

Coinfecção Tuberculose/HIV: perfil clínico e epidemiológico no município de Porto Velho e Rondônia no período de 2010 a 2020

Co-infection tuberculosis/HIV: clinical and epidemiological profile in the municipality of Porto Velho in Rondônia from 2010 to 2020

Coinfección tuberculosis/VIH: perfil clínico y epidemiológico en el municipio de Porto Velho y Rondônia en el período 2010 a 2020

Daniela da Silva Pereira¹, Gêssica Vieira Gomes¹, Mariana Delfino Rodrigues¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico da coinfecção Tuberculose/HIV (TB/HIV) no município de Porto Velho. **Métodos:** Estudo epidemiológico retrospectivo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários coletados a partir do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Porto Velho, no período de 2010 a 2020. **Resultados:** Foram notificados 5.932 casos de tuberculose no período, dos quais, 692 (12%) apresentavam coinfecção pelo vírus HIV. O perfil dos indivíduos coinfectados segue o seguinte padrão: gênero masculino 497 (71,8%), ensino fundamental incompleto 191 (27,6%), idade entre 20 a 39 anos 396 (57,2%), raça parda 533 (77,0%), forma pulmonar 422 (61%) e Tratamento Diretamente Observado (TDO) não realizado 454 (65,6%). Além disso, 449 (64,9%) das notificações não contavam com informações acerca da realização da Terapia Antirretroviral (TARV). A cura foi o principal desfecho clínico 317 (45,8%). **Conclusão:** Nesse estudo a taxa de coinfecção TB/HIV encontrada foi de 12%, número este que pode ainda ser maior visto que 21,7% dos pacientes notificados não realizaram o teste sorológico para HIV. Há predominância de casos de no sexo masculino, com ensino fundamental incompleto, raça parda e forma clínica pulmonar, dado preocupante foi que 65,6% não realizaram o TDO.

Palavras-chave: Tuberculose, HIV, Coinfecção, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of Tuberculosis/HIV (TB/HIV) co-infection in the municipality of Porto Velho. **Methods:** This was a retrospective epidemiological study with a quantitative approach based on secondary data collected from the National Information System for Notifiable Diseases (SINAN) in the municipality of Porto Velho from 2010 to 2020. **Results:** A total of 5,932 cases of tuberculosis were reported in the period, of which 692 (12%) were co-infected with HIV. The profile of coinfecting individuals followed the following pattern: male gender 497 (71.8%), incomplete elementary education 191 (27.6%), age between 20 and 39 years 396 (57.2%), brown race 533 (77.0%), pulmonary form 422 (61%) and ODT not performed 454 (65.6%). In addition, 449 (64.9%) of the notifications had no information about the completion of ART. Cure was the main clinical outcome 317 (45.8%). **Conclusion:** In this study, the TB/HIV coinfection rate found was 12%, a figure that may be even higher since 21.7% of the reported patients did not undergo the serological test for HIV. There is a predominance of male cases, with incomplete primary education, mixed race and pulmonary clinical form, a worrying fact was that 65.6% did not perform DOT.

Key words: Tuberculosis, HIV, Coinfection, Epidemiology.

¹ Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA), Porto Velho - RO.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico-epidemiológico de la coinfección Tuberculosis/VIH (TB/VIH) en el municipio de Porto Velho. **Métodos:** Estudio epidemiológico retrospectivo del tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, basado en datos secundarios recogidos a partir del Sistema Nacional de Información de Agravios de Notificación (SINAN), en el municipio de Porto Velho, en el período de 2010 a 2020. **Resultados:** Fueron notificados 5.932 casos de tuberculosis en el período, de los cuales, 692 (12%) presentaban coinfección por el virus VIH. El perfil de los individuos coinfectados sigue el siguiente patrón: género masculino 497 (71,8%), enseñanza fundamental incompleta 191 (27,6%), edad entre 20 a 39 años 396 (57,2%), raza parda 533 (77,0%), forma pulmonar 422 (61%) y TDO no realizado 454 (65,6%). Además, 449 (64,9%) de las notificaciones no contaban con información sobre la realización de la TARV. La cura fue el principal resultado clínico 317 (45,8%). **Conclusión:** En este estudio, la tasa de coinfección TB/VIH encontrada fue del 12%, cifra que puede ser aún mayor ya que el 21,7% de los pacientes informados no se realizaron la prueba serológica para el VIH. Hay un predominio de casos masculinos, con instrucción primaria incompleta, mestizos y forma clínica pulmonar, un dato preocupante fue que el 65,6% no realizó DOT.

Palabras clave: Tuberculosis, VIH, Coinfección, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é um problema de saúde pública para o Brasil e o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo uma doença transmissível causada pelo bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), estima-se que aproximadamente 1,4 milhões de pessoas morreram por doenças referentes à tuberculose no mundo. Dentre os 10 milhões de pessoas que desenvolveram TB no decorrer do ano, em torno de 3 milhões possivelmente não foram diagnosticados com a doença ou não foram formalmente notificados. Geralmente acomete os pulmões, porém na forma extrapulmonar pode ainda afetar outros sistemas, quanto a prevenção, é realizada através da vacinação em crianças, que é ofertada nas unidades básicas de saúde gratuitamente, sendo ofertada em dose única, a BCG previne as formas mais graves da doença, em relação ao diagnóstico, ocorre principalmente através da sintomatologia aliada ao Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), exames laboratoriais, radiografia do tórax e a baciloscopia direta. (BRASIL, 2020; NOGUEIRA AF, et al., 2012).

No Brasil, a situação atual da tuberculose ainda possui índices muito altos, no qual juntamente com HIV/AIDS, representam importantes desafios para a saúde pública no Brasil, obtendo simultaneamente mais de 150 mil mortes por ano. Segundo informações coletadas no Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde em 2016, no mundo, foram notificados 476.774 casos de coinfeção TB-HIV. De acordo com as estimativas no Brasil, no ano de 2017, houve uma média de 74.849 casos novos de TB e 8.515 apontaram um desfecho positivo para o vírus HIV, totalizando um percentual de 11,4% em casos de coinfeção Tuberculose/HIV (BRASIL, 2019).

Devido ao comprometimento do sistema imunológico em pacientes soropositivos para HIV, ocasionando com que fiquem mais suscetíveis a doenças oportunistas, dentre elas a que possui maior índice de acometimento e mortalidade em Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), a tuberculose, no qual o risco aumenta 30 vezes em relação aos soronegativos para HIV e isso independe de ser sintomático ou assintomático, enquanto o risco de que um indivíduo não-infectado por HIV desenvolverem tuberculose ao longo da vida é de apenas 5% a 10% (OLIVEIRA LB, 2018).

A interação que ocorre concomitantemente entre ambas as patologias resulta em evolução mais rápida, tanto da tuberculose como da imunodepressão causada pelo HIV, resultando em complicações no diagnóstico de tuberculose sendo mais difícil nestes pacientes, além disso, a baciloscopia é menos sensível porque a imunodeficiência pode alterar o quadro clínico e radiografias. Essas alterações atrasam o diagnóstico de TB, o que, por sua vez, aumenta o risco de morte e contaminação de contatos próximos (BARBOSA IR e COSTA ICC, 2014).

Miranda LO, et al. (2017), afirmam que a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) em pessoas vivendo com HIV (PVHIV), melhorou significativamente a qualidade e expectativa de vida desses pacientes, mas a TB ainda é a infecção oportunista mais comum e é uma das principais causas de óbito entre pacientes com HIV, houve uma grande queda nos números de morbimortalidade relacionado a infecção pelo viral pelo HIV, devido aos esquemas retrovirais, nas práticas clínicas e nas profilaxias primárias (RACHID M e SCHECHTER M, 2017). Mediante ao exposto, o presente estudo teve por objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico da coinfeção TB/HIV no município de Porto Velho, de 2010 a 2020.

MÉTODOS

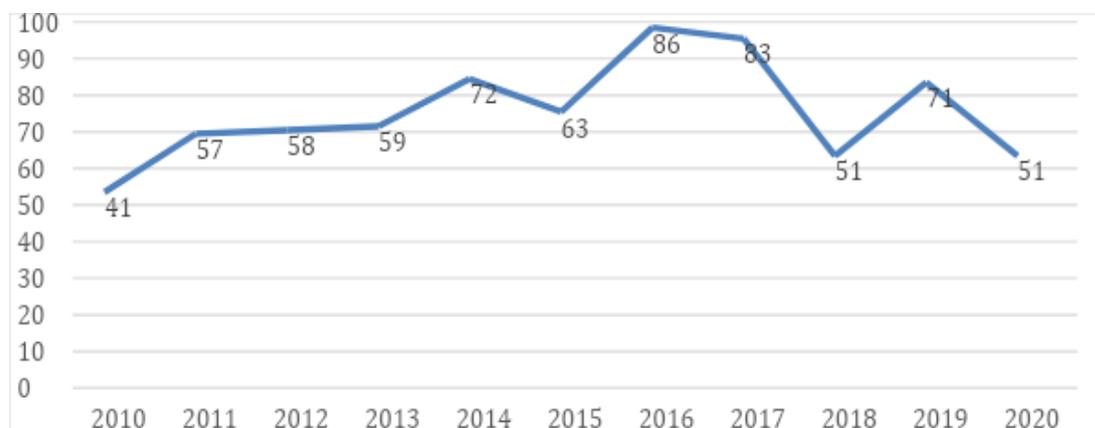
Estudo epidemiológico retrospectivo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários coletados a partir do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde do Brasil, disponibilizados pela Agência Estadual de Vigilância em Saúde (AGEVISA), e tem como objetivo transmitir, coletar e disseminar dados elaborados cotidianamente pelo sistema de Vigilância Epidemiológica das esferas do governo via rede informatizada, apoiando o processo de investigação e subsidiando a análise das informações coletadas das doenças de notificação compulsória.

A população estudada foi composta por casos confirmados de tuberculose em HIV positivos no município de Porto Velho, Rondônia, no período de 2010 a 2020. Foi analisada as seguintes variáveis sociodemográficas, sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, e no clínico epidemiológico a forma de TB prevalente, tipo de entrada, Tratamento Diretamente Observado (TDO), TARV e o tipo de encerramento. Não foram incluídos na pesquisa, informações cuja variável "HIV" foi preenchida como negativa, em andamento ou não realizado. Após a coleta de dados, os dados foram organizados em uma planilha do *Microsoft Excel®*, onde foram construídos gráficos e tabelas para melhor esboço dos resultados e apresentação quantitativa das variáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2010 a 2020 foram notificados 5.932 casos de Tuberculose em Porto Velho, desses 692 (12%) coinfectados por TB/HIV. Em 2016, foi o ano que apresentou maior quantidade de indivíduos coinfectados, com um total de 86 casos (12,4%), enquanto em 2010 o menor quantitativo, com 41 casos (5,9%), fato que pode ser justificado pelo aumento populacional, com base no censo de 2010, o município tinha 428.527 mil habitantes, enquanto em 2020 eram aproximadamente 539.354. O **Gráfico 1** representa a distribuição de casos de coinfeção em relação ao ano de diagnóstico de TB.

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de coinfeção, em relação ao ano de diagnóstico de Tuberculose.



Fonte: Pereira DS, et al., 2022; dados extraídos do SINAN 2022.

No que se refere ao perfil dos coinfectados, o gênero masculino foi o mais frequente com 497 casos (71,8%), fato este que pode ser justificado devido a um maior contato com o patógeno, ocorrido durante

exposição em ambientes de trabalho, seus costumes comportamentais, fatores imunológicos e a baixa procura dos serviços de saúde e maior dificuldade de adesão ao tratamento. Em contrapartida, o gênero feminino equivale a 195 (28,2%) dos casos. A predominância de casos na população masculina também foi encontrada por Junior ACV, et al. (2020) em uma porcentagem de 72,32%, próxima encontrada no presente estudo.

A idade variou entre crianças menores de 1 ano à idosos acima de 80 anos, no entanto a faixa etária entre 20 a 39 anos foi a de maior representatividade das notificações com 396 (57,2%), seguida por 40 a 59 anos 246 (35,5%), esse fato pode ser justificado pois a população economicamente ativa é composta significativamente por essa faixa etária, o que pode relacionar à uma maior exposição aos fatores de riscos. Menores porcentagens foram encontradas entre os menores de 1 ano 3 (0,4%) e naqueles acima de 80 anos 1(0,1%). Em relação à raça, 533 (77%) das pessoas eram pardas. Devido ao advento da miscigenação a raça parda é a maioria da população predominante Brasileira, que conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em sua grande maioria prevalece também no estado de Rondônia (IBGE, 2010). Seguidos de brancos e pretos, com 93 (13,4%) e 51(7,4%) respectivamente.

Quanto à escolaridade, constatou-se que a maior parte dos coinfectados não finalizaram o ensino fundamental 191 (27,6%), seguido daqueles com ensino médio completo 102 (14,7%) e com ensino fundamental completo 34 (4,9%). A escolaridade possui grande importância para os determinantes da saúde, o processo de comunicação com o coinfectado sobre a patologia, as formas de tratamento e a importância da continuidade da terapia medicamentosa pode ser diretamente influenciada ao nível de escolaridade devido a fragilidade na compreensão desse processo. Os menores índices de coinfeção estão presentes entre os indivíduos com ensino superior incompleto 14 (2,0%). É importante salientar que 44 (6,4%) casos de notificação não apresentavam informações em relação à escolaridade, o que pode subnotificar a categoria, na **Tabela 1** está representado os dados acima discutidos.

A forma clínica pulmonar representou a maioria dos casos, com taxa de notificação de 422 (61%), definindo a maior forma de transmissão da Tuberculose, visto que o patógeno desta doença é aeróbico e tem propensão de alojamento a este órgão, repercutindo para o aumento dos casos (BONFIM RO, et al., 2021).

Seguida da TB extrapulmonar com 210 (30,3%), embora não seja vista como um fator de risco para a transmissibilidade da doença, esta pode constituir sinais e sintomas que podem ser confundidas com outras patologias, pois não pode ser encontrada na baciloscopia de escarro, trazendo assim, as formas mais graves da doença, sobretudo em pacientes com o sistema imunológico deprimido, bem como as pessoas vivendo com hiv (MARIANO A, et al., 2021). Em 60 (8,7%) dos casos os indivíduos apresentaram as duas formas da doença pulmonar e extrapulmonar.

Estudos realizados mostram que nos casos de coinfeção, a forma mais acometida de tuberculose com maior índice em relação às outras formas da doença, foi a forma Pulmonar bacilífera onde registrou-se 61,7% dos casos, seguido da forma extrapulmonar 26,19%, e apenas 12,02% na forma Pulmonar associada à extrapulmonar. Dentre a porcentagem apresentada na forma extrapulmonar 12% foram da forma ganglionar periférica, 6,6% na forma miliar e 5% na forma meningoencefálica (BARBOSA IR e COSTA ICC, 2014).

Dos casos notificados em Porto Velho, 470 (67,9%) foram de casos novos, configurando a maior taxa em relação ao tipo de entrada. Os casos de reingresso após abandono com 118 (17,1%) e de recidiva com 61 (8,8%) também são considerados expressivos.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), após 10 anos de declínio global em óbitos por Tuberculose houve um aumento em 2020 comparado a 2019 devido a pandemia por Covid-19, cerca de 1,5 milhão de pessoas morreram de tuberculose em 2020, dentre esses 214 mil incluem-se pessoas que vivem com HIV. E devido a alguns obstáculos no acesso à saúde como a restrição social e redirecionamento financeiro à pandemia, ocasionaram com que muitas pessoas infectadas não obtivessem o diagnóstico da doença e estima-se que o número de casos possa ser maior, porém sem o devido diagnóstico ou sem serem notificados (BRASIL, 2021).

Tabela 1 - Distribuição do HIV nos casos de Tuberculose em relação ao gênero, faixa etária, raça e escolaridade.

Variável	Nº	%
Gênero		
Masculino	497	71,80%
Feminino	195	28,20%
Faixa etária		
<1 Ano	3	0,40%
1 a 4		
5 a 9	1	0,10%
10 a 14	-	-
15-19	8	1,20%
20-39	396	57,20%
40-59	246	35,50%
60-64	26	3,80%
65-69	7	1,00%
70-79	4	0,60%
80 e +	1	0,10%
Raça		
Ignorado / branco	9	1,30%
Branca	93	13,40%
Preta	51	7,40%
Amarela	4	0,60%
Parda	533	77%
Indígena	2	0,30%
Escolaridade		
Ignorado/branco	44	6,40%
Analfabeto	41	5,90%
1ª a 4ª série incompleto. do Ensino Fundamental	148	21,40%
4ª série completa do Ensino Fundamental	44	6,40%
5ª a 8ª série incompleto do Ensino Fundamental	191	27,60%
Ensino fundamental Completo	34	4,90%
Ensino médio incompleto	47	6,80%
Ensino médio completo	102	14,70%
Educação superior Incompleta	14	2,00%
Educação superior Completa	24	3,50%
Não se aplica	3	0,40%
Total		692

Fonte: Pereira DS, et al., 2022; dados extraídos do SINAN 2022.

Em relação ao diagnóstico 72 (10,4%) apresentaram o teste rápido TB sensível a rifampicina, 41 (5,9%) cultura de escarro positivos e 576 (83,25%) não realizados, com 1ª baciloscopia de escarro positivo foram 194 (28%), 2ª baciloscopia de escarro positivo 58 (8,40%). O diagnóstico ocorre por meio de exame clínico, de acordo com a sintomatologia apresentada, sendo confirmado por exames complementares específicos. Utiliza-se a baciloscopia de escarro em caso de suspeita clínica de Tuberculose pulmonar e também para acompanhamento e controle, no qual é importante ser realizada em duas etapas, onde na primeira ida do indivíduo na unidade de Saúde deve ocorrer a coleta de material, independentemente do resultado da primeira coleta, no dia posterior deve ser coletado o material novamente preferencialmente ao despertar, para a confirmação ou descarte da patologia. Trata-se de um dos métodos mais utilizados, por ser capaz de detectar cerca de 60 a 80% dos casos, no qual possibilita o início precoce do tratamento e controle da evolução da doença (FERRI AO, et al., 2014; SILVA LT, et al., 2019).

Sobre o regime de TDO 454 (65,6%) dos indivíduos não se encontravam incluídos nessa estratégia programática. A coinfeção TB-HIV é indicada como um fator que favorece ao abandono do tratamento da tuberculose, devido as reações adversas e interações medicamentosas em pacientes soropositivos se apresentarem com maior intensidade, ocasionando com que muitas vezes o paciente opte pelo uso prioritário dos antirretrovirais em detrimento do medicamento para TB, desse modo recomenda-se o uso do TDO que trata-se de um método de extrema relevância para esse grupo. E abrange a análise da ingestão dos medicamentos, que é recomendada, efetivamente, nos dias úteis da semana por um profissional de saúde, com o objetivo de assegurar a adesão do tratamento, restringindo assim a taxa de abandono e evitando a cadeia de transmissão da doença, propiciando a diminuição do surgimento de bacilos multirresistentes (BRASIL, 2019; OLIVEIRA LB, 2018).

Com relação ao uso do TARV, durante o tratamento da Tuberculose em Porto Velho, 214 (30,9%) dos casos de coinfeção TB-HIV realizam o tratamento terapêutico. Esse percentual é considerado baixo tendo em vista que tal medida é de extrema relevância para um prognóstico favorável ao coinfectado, cabe ressaltar, que na categoria o subitem IG/branco encontra-se em maior predominância com 64,9% sem ofertar um desfecho para o estudo e desse modo ofertando uma inferioridade na assistência prestada e notificações inadequadas.

Os medicamentos antirretrovirais atuam na inibição da replicação viral evitando o enfraquecimento do sistema imunológico, ainda vivemos sem a cura para esta condição crônica, mas já é possível visualizar uma evolução, onde uma infecção fatal atualmente segue sendo controlável. A eficácia na adesão da TARV é fundamental para garantir o controle da doença, além dos benefícios ao paciente, como aumento na disposição, energia e apetite, melhorando assim a qualidade e expectativa de vida, sendo esses medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1996, garantindo o tratamento independentemente de sua carga viral (BRASIL, 2020).

Ao explorar os dados da situação de encerramento dos casos de TB com coinfeção HIV no município, observou-se um índice de cura de 317 (45,8%) e um número relevante de casos de abandono 183 (26,4%) e óbito 9 (1,3%). O abandono do tratamento de Tuberculose ocasiona uma baixa taxa de cura, e conseqüentemente desencadeando a resistência das cepas bacterianas, favorecendo a um aumento do número de casos. Porto Velho destaca-se como a segunda capital do país com o maior percentual de abandono de pacientes, além da resistência dos profissionais em desenvolver ações de vigilância em saúde voltadas para o controle da TB (SILVA LT, et al., 2019).

Dados esses que ressaltam a importância da assistência ofertada nas estratégias de saúde da família, visto que possuem um papel de educação em saúde, orientando sobre a fisiopatologia da doença, a realização do tratamento adequado e a continuidade do mesmo a fim de obter um prognóstico de qualidade, aumento nos índices que evoluem para cura, redução de casos de bactéria multirresistente, diminuição da disseminação da doença e na busca ativa de casos da doença na comunidade para que haja um controle adequado (CASTILLO ADD, et al., 2009). A **Tabela 2** representa as variáveis discutidas acima.

Referente aos pacientes diagnosticados com tuberculose no decorrer de 10 anos 1.287 (21,7%) não realizaram o teste sorológico para HIV, nos anos de 2015, 2016 e 2017 houve redução significativa nos testes não realizados. Desse modo, surge a discussão acerca da subnotificação de coinfeção TB/HIV no município em questão, haja vista que 21,7% das pessoas com tuberculose não foram testadas para HIV, embora o MS recomende que todas as pessoas com tuberculose sejam submetidas ao teste sorológico para HIV. E devido a infecção pelo HIV ser um importante fator de risco para a tuberculose, cerca de 1.287 pessoas podem estar potencialmente infectadas com vírus HIV, porém sem diagnóstico, e transmitindo a outros indivíduos sendo tal medida não preconizada e conseqüentemente ocasionando falha no manejo recomendado.

Além disso, vale ressaltar a importância da qualidade de retroalimentação do sistema de informação, uma vez que 3,2% estavam com o resultado do exame em andamento. A **Tabela 3** representa o quantitativo de testes sorológicos para detecção de HIV nos casos de tuberculose.

Tabela 2 - Distribuição do HIV nos casos de Tuberculose em relação à forma, tipo de entrada, diagnóstico, Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado, terapia antirretroviral e situação de encerramento.

Variável	Nº	%
Forma		
Pulmonar	422	61%
Extrapulmonar	210	30,30%
Pulmonar + extrapulmonar	60	8,70%
Tipo de entrada		
Caso novo	470	67,90%
Recidiva	61	8,80%
Reingresso após abandono	118	17,10%
Transferência	41	5,90%
Não sabe	1	0,10%
Pós óbito	1	0,10%
Diagnóstico		
Teste rápido para Tuberculose		
Ignorado /Branco	270	39%
Detectável sensível a rifampicina	72	10,40%
Detectável resistente a rifampicina	3	0,40%
Não detectável	68	9,80%
Inconclusivo	5	0,70%
Não realizado	274	39,60%
Cultura Escarro		
Ignorado /Branco	-	
Positivo	41	5,90%
Negativo	31	4,50%
Em andamento	44	6,40%
Não realizado	576	83,20%
1ª Baciloscopia Escarro		
Ignorado /Branco	-	
Positivo	194	28,00%
Negativo	297	42,90%
Não realizado	186	26,90%
Não se aplica	15	2,20%
2ª Baciloscopia Escarro		
Ignorado /Branco	428	61,80%
Positivo	58	8,40%
Negativo	113	16,30%
Não realizado	93	13,40%
Tratamento diretamente observado (TDO)		
Ignorado / branco	153	22,10%
Sim	85	12,30%
Não	454	65,60%
Terapia antirretroviral (TARV)		
Ignorado / branco	449	64,90%
Sim	214	30,90%
Não	29	4,20%
Situação de encerramento		
Ignorado / branco	20	2,90%
Cura	317	45,80%
Abandono	183	26,40%
Óbito por tuberculose	9	1,30%
Óbito por outras causas	47	6,80%
Transferência	88	12,70%
Tuberculose droga resistente	5	0,70%
Mudança de esquema	20	2,90%
Falência	2	0,30%
Abandono primário	1	0,10%

Fonte: Pereira DS, et al., 2022; dados extraídos do SINAN 2022.

Tabela 3 - Teste sorológico para detecção do HIV nos casos de tuberculose.

Ano Diagnóstico	Ignorado / Branco	Positivo	Negativo	Em andamento	Não realizado	Total
2010	-	41	211	62	103	417
2011	-	57	267	19	181	524
2012	-	58	302	31	126	517
2013	-	59	314	41	128	542
2014	-	72	318	7	132	529
2015	-	63	382	9	79	533
2016	-	86	456	5	78	625
2017	-	83	447	5	90	625
2018	-	51	380	5	104	540
2019	-	71	387	2	133	593
2020	1	51	298	4	133	487
Total	1	692	3762	190	1287	5932

Fonte: Pereira DS, et al., 2022; dados extraídos do SINAN 2022.

CONCLUSÃO

Nesse estudo a taxa de coinfeção TB/HIV foi de 692 (12%), predominância de casos de coinfeção no sexo masculino, na raça parda entre 20 a 39 anos e ensino fundamental incompleto, o percentual de cura dos casos de TB no período avaliado foi inferior ao que o Ministério da saúde preconiza que é (85%). Em síntese, os resultados adquiridos são extremamente significativos para a construção de estratégias de controle, com o intuito de promover melhores ofertas nos serviços de saúde, com uma maior eficiência nos diagnósticos de ambas as patologias conforme protocolo do Ministério da Saúde, promovendo menor incidência de casos, que corroboram na diminuição da morbimortalidade por TB/HIV e como resultado, reduz os impactos no processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

- BONFIM RO, et al. Perfil dos casos de tuberculose assistidos pelo tratamento diretamente observado em um município Amazônico. *Research, Society and Development*, 2021; 10(12): e352101220471-e352101220471.
- BARBOSA IR, COSTA ICC. Estudo epidemiológico da coinfeção tuberculose-HIV no nordeste do Brasil. *Revista de Patologia Tropical*, 2014; 43(1): 27-38.
- CASTILLO ADD, et al. A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RO. *Saúde Coletiva*, 2009; 29(6): 84-89.
- CAVALIN RF. Coinfeção TB-HIV: análise espacial e temporal no município de São Paulo. Dissertação mestrado apresentada a faculdade de saúde pública da USP, 2018; 129p.
- DA SILVA JLG, et al. Prevalencia de Co-infecções em Pacientes HIV/AIDS na região Noroeste do Rio Grande do Sul. *S. Conhecimento*, 2016; 1-6.
- FERRI AO, et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. *Revista Liberato*, 2014; 15(24): 105-212.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico, Área territorial Porto Velho. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ro/porto-velho.html>. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.
- JUNIOR ACV, et al. Avaliação do perfil epidemiológico da tuberculose e a sua coinfeção TB HIV nos estados da Paraíba e Rio Grande do Norte. *Braz. J. of Develop.*, 2020; 6(1): 441456.
- MARIANO A, et al. Perfil epidemiológico da coinfeção TB/HIV em um município prioritário da Amazônia ocidental. *Journal of Management & Primary Health Care*, 2021; 13: e08-e08.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tuberculose_brasil_indicadores_epidemiologicos_operacionais.pdf. Acessado em: 21 de janeiro de 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, 2019. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf. Acessado em: 25 de março de 2022.

12. MIRANDA LO, et al. Aspectos epidemiológicos da coinfeção Tuberculose/HIV no Brasil: revisão integrativa. *Rev Pre Infec e Saúde*, 2017; 3(3): 59-70.
13. NOGUEIRA AF, et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. *Rev. Bras. Farm*, 2012;93(1):3-9.
14. NOVOTNY T, et al. HIV/AIDS, tuberculose e tabagismo no Brasil: uma sindemia que exige intervenções integradas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33: e00124215.
15. OLIVEIRA LB, et al. Análise epidemiológica da coinfeção tuberculose/HIV. *Cogitare Enfermagem*, 2018; 23(1).
16. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Progresso global no combate à tuberculose está em risco.2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/14-10-2020-progresso-global-no-combate-tuberculose-esta-em-risco-afirma-oms>. Acessado em: 14 de outubro de 2020.
17. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Mortes por tuberculose aumentam pela primeira vez em mais de uma década devido à pandemia de COVID-19. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/14-10-2021-mortes-por-tuberculose-aumentam-pela-primeira-vez-em-mais-uma-decada-devido-a-pandemia-de-covid-19>. Acessado em: 3 de fevereiro de 2022.
18. RACHID M, SCHECHTER M. Manual de HIV/aids. Thieme Revinter, 2017; 425p.
19. SANTOS MN, et al. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2012; 38(6): 724-732.
20. SILVA LT, et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2019; 9: 1.