

INCIDÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE ASSOCIADA AO VÍRUS HIV NO MUNICÍPIO DE JACAREZINHO - PR

INCIDENCE OF CASES TUBERCULOSIS ASSOCIATED TO HIV IN JACAREZINHO – PR

¹CINTRA, F.; ²FRANCISCO, O.

RESUMO

Existe consenso na literatura pesquisada de que a incidência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) esteja correlacionado ao aumento da incidência da tuberculose. Por outro lado, a tuberculose diminui a sobrevivência de pessoas com HIV. Nessa perspectiva, este estudo teve por objetivo verificar a incidência de casos de tuberculose, notificados entre 2002 e 2008 no Centro de Saúde Municipal do Município de Jacarezinho (PR), que apresentaram sorologia positiva para o HIV, bem como os aspectos epidemiológicos, a apresentação clínica, diagnóstico e evolução dos pacientes com co-infecção tuberculose – HIV. Os resultados obtidos neste estudo evidenciam a necessidade de revisão das ações da tuberculose, para que assim, haja a procura dos sintomáticos respiratórios, controle de comunicantes, adesão ao tratamento, integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares, supervisão nos diferentes níveis, treinamento dos profissionais e avaliações contínuas e desta forma, possa diminuir a ocorrência de possíveis novos infectados.

Palavras-chave: Tuberculose. Saúde Co-infecção. HIV.

ABSTRACT

There is in the literature a common consent that the incidence of Human Immunodeficiency Virus (HIV) has provoked an increase in tuberculosis cases, which has been reducing HIV-infected people survival. From this perspective, the aim of this study was to raise the incidence of HIV-associated Tuberculosis cases between 2002 and 2008 reported by Municipal Health Center in Jacarezinho – PR, as well as the epidemiological aspects, clinical presentation, diagnostic and clinical evolution of HIV-infected TB patients. The results of this study highlight the need to review the actions of tuberculosis, so that there would be a demand for respiratory symptoms, contact tracing, compliance, integration of ambulatory and hospital services, at different levels of supervision, training of professionals and continuous assessment and thus may reduce the occurrence of possible new infections.

Key-words: tuberculosis, health, HIV-associated TB.

INTRODUÇÃO

A tuberculose continua a acometer milhões de pessoas anualmente no mundo, causando grande número de óbitos, principalmente nos países em desenvolvimento. Os países desenvolvidos (que vinham observando queda na incidência anual), em meados da década de 1980, começaram a apresentar uma elevação da incidência da doença, principalmente nos Estados Unidos da América. Tais aumentos têm sido relacionados com a infecção pelo HIV. (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

Declarada em 1993 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma emergência mundial, originou uma mobilização no sentido de combater essa antiga doença que incide e mata milhões de pessoas, principalmente de países e regiões com condições sócio-econômicas precárias. Conforme aponta o autor, a interação com a AIDS e a emergência de bacilos multirresistentes, aliados à desorganização dos serviços de saúde, são os desafios atuais para o seu controle. (HIJJAR, 2005).

No Brasil, estima-se que a população infectada pelo seu principal agente etiológico, *Mycobacterium tuberculosis*, seja da ordem de 40 milhões de pessoas (WHO, 2006). Nas Américas, em 2005, foram notificados 157.000 novos casos de doentes com baciloscopia positiva, 50% dos quais no Brasil e no Peru, o que colocou o Brasil na quinta posição no *ranking* de casos do continente americano e a décima quinta no *ranking* mundial. (ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD, 2004).

Segundo o relatório global, divulgado em 24 de março de 2009, pela OMS (Organização Mundial da Saúde), durante o 3º Fórum Mundial de Parceiros “Stop TB”, realizado no Rio de Janeiro, o número de casos de tuberculose tem declinado desde 2004, mas a queda na taxa de incidência é lenta - menos de 1% ao ano. Além disso, conforme o referido relatório, a proporção de novos casos detectados tem se mantida num patamar elevado e 10% dos infectados são resistentes a quase todos os remédios existentes, por outro lado o número de pessoas que morrem de tuberculose é maior do que se estimava. (DIÁRIO DA SAÚDE, 2009).

Ainda conforme divulgado pelo relatório uma em cada quatro mortes por tuberculose está relacionada com o vírus HIV, principal causa de morte entre as pessoas que vivem com o vírus. 9,3 milhões de pessoas estariam infectadas hoje no mundo, embora apenas 5,4 milhões desses casos estejam registrados oficialmente. (DIÁRIO DA SAÚDE, 2009)

Com relação ao Brasil, dos casos diagnosticados de tuberculose, cerca de 15% também são infectados pelo vírus HIV. A mortalidade na co-infecção entre HIV e TB é também elevada no país (20%) e conforme estimativas da (OMS), o Brasil apresenta em seus relatórios, o maior número de casos de tuberculose na América Latina, com aproximadamente 100 mil registros a cada ano. (BRASIL, 2009).

Também conhecida como **tísica pulmonar** ou **doença do peito**, estima-se que sua bactéria causadora tenha evoluído há 15.000 ou 20.000 anos, a partir de outras bactérias do gênero *Mycobacterium*. A concepção da transmissibilidade foi

inicialmente referida por Niermeyer Tracastoro (1546), que defendeu a doutrina do contágio e, em 1773, Pierre Desault teve a intuição de que a tuberculose se transmitia pelo escarro. (CAMPOS, 2000).

Nos países em desenvolvimento, a estimativa é de 2,8 milhões de mortes por tuberculose e 7,5 milhões de casos novos, atingindo a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos. No Brasil, estima-se que, do total da população, 35 a 45 milhões de pessoas estão infectadas pelo *M. tuberculosis*, com aproximadamente 100 mil casos novos por ano e 4 a 5 mil mortes pela doença anualmente. (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2009).

Ainda conforme a FNS (2009), com o surgimento, na década de 1980, da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, tem se observado um crescente número de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV constituiu-se, assim, nos dias atuais, um significativo problema de saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela tuberculose, em diversos países do mundo).

OMS atribuiu a gravidade da situação a desigualdades sociais, ao advento da AIDS, ao envelhecimento da população e aos grandes movimentos migratórios. No Brasil a tuberculose manteve-se endêmica, mesmo quando nos países industrializados era considerada sob controle. (FAÇANHA, 2005).

As pessoas que abandonam o tratamento adquirem uma resistência do bacilo da tuberculose aos medicamentos existentes e são chamadas de multidrogas resistentes (MDR). Os doentes MDR possuem uma doença incurável, por seguir a mediação recomendada pelo serviço de saúde. O pior é que o bacilo também se transmite e a pessoa infectada adquire uma moléstia incurável. A tuberculose resistente as terapias convencionais pode implicar na proliferação universal da doença. (SÁ, 2007).

Quanto ao abandono do tratamento é atribuído a fatores relacionados ao doente à doença e ao sistema de saúde: **a)** Entre os portadores da tuberculose, os homens apresentam maior tendência em não tratar corretamente da doença; **b)** Pacientes com baixo nível de escolaridade têm dificuldades de entender as informações sobre doença e tratamento; **c)** A busca por emprego, muitas vezes leva o paciente a sair para uma outra cidade e, conseqüentemente, ao abandono do tratamento; **d)** falta de apoio social e familiar a pacientes que usam drogas álcool ou

que pertencem a famílias desestruturadas; **e)** O tratamento é demorado. A doença é crônica e evolui lentamente; **f)** A aparente melhora entre o segundo e o terceiro mês de tratamento, leva o paciente a pensar que está curado; **g)** As unidades de saúde não tem estrutura adequada para fazer o tratamento, muitas vezes faltam remédios; **h)** Profissionais desinteressados ministram orientações nem sempre adequadas.

Assim, através de um estudo retrospectivo buscou-se levantar a incidência de notificações de casos de tuberculose no Centro de Saúde municipal no município de Jacarezinho (PR), entre os anos de 2002 a 2008, no sentido de identificar a prevalência dos casos de tuberculose e a relação com a infecção concomitante pelo HIV, considerando ainda variáveis como fatores sociais e econômicos e índices de abandono.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no Município de Jacarezinho, situado na região norte do Paraná, cuja população no ano de 2008 é de aproximadamente 40000 habitantes e conta com 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 4 localizadas na zona urbana e uma no Distrito de Marques dos Reis.

O levantamento de novos casos de incidência de TB entre 2002 a 2008 no município em questão, foi realizado através de dados fornecidos pelo Centro de Saúde Municipal de Jacarezinho (Pr). Buscou-se verificar os dados de pacientes portadores do diagnóstico de tuberculose no decorrer dos anos de 2002 a 2008, bem como a prevalência de co-infecção TB/HIV e os índices de abandono.

O procedimento para Coleta de Dados consistiu em levantar, por meio de prontuários e laudos de pacientes, de ambos os sexos e idades, portadores da doença, que possibilitou a leitura e comparação dos mesmos, a obtenção de dados referentes às formas clínicas da patologia, o número de abandonos e os anos com o maior índice de predominância.

Variáveis estudadas: Situação do paciente após dez meses do diagnóstico: a investigação dos prontuários dez meses após o diagnóstico da tuberculose levou em consideração a duração preconizada do tratamento (seis meses para os casos iniciais, exceto se estes forem portadores do HIV, situação que prolonga o tratamento para nove meses). Essa situação foi categorizada como: cura, óbito, abandono de tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise dos dados: os dados estão apresentados na tabela 1 em números absolutos.

O primeiro item que se destaca na tabela é que de dois mil e dois a 2005 o número de casos notificados foi significativo, diante da população do município. Após um período de dois anos sem notificação de novos casos (2006/2007), observa-se 3 novos casos notificados em 2008, que constam tendo como porta de entrada o Setor de Pneumologia. Assim, referem-se aos comunicantes de casos cujos diagnósticos foram efetuados por esse Setor.

Tabela 1 - Incidência casos de tuberculose Jacarezinho PR – 2002/2008

ANOS	Nº TB	TB/HIV	ABANDONO	ÓBITOS
2002	14	4	0	0
2003	10	0	0	0
2004	6	0	0	0
2005	7	0	0	0
2006	0	0	0	0
2007	0	0	0	0
2008	3	1	2	0

Assim, considerando-se os hospitais, ambulatórios/consultórios de especialidades, estima-se que o dado apurado não reflete a realidade.

Nesse contexto questiona-se o que poderia estar dificultando a suspeita de tuberculose pelos profissionais de saúde da atenção primária.

Quaisquer que sejam os motivos, os dados deste trabalho apontam para a necessidade urgente de mudança desse quadro, com ênfase no preparo dos profissionais e das UBS para a realização do diagnóstico precoce da doença.

Pode-se supor, ainda, que o fato dos casos de tuberculose em Jacarezinho estarem sendo, em maioria significativa, diagnosticados em hospitais estivesse relacionado às baixas taxas de tuberculose no Município, uma vez que esta é de difícil diagnóstico em ambulatórios, principalmente na rede básica de saúde.

Este fato evidencia, ainda mais, que a porta de entrada do paciente com tuberculose no Sistema de Saúde de Jacarezinho está invertida, o que dificulta o adequado controle da doença, que se baseia, principalmente, em diagnóstico precoce e tratamento adequado. (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2009; WALFMAN et al., 1995).

Cabe destacar, nesse contexto que só consta, nos dados apresentados, os casos de tuberculose inscritos no Programa de Controle da Doença, assim, quando o serviço avalia suas ações, estes casos não são computados, o que pode gerar algumas distorções nas análises.

Gerhart e Ribeiro (1995) denominam de “sem informação”, o grupo de doentes que são diagnosticados como caso de tuberculose e que não constam de nenhum dos critérios de encerramento. No presente estudo, esses casos são os não inscritos. Os autores discutem que na avaliação a não inclusão dos ‘sem informação’, que, incide sobre a realidade dos resultados, prejudicando a avaliação do quadro epidemiológico da doença e da real efetividade do Programa.

Observou-se também que a troca de informação entre o Setor de Epidemiologia da 19ª Regional de Saúde e o Setor de Pneumologia Sanitária é deficiente, pois os casos notificados no Hospital, e que não compareceram ao Setor para dar continuidade ao tratamento não são informados ao Setor de Pneumologia para a busca dos pacientes.

Assim, os pacientes que têm como porta de entrada os hospitais, considerando que esses não possuem Programa de Controle da Tuberculose, nem atividades de biossegurança relacionadas à patologia, esses pacientes foram atendidos no Pronto Socorro e, depois, permaneceram internados. Essa constatação reitera o entendimento que o paciente com tuberculose precisa estar em estágio avançado da doença para ter o seu diagnóstico efetuado.

Outro aspecto importante relacionado à falha na troca de informações, são entre os Sistemas de Informação da Aids e o da Tuberculose. No Município de Jacarezinho a Aids também é uma doença de impacto considerável, tendo apresentado um pico na sua incidência no ano de 2003/2004 (23,1 casos por 100.000 habitantes). No entanto o cruzamento dos dados dos dois bancos, evidenciou uma sub-notificação da tuberculose no banco de dados da Aids. Assim, dos casos de tuberculose com teste positivo para o HIV, apenas 2 constavam no banco de dados da Aids, porém, somente 1 deles tinham a tuberculose relacionada como doença oportunista em sua notificação de Aids. Foram encontrados, ainda, casos (2) no banco de dados da Aids, notificados em 2006), que tinham a tuberculose notificada como doença oportunista. Entretanto, estes casos não foram notificados ao Sistema de Informação da Tuberculose, e nem compareceram ao Setor de Pneumologia para tratamento.

Quanto à adesão ao tratamento e abandono (significativo em 2008), há uma série de mecanismos que podem promover a obtenção de resultados mais satisfatórios. Um dos pontos fundamentais para maior adesão é instituir mecanismos que facilitem ao paciente em tratamento de TB acesso e incentivo a procurar a unidade de saúde. Esta pode ser ou a unidade responsável pelo tratamento ou pela supervisão do uso da medicação naquelas unidades em que o tratamento orientado e supervisionado tiver sido adotado.

Outro aspecto importante consiste em garantir que o paciente receba assistência de qualidade, tanto no que se refere às ações inerentes às atividades dos profissionais de saúde quanto às administrativas (acolhimento, facilidade e rapidez no atendimento, respeito às suas necessidades, privacidade, assistência social).

Deste modo, o paciente irá reconhecer o serviço e os profissionais de saúde que nele atuam como parceiros na recuperação de sua saúde.

Para isso é necessário que todos os treinamentos idealizados para a equipe multiprofissional responsável pelo atendimento sejam pautados por esses pontos básicos. Além desses, é necessário estimular a oferta de novas apresentações de medicamentos para o tratamento da tuberculose para facilitar e tornar mais efetiva a administração dos esquemas preconizados.

Para que ações como essas possam efetivamente entrar em uso nos programas de controle, são necessárias algumas iniciativas capazes de produzir as condições indispensáveis à sua implementação, pois, como em todas as atividades do setor saúde, a implementação de novas estratégias requer a capacitação de recursos humanos, essenciais no provimento das ações.

Para tanto, torna-se necessário a realização de treinamentos específicos e periódicos no manejo da Tuberculose e da co-infecção para todos os profissionais que trabalham direta ou indiretamente na assistência aos pacientes com tuberculose, bem como para aqueles que atendem aos indivíduos infectados pelo HIV ou com Aids.

Entende-se, pelo constatado em campo, que a inconstância dos programas governamentais relacionados a saúde é um dos grandes empecilhos na erradicação da tuberculose. Esse aspecto, associado ao advento do HIV e à precariedade com que muitas famílias vivem no Brasil, faz com que a patologia reapareça quando se

pensava estar erradicada. Isso porque tudo que a tuberculose precisa para ter sucesso em uma infecção é um sistema imunológico despreparado.

Por fim, resta acrescentar que a falta de informações, ou melhor de troca de informações entre os diversos setores da saúde, de certa forma, influíram na coleta adequada e fidedigna dos dados, o que acabou por impedir, que este estudo retratasse a realidade, bem como atingisse plenamente o objetivo de verificar a incidência de casos de tuberculose, notificados entre 2002 e 2008 no Centro de Saúde Municipal do Município de Jacarezinho (PR), que apresentaram sorologia positiva para o HIV, bem como os aspectos epidemiológicos, a apresentação clínica, diagnóstico e evolução dos pacientes com co-infecção tuberculose – HIV.

CONCLUSÃO

Conforme se constatou neste estudo, existem dois problemas sérios na área da saúde pública, o primeiro é a descontinuidade dos programas e o segundo é a não adequação de suas propostas que, muitas vezes focalizam o problema da tuberculose como se representasse apenas um somatório de pessoas que, sem motivo algum, acidentalmente adquiriram a doença, quando na realidade toda a problemática da proliferação do *M. tuberculosis* é de fundo social.

Nesse contexto, a tuberculose, doença milenar, continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, pois eles apresentam as condições favoráveis à sua transmissão: precárias condições de vida, associadas a programas de controle pouco eficientes.

Assim, os resultados obtidos neste estudo evidenciam a necessidade de revisão das ações da tuberculose, para que haja a procura dos sintomáticos respiratórios, controle de comunicantes, adesão ao tratamento, integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares, supervisão nos diferentes níveis, treinamento dos profissionais e avaliações contínuas. Essas avaliações dependem, entre outros fatores, de um sistema de informação fidedigno para que o serviço de vigilância epidemiológica possa efetivamente analisar o comportamento da doença.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, MAURICIO L. PEREIRA, SUZAN M AND FERREIRA. RLON A. **Vacina BCG**: Eficácia medicação da vacina e da revacinação. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*, v. 82, n. 3, p 545-554, 2006.
- BERTAZONE, E.C.; GIR E., HAYAHIDA M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. *Rev Lat-am Enf.* v.3, p. 374-381, 2005.
- BRASIL. **Dia Mundial da Tuberculose**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages.htm>. Acesso: 30/03/2009. 10h15 min.
- BROLIO, ROBERTO, **Quimioterapia da tuberculose** Revista Saúde Publica, março, v. 9, n. 1, p. 71-85, 1975.
- CAMPOS, M.L.; CIPRIANO, Z.M.; STAMM, A.M.N. \$ TRATSK, K.S.. Tuberculose: como diagnosticar e tratar. *Revista Brasileira de Medicina*. v. 27, n. 6,. p. 505-518. 2000.
- DIÁRIO DA SAÚDE. **Declínio da tuberculose**. Disponível em: www.diariodasaude.com.br/news.php?article. Acesso: 30/03/2009. 10h10min.
- FAÇANHA, M. C. Tuberculose: subnotificação de casos que evoluíram para óbito em Fortaleza - Ceará. *Revista Brasileira de epidemiologia*. v. 8, n. 1, p. 25-30, 2005.
- FERREIRA, MARIA DO CARMO. **Estudo da mortalidade por tuberculose no município de Campinas – SP de 1970 a 2000**. Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. CAMPINAS, 2002.
- FENSTERSUFIR, L. M. **Tuberculose; porque os pacientes abandonam o tratamento**. *Bol Pneumol. Sanitária* V12. p. 27-38. Rio de Janeiro, Abril 2004.
- FIOCRUZ. **Memória da tuberculose**. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/index.htm>. Acesso: 30/03/2009.
- FREITAS, F. P. ARRUDA , F. O. DUTRA , M.R. COLDERAM. M.F. SILVA,M.A.N. e FERNANDES, R.L. **Tuberculose no centro de Saúde da Vila Mariana São Paulo**. Universidade Federal de São Paulo- Arquivo consultados em 22/03/09.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. **Guia de doenças: tuberculose**. Disponível em: <http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/saude/doencas/tuberculose.htm>. Acesso: 25/03/2009.
- GERHARDT, G., RIBEIRO, S.N.. Eficiência do tratamento da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 4, p. 95-98, 1995.
- BRASIL - **MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA** - Ministério da Saúde-1984.
- REDE ESCOLA. **História da Tuberculose**. Disponível em: www.medio.com.br/index.php. Acesso: 20/03/2009.
- SÁ LENILDE DUARTE,de Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família. História de abandono texto e contexto. *Enferm*, n 4, v. 16, p. 712 -718. 2007.
- PINUDA, NORMA SOZA. Quimioterapia da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** v. 30, n. 4, p. 395-405. 2004.
- WALDMAN, E. A. SILVA, L.J. MONTEIRO, C.A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomelite à reintrodução da cólera. *In*: MONTEIRO CA (org.) - **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; 1995.