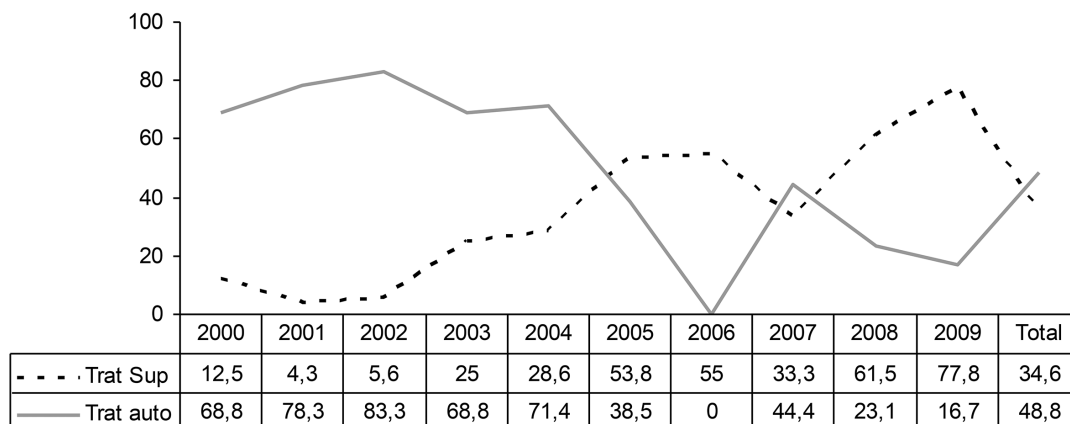


Gráfico 1. Distribuição dos casos de coinfeção Tb/HIV, conforme o tipo de tratamento. Capão Redondo, 2000 e 2009

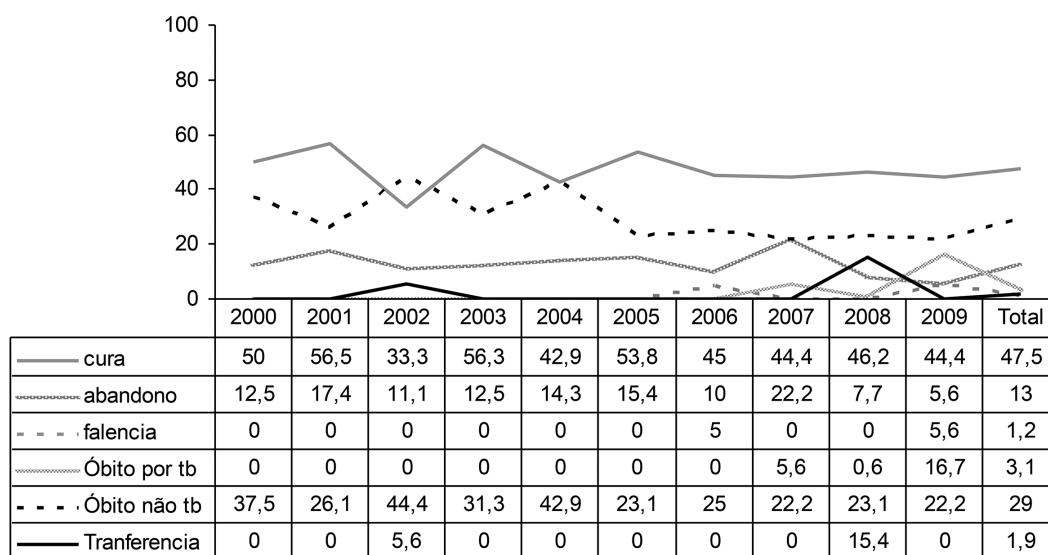


Gráfico 2. Distribuição dos casos de coinfeção Tb/HIV, conforme encerramento. Capão Redondo, 2000 e 2009

DISCUSSÃO

Apesar da testagem sorológica em todas as pessoas com diagnóstico de Tb ser uma recomendação do Ministério da Saúde, verificou-se que 17,3% dos casos notificados por Tb não realizaram a sorologia para o HIV.

Estudo conduzido em uma regional do Município de Belo Horizonte com o objetivo de descrever o perfil dos casos de Tb, identificou que 12,9% dos doentes eram também soropositivos ao HIV⁽⁷⁾.

Em relação à maior ocorrência da Tb em pessoas do gênero masculino encontrado neste estudo, é corroborada pela literatura, no qual diversos estudos têm demonstrado que nos pacientes infectados com o HIV, a Tb acomete em maior proporção pessoas do gênero masculino^(5,8-10). Os condicionantes do adoecimento mais frequentes em homens pela Tb ainda não foram bem esclarecidos e podem estar relacionados a diversas condições, tanto de ordem biológica, como autocuidado com a saúde e até ao subdiagnóstico em mulheres^(8,11). Acrescenta-se, que a

ocorrência mais frequente dessas duas enfermidades pode estar relacionada ao estilo de vida de adultos jovens, nos quais os comportamentos permissivos e de promiscuidade estão mais presentes, resultando em maior exposição ao *Mycobacterium tuberculosis* e ao HIV⁽¹²⁾.

Diversas pesquisas abordaram a relação entre a procura e o acesso aos serviços de saúde pelos homens⁽¹²⁻¹⁴⁾. A crença existente entre os homens de que possuem maior força física do que as mulheres, assim como a percepção de que são invulneráveis e imunes aos agravos, contribui para retardar ao máximo a busca pela assistência. Sendo assim, a procura por um serviço de saúde, na maioria das vezes, se dá quando eles não conseguem mais lidar com os sintomas, ou seja, quando o agravo já está em franco desenvolvimento. A falta de disponibilidade de tempo para procurar um serviço de saúde, a incompatibilidade entre o horário de funcionamento dos serviços e o horário de trabalho associados ao risco de perder o emprego decorrente do absenteísmo pelo adoecimento, também dificultam os homens a procurarem os serviços de saúde⁽¹²⁾. Neste sentido, ainda pode ser verificada a dificuldade dos homens em verbalizar suas necessidades de saúde⁽¹⁴⁾.

Acredita-se que as mulheres são mais assíduas aos serviços de saúde que os homens, por buscarem mais ações de prevenção ou realização de exames de rotina do que só consultas por motivo de doença. Considerando que as necessidades de saúde constituem o principal determinante da utilização do serviço de saúde, a frequência mais elevada de consultas médicas pelas mulheres pode ser explicada pela preocupação em cuidar de sua saúde⁽¹⁵⁾.

Em relação à faixa etária, o maior acometimento de pessoas em idade produtiva, como observado nesse estudo, pode gerar problemas sociais importantes, tendo em vista que estas deveriam estar inseridas no mercado de trabalho, provendo o sustento de suas famílias⁽⁹⁾. Ainda a ocorrência da Tb em idosos pode estar relacionada à elevada proporção de indivíduos com a infecção latente e também ao aumento da expectativa de vida.

Os achados deste estudo não refletem exatamente a realidade da série histórica da Tb/HIV dos habitantes do Capão Redondo em relação à escolaridade das pessoas coinfectadas, tendo em vista que em 32,1% dos casos não havia informação sobre esta variável. Partindo do pressuposto que a ausência de informação menor que 10% é classificada como “bom”, de 10% a 29% como “regular” e superior a 30%, como “precária”⁽¹⁶⁾. Ressalta-se então que o preenchimento adequado e com qualidade de todas os componentes das fichas de notificação compulsória inseridas nos bancos de dados dos sistemas de informação consultados, possibilita a apreensão correta da coinfecção Tb/HIV.

Verificou-se também o predomínio da forma pulmonar da Tb, situação semelhante foi observada em estudo reali-

zado em um serviço de referência do Mato Grosso do Sul, onde foi encontrada esta forma em 50%, 31,8% e 18,2%, respectivamente⁽¹⁰⁾. A incidência da forma extrapulmonar neste estudo corrobora os resultados de outras pesquisas desenvolvidos sobre os aspectos epidemiológicos da coinfecção Tb/HIV^(5,9-10,17). Observa-se que o tratamento supervisionado vem se elevando no Capão Redondo. Em estudo desenvolvido em Ribeirão Preto, foi possível observar que apenas 33% dos pacientes realizaram o tratamento supervisionado, pois muitos faleceram no primeiro mês de tratamento. Os autores atentam para alguns fatores que podem estar interferindo na condução dos casos, como a realização tardia do diagnóstico da Tb e a utilização da quimioprofilaxia para as pessoas com HIV/AIDS⁽⁹⁾.

A prática do tratamento supervisionado minimiza o problema do abandono do tratamento em pessoas com coinfecção Tb/HIV, considerando que a infecção pelo HIV predispõe ao aumento da frequência de efeitos adversos, dada a elevada quantidade de medicamentos ingeridos diariamente. Neste sentido, o tratamento supervisionado destaca-se como facilitador na adesão ao tratamento, por permitir o conhecimento do doente em seu contexto de vida e a formação de vínculo com o doente e sua família, entre outros^(18,19).

A adesão ao tratamento para Tb ultrapassa o caráter biológico, clínico e comportamental, estando associado, sobretudo, ao entendimento do que o doente tem sobre seu adoecimento, ao lugar que ocupa no processo de produção e reprodução social e aos aspectos que dizem respeito à organização dos serviços de saúde⁽²⁰⁾. Os esquemas de medicamentos utilizados para o tratamento da Tb são os mesmos, independente de haver a coinfecção. No entanto, nessa última situação, a imunodepressão intensifica as reações adversas dos medicamentos, aumentando a chance de abandono do tratamento e o falecimento⁽⁶⁾.

A análise da série histórica da Tb/HIV no Capão Redondo permitiu constatar que, menos da metade dos casos, teve alta por cura. Um percentual mais elevado (58,7%) foi encontrado em estudo realizado em Recife-PE; no qual o percentual de alta por abandono foi de 13%, com uma variação de 5,6% a 22,2%. A alta por óbito alcançou o percentual de 32,1%, e destes, 29% tiveram outras causas que não a Tb⁽²¹⁾.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, município com elevada taxa de coinfecção (30%), observou-se média de alta por cura de 52%, abandono de 11% e de óbito 12%⁽⁹⁾. Em outro estudo conduzido em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul, identificou-se que a ocorrência da Tb foi de 13,5% nos pacientes com HIV, neste os resultados foram melhores 69,7% de alta por cura, 9,1% de óbito e 3% de abandono⁽¹⁰⁾.

Em relação ao abandono do tratamento, foi evidenciado que este possui vários condicionantes relacionados, tantos aos doentes como aos serviços de saúde. No

que se refere aos doentes, encontram-se as condições socioeconômicas, configuradas pela baixa escolaridade e recursos financeiros insuficientes e outros, tais como efeitos colaterais dos medicamentos, uso de drogas lícitas e ilícitas, falta de motivação e sentimento de estar curado após melhora do quadro clínico. Quanto aos fatores relacionados aos serviços de saúde, foram citados a falta de informação sobre a doença e o tratamento, a estrutura física que não privilegia a privacidade, a ausência de trabalho em equipe e a dificuldade de acesso ao serviço⁽¹⁸⁾.

O indivíduo infectado pelo HIV apresenta risco muito maior de adoecimento por Tb do que a população geral, daí a importância da realização rotineira do teste anti-HIV por ocasião do diagnóstico da Tb, com vistas a intensificar a descoberta de casos e fornecer subsídios à vigilância da coinfeção. O teste anti-HIV apresenta benefícios não apenas à pessoa testada, que será favorecida com o diagnóstico precoce, com a possibilidade do uso de antirretrovirais e com o aumento da expectativa de vida, mas também para outras pessoas potencialmente expostas à infecção. Outro valor da testagem sorológica ao HIV está em subsidiar a caracterização epidemiológica e elaboração de uma política de controle eficaz⁽¹⁷⁾.

Conforme o novo Manual de Recomendações para o Controle da Tb no Brasil, a integração entre os Programas de Controle da Tuberculose e Programas de DST/AIDS é fundamental para o sucesso terapêutico, ou seja, para a cura. Assim, o controle da coinfeção Tb/HIV requer a implantação de um programa que permita reduzir a carga de ambas as doenças, com ações articuladas, formando uma rede de atenção integral, ágil e resolutiva. Para isto, propõem-se os seguintes objetivos: garantir aos pacientes com Tb o acesso precoce ao diagnóstico da infecção pelo HIV, por meio da oferta do teste e acesso ao tratamento antirretroviral quando pertinente⁽⁶⁾.

REFERÊNCIAS

- Xavier MI, Barreto ML. [Tuberculosis in Salvador, Bahia, Brasil, in the 1990s]. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):445-53. Portuguese
- World Health Organization. *Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing*. Geneva: WHO; 2009. (WHO Report).
- Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa de Controle da Tuberculose. *Boletim Tuberculose*. Cidade de São Paulo; 2009.
- Watanabe A, Ruffino-Netto A. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose-HIV – Ribeirão Preto/SP. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1995; 28(4): 856-65.
- de Carvalho LG, Buani AZ, Zöllner MS, Scherma AP. Co-infection with Mycobacterium tuberculosis and human immunodeficiency virus: an epidemiological analysis in the city of Taubaté, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(5):424-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Paixão LM, Gontijo ED. Profile of notified tuberculosis cases and factors associated with treatment dropout. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(2): 205-13.
- Lucca ME. Análise epidemiológica da tuberculose e coinfeção TB/HIV, em Ribeirão Preto-SP, de 1998 a 2006 [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2008.
- Muniz JN, Ruffino-Netto A, Villa TC, Yamamura M, Arcencio R, Cardozo-Gonzales RI. Epidemiological aspects of human immunodeficiency virus/tuberculosis co-infection in Ribeirão Preto, Brazil from 1998 to 2003. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(6):529-34.
- Cheade MF, Ivo ML, Siqueira PH, Sá RG, Honer MR. [Characterization of tuberculosis among HIV/AIDS patients at a referral center in Mato Grosso do Sul]. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009; 42(2):119-25. Portuguese.
- Caminero JA. *Guia de la tuberculosis para médicos especialistas*. Paris: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2003.
- Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo revelaram que 10,1% das pessoas com Tb encontravam-se infectadas pelo HIV, explicitando assim sua relevância epidemiológica na ocorrência da Tb. A não realização do teste anti-HIV, em todos os casos de Tb, impede o conhecimento da real magnitude da prevalência de coinfectados. Portanto, este estudo teve como finalidade contribuir para o conhecimento da evolução da coinfeção Tb/HIV no distrito administrativo do Capão Redondo, em um período de 10 anos, com vistas a subsidiar a reorganização da assistência prestada. A Tb, apesar de ser uma doença passível de prevenção e de cura, cujo tratamento é gratuito, ainda é fonte de preocupação no cenário brasileiro e mundial, seja pela sua determinação social, porque sua ocorrência está estreitamente vinculada às condições de vida da população ou por ser considerada uma doença oportunista da AIDS. Portanto, ressalta-se a importância de realização do teste anti-HIV para todas as pessoas com diagnóstico de Tb, dada a relação entre as duas enfermidades, o que implica a necessidade de incorporação desta prática pelos profissionais de saúde em seus processos de trabalho com vistas ao diagnóstico precoce da Tb em pessoas com HIV.

Vale ressaltar que a adesão ao tratamento da Tb permanece como desafio para os programas de controle da Tb e AIDS, mesmo com a instituição do tratamento supervisionado. Portanto, acredita-se que os profissionais de saúde devam ser sensibilizados quanto às especificidades desse segmento de adoecidos, para desenvolver uma assistência qualificada, acolhedora e permeada pela escuta ativa, buscando assim incentivá-los à adesão e ao controle de sua própria saúde, melhorando sua sobrevivência e contribuindo com a proteção de pessoas suscetíveis.

- TF, Machin R, et al. [Health needs and masculinities: primary health care services for men]. *Cad Saúde Pública*.2010; 26(5): 961-70. Portuguese.
13. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, da Silva GS, Gomes R, et al. [Men in primary healthcare: discussing (in) visibility based on gender perspectives] *Interface Comun Saúde Educ*. 2010; 14(33): 257-70. Portuguese.
 14. Figueiredo WS. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2008.
 15. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
 16. Piper JM, Mitchell EF Jr, Snowden M, Hall C, Adams M, Taylor P. Validation of 1989 Tennessee birth certificates using maternal and newborn hospital records. *Am J Epidemiol*.1993; 137(7):758-68.
 17. Lima MM, Belluomini M, Almeida MM, Arantes GR. HIV/ tuberculosis co-infection: a request for a better surveillance. *Rev Saúde Pública*.1997; 31(3):217-20.
 18. Rodrigues IL, Monteiro LL, Pacheco RH, da Silva SE. Abandonment of tuberculosis treatment among patients co-infected with TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):380-4.
 19. Brunello ME, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Gonzales RI, Villa TC, et al. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):176-82.
 20. Bertolozzi MR, Nichiata LY, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, do Val LF, et al. EG. The vulnerability and the compliance in Collective Health. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Spec No 2):1326-30.
 21. Maruza M, Ximenes RA, Lacerda HR. Treatment outcome and laboratory confirmation of tuberculosis diagnosis in patients with HIV/AIDS in Recife, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(6): 394-403.