

Estudo clínico-epidemiológico da co-infecção de tuberculose/HIV em uma cidade do interior maranhense

Clinical-epidemiological study of co-infection tuberculosis/HIV in a city in countryside of Maranhao

Lahize de Carvalho e Serra ¹
José de Ribamar Ross ²

Resumo

Este estudo teve como objetivo determinar os fatores associados à tuberculose em pacientes com HIV do município de Caxias - MA. . Para isso analisou-se os prontuários de todos os pacientes diagnosticados com HIV no município que desenvolveram tuberculose entre 2009 e 2011. A incidência da co-infecção foi maior em homens com mais de 40 anos, porém a relação homem/mulher entre a faixa etária de 20 a 29 anos é de 1:1. Todos que possuíam co-infecção ganham de 1 a 2 salários mínimos. A raça afro-descendentes foi predominante. Todos os casos apresentavam a forma clínica pulmonar como predominante. Em relação aos fatores clínicos, a maioria de co-infectados possuía alta carga viral e baixa contagem de linfócitos CD4. Cerca de 87% dos co-infectados foram re-infectados pelo M. tuberculosis e faziam uso de rifampicina no tratamento da tuberculose. Estes dados são importantes para prevenir o aparecimento de infecções oportunistas nos pacientes com HIV.

Descritores: co-infecção TB/HIV. fator de risco. M.tuberculosis

Keywords: co-infection with TB/HIV. risk factor. M.tuberculosis

Abstract

This study aimed to determine the factors associated with tuberculosis in patients with HIV in the city of Caxias - MA. . For this we analyzed the charts of all patients diagnosed with HIV who developed tuberculosis in the city between 2009 and 2011. The incidence of co-infection was higher in men over 40 years, but the male/female ratio between the age group 20-29 years is 1:1. Everyone who had coinfection earn 1-2 times the minimum wage. The race was the predominant african descent. All cases had the pulmonary form as predominant. In relation to clinical factors, most co-infected had high viral load and low CD4 count. About 87% of co-infected were re-infected with M. tuberculosis and made use of rifampicin in the treatment of tuberculosis. These data are important to prevent the onset of opportunistic infections in HIV patients.

¹ Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão

² Orientador/Docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão

Para correspondência:
Lahize de Carvalho e Serra
email: lahize@gmail.com

Data da Submissão: 12/11/2012
Data do Aceite: 12/12/2012

Introdução

A tuberculose ainda se mantém como importante causa de morbimortalidade mundial e embora o tratamento conte com uma quimioterapia eficaz e métodos de diagnóstico e prevenção amplamente conhecidos, a tuberculose constitui-se, ainda, um importante problema para a saúde pública.

Existem diversos fatores inerentes ao paciente co-infectado que estão relacionados a não-adesão ao tratamento de TB/HIV, como por exemplo, as baixas condições socioeconômicas e a falta de estudo. Além dos fatores inerentes ao indivíduo, os fatores exógenos também influenciam no aparecimento da doença.

Zumla et. al. (2000)¹ afirma que os fatores ambientais também podem favorecer a susceptibilidade da progressão da tuberculose.

Metodologia

Para a realização do estudo, utilizou-se uma metodologia descritiva e quantitativa, já que se trata de um estudo onde as variáveis são mensuráveis. Os dados foram obtidos através de uma revisão de prontuários, exames laboratoriais dos pacientes e dados do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) referentes à incidência de casos de tuberculose no município, no período de 2009 a 2011. Esta pesquisa foi submetida à análise e aprovada no dia 10/04/2012 pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA, na cidade de São Luís - MA com o parecer de número: 11615.

Resultados e Discussão

O maior índice de tuberculose ocorreu na população masculina maior de 40 anos (50%),

porém entre a faixa etária de 20 a 29 anos, a relação homem mulher foi de 1:1. Estes resultados estão de acordo com estudos realizados no país por Garcia et al (2000)², onde a prevalência da co-infecção TB/HIV ocorreu entre as faixas etárias de 25 a 45 anos. A explicação isto, pode ser explicada pelo condicionamento natural das pessoas com mais de 40 anos a terem alterações de imunodeficiência, que progressivamente ocorre com a idade, afirma Caminero (2003)³.

Cerca de 75% dos pacientes co-infectados são solteiros, o que demonstra uma forte relação entre o estado civil e o aparecimento de tuberculose. Os estudos que relacionam esta variável ainda são escassos a nível global, porém pode-se afirmar que o aparecimento da co-infecção é maior entre os solteiros, provavelmente devido à promiscuidade e falta de cuidados com a saúde, já que estes têm que cuidar sozinhos de si mesmo.

Em relação à distribuição por raça, verificou-se que 100% dos pacientes eram de raça afro-descendente, sendo que a cor parda atingiu 87,5% do total de pessoas infectadas entre 2009 e 2011.

De acordo com Alves e Barbosa (1998)^{4a} raça afro-descendente (englobando pretos e pardos) de portadores de HIV/AIDS é a mais atingida por tuberculose porque esta raça ocupa a maior parte da população brasileira (40%).

Sobre as variáveis de carga viral e taxa de CD4, observou-se que a maioria de pessoas co-infectadas por TB/HIV possuía alta carga viral (>50 cópias) e baixa contagem de linfócitos CD4. Contrapondo-se aos resultados encontrados em Caxias, Kerr-Pontes et al (1997)⁵ afirma que ao desenvolver a tuberculose ativa, a contagem de linfócitos TCD4+ apresenta-se mais alta em pacientes co-infectados, sendo possível ainda que o *M. tuberculosis* ative a replicação do HIV e acelere sua progressão e quadro clínico.

É sabido que o comprometimento da imunidade celular induzido pelo HIV permite o

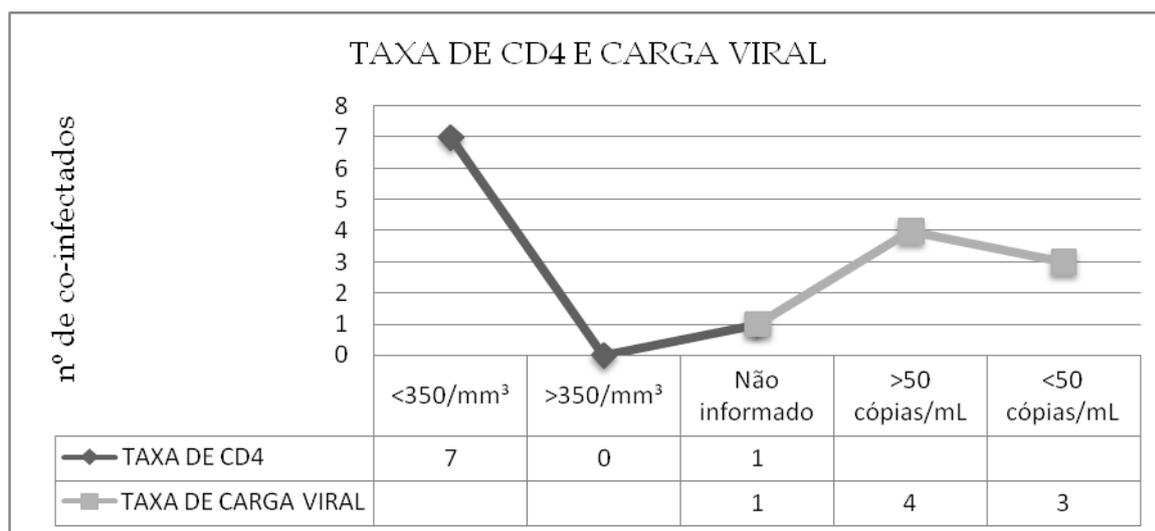


Gráfico 1. Situação de co-infectados segundo taxa de CD4 e carga viral

Fonte: Pesquisa Direta

desenvolvimento de infiltrados pulmonares em qualquer região do pulmão, devido a não formação do granuloma em pessoas imunossuprimidas pelo HIV⁶, porém todos os pacientes analisados apresentaram a forma clínica pulmonar, com quadro clínico semelhante aos pacientes não-infectados. Estes resultados confirmam-se com os estudos de Carvalho et al (2006)⁷, onde a forma clínica pulmonar foi a mais frequente (65,7%). No entanto, os estudos de Garcia et al² mostraram que a forma extrapulmonar era mais frequente em pacientes soropositivos, podendo chegar a 50%.

Quanto ao seguimento quimioterápico dos pacientes encontra-se equilibrando entre o esquema I (87,5%) e esquema I reforçado (87,5%), e entre o esquema III (12,5%) e casos não informados (12,5%). Estes esquemas foram preconizados pelo Brasil em 1979, sendo que o esquema I (2RHZ/4RH) é para os casos novos; esquema I reforçado (2RHZE/4RHE) para retratamentos; esquema II (2RHZ/7RH) para a forma meningoencefálica; e esquema III (3SZEet/9EEt) para a falência.

Essa reativação da TB em co-infectados pode ser decorrente da imunossupressão ocasionada pela infecção do HIV, bem como pode estar associada aos esquemas terapêuticos para a tuberculose que utilizam a rifampicina.

Percebe-se que o tipo de esquema antirretroviral mais utilizado não só nos pacientes co-infectados como nos pacientes com HIV/AIDS de modo geral, é o Bivir (BIO) em associação

com o Efavirenz (EVZ), apresentando um percentual de 62, 5% dos esquemas terapêuticos utilizados.

De acordo com o Guia de Terapia Antirretroviral do Ministério da Saúde (2004)⁸ recomenda-se que a terapia inicial dos portadores do vírus deva incluir três drogas, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) associados a um inibidor de transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo (ITRNN) ou a um inibidor da protease (IP), o que significa que esquemas duplos (apenas com dois ITRN) não devem mais ser utilizados. A única exceção na qual a terapia dupla pode ser utilizada é o caso de exposição ocupacional, mesmo em situações específicas.

Conclusões

O sexo masculino, a idade avançada, não ser casado e possuir baixo nível de educação e renda foram positivamente correlacionados como sendo fatores epidemiológicos de risco para o desenvolvimento da tuberculose ativa em portadores do vírus HIV.

Em relação aos perfis clínicos dos pacientes, constatou-se que a ineficácia dos esquemas duplos (o tipo de esquema foi relacionado com o aparecimento de reinfeções de tuberculose nesses pacientes), a baixa resistência imunológica e a alta carga viral foram relacionados com o aparecimento da tuberculose.

Dessa forma, sugere-se que os profissionais de saúde estejam atentos e investiguem os fatores de risco clínicos e epidemiológicos que foram relacionados no estudo para atuarem de forma eficaz na prevenção do aparecimento de doenças oportunistas (principalmente a tuberculose) e assim aumentar a longevidade dos pacientes portadores do vírus, pois sozinho o HIV não leva o paciente a morte.

Referências

1. Zumla A et al. Impact of HIV infection on tuberculosis. *Journal Pós-Medicine*, Londres, v.76, p.259-268, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 22 jun. 2012.
2. Garcia GF et al. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes internados por tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Belo Horizonte, v. 26, n.4, p.189-192, 2000. Disponível em:<<http://www.jornaldepneumologia.com.br>>. Acesso em: 16 maio Accessed September 28 2012.
3. Caminero JAL. Guia de la tuberculosis para médicos especialistas. Paris. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratórias. 2003.
4. Aalves AL, Barbosa RB. A saúde da população negra, realizações e perspectivas. Brasília (DF): Ministério da Saúde/ Ministério da Justiça. Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra; 1998.
5. Kerr-Pontes LRS, Oliveira FAS, Freire CAM. Tuberculose associada à AIDS: situação de região do nordeste brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n.4, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 dez. 2011.
6. Moutinho ILD. Tuberculose: aspectos imunológicos na infecção e na doença. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 21, n.1, p. 42-48, 2011. Disponível em:<<http://rmmg.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 12 março Accessed September 28 2012.
7. Carvalho LGM et al. Co-infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Belo Horizonte, v.32, n.5, p.424-429, 2006.
8. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Recomendações para a Terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. 2004. Disponível em: <<http://www.aids.org.br>> Acesso em 20 jun. 2011.