

Revista de Saúde Pública

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva

HIV/tuberculosis co-infection: a request for a better surveillance

Mônica M. Lima*, Marília Belluomini, Margarida M. M. B. Almeida e Gilberto R. Arantes
Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil

LIMA, Mônica M., Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva.
Rev. Saúde Pública, 31(3): 217-20, 1997.

Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva

HIV/tuberculosis co-infection: a request for a better surveillance

Mônica M. Lima*, Marília Belluomini, Margarida M. B. Almeida e Gilberto R. Arantes
Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil

Resumo

O agravamento da endemia tuberculosa tem induzido à reformulação dos programas antituberculose em inúmeros países. Entre as causas deste recrudescimento estão a imigração, a pobreza, a diminuição de recursos para os programas de controle e a associação HIV/*Mycobacterium tuberculosis*. Inúmeros estudos demonstram que um indivíduo infectado pelo HIV tem risco de adoecimento muito maior que a população geral mas, a despeito desta evidência, a busca sistemática por soropositivos entre os tuberculosos não é realizada. Discute-se a realização de teste anti-HIV rotineiramente por ocasião do diagnóstico de tuberculose, desde que mantido o sigilo da informação, com vistas a incrementar a descoberta de casos e fornecer maior subsídio à vigilância da co-infecção.

Tuberculose, etiologia. Infecções por HIV, complicações. Vigilância epidemiológica.

Abstract

The increasing endemicity of tuberculosis resulting from causes such as immigration, poverty, a declining public health infrastructure and co-infection by HIV/Mycobacterium tuberculosis, is leading to a change in tuberculosis control programmes. One of the main reasons for the resurgence of tuberculosis is HIV infection – the risk of tuberculosis is greater in HIV patients than in the majority of the population as can be seen from numerous research projects. The need for systematic testing for HIV infection in all tuberculosis patients by undertaking confidential HIV tests on admission to a tuberculosis programme is brought out. This measure would increase the number of cases diagnosed and provide data for better surveillance of the co-infection.

Tuberculosis, etiology. HIV infections. Epidemiologic surveillance.

* Aluna de Pós-Graduação.

Correspondência para/Correspondence to: Mônica Mendonça Lima - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01246-904 São Paulo, SP - Brasil.

E-mail: monlima@usp.br

Edição subvencionada pela FAPESP. Processo 96/5999-9.

Recebido em 14.4.1997. Aprovado em 21.5.1997.

A magnitude e a gravidade clínica da endemia tuberculosa estão aumentando internacionalmente! Países desenvolvidos, que outrora planejaram eliminar a tuberculose na virada do século⁶, experimentaram reversão da tendência de queda da endemia que resultou no aumento do número de notificações^{5,18}. Com o que, a doença voltou a ser considerada como problema de saúde pública induzindo à reformulação dos programas antituberculose em alguns países com medidas tais como: tratamento supervisionado⁸; incremento na descoberta de novas técnicas para acelerar o diagnóstico²⁰ e uso da epidemiologia molecular em estudos de transmissão^{1,24}. Em consequência, nessas áreas vislumbra-se estabilização no número de casos.

Países subdesenvolvidos, que sempre tiveram uma grande morbidade por tuberculose, vêm enfrentando o agravamento do problema na última década⁹. A doença encontra terreno fértil nas condições de aglomeração, desnutrição e pobreza características tanto das nações de terceiro mundo como dos grandes centros urbanos decadentes de países industrializados.

A diminuição dos recursos para programas anti-tuberculose, a má administração da infra-estrutura assistencial e o parco investimento científico contribuíram significativamente para a atual situação³. Entretanto, existe unanimidade no que se refere à influência da pandemia HIV/AIDS no panorama atual da tuberculose^{10, 12, 16, 25}.

Estimativas referentes à prevalência de infecção tuberculosa e de infecção pelo HIV indicam que cerca de 5,6 milhões de pessoas no mundo estão co-infectadas¹⁷. Nos primeiros anos desta década, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) contribuiu com cerca de 4% dos casos de tuberculose⁹, porém, na África Central, onde a prevalência da co-infecção HIV/*Mycobacterium tuberculosis* é alta, 20% dos casos têm sido associados ao HIV¹⁶. Em alguns países daquela região o número de notificações de tuberculose aumentou mais de 100% em 5 anos¹².

A infecção por HIV modificou não apenas a tendência epidemiológica da tuberculose mas também sua apresentação clínica, a duração do tratamento, a tolerância aos tuberculostáticos, a resistência às drogas disponíveis e, possivelmente, a suscetibilidade dos comunicantes envolvidos. As formas pulmonares não cavitárias, formas associadas, e as extra-pulmonares são mais freqüentes entre os portadores do HIV^{4,13}. O tratamento padrão recomendado pelo Ministério da Saúde com duração de 6 meses é prolongado para 9 meses na vigência da infecção por HIV¹⁴. Pacientes com AIDS apresentam mais freqüentemente intolerância medicamentosa, icterícia e reações alérgicas do

que o grupo HIV negativo²². Surto de tuberculose multi-droga resistente (MDR) foram documentados envolvendo instituições que abrigavam soropositivos para o HIV^{7,23}. Um tuberculoso soropositivo tem mais chance de ter contato com outros infectados pelo HIV, seja no domicílio (parceiro(a) sexual, filhos), pelas reuniões que visam ao uso comum de seringas no ato de se drogar e pelas freqüentes internações hospitalares, em “casas de apoio”, ou em instituições correcionais ao longo da doença.

Estudos demonstram que o indivíduo HIV+ uma vez infectado pelo *M.tuberculosis* tem risco de adoecimento muito maior que a população geral^{13,21}. O risco de um co-infectado desenvolver tuberculose ativa é de 5 a 10% ao ano⁹, sendo muito maior do que o risco ao qual está exposto um soronegativo que é de 5 a 10% durante toda a vida¹³. As altas taxas de positividade para o HIV entre tuberculosos obtidas em diversos inquéritos sorológicos – 20 a 67%, na África¹⁶; 46%, em Nova York¹⁵; 14%, na Tailândia²⁶ e 15%, na Índia²⁶ – reforçam estas considerações.

As evidências apontam para a necessidade de um maior conhecimento da extensão do dano provocado pela interação entre estes dois agentes. A vigilância epidemiológica no contexto da co-infecção HIV/*M.tuberculosis* envolve a avaliação da distribuição e sua provável disseminação na população, constituindo ferramenta importante para o conhecimento desta interação e para elaboração de uma política de controle eficaz.

A falta de sensibilidade do Sistema de Vigilância da Tuberculose prejudica a análise do impacto da co-infecção na tendência dessa doença. No Estado de São Paulo, em 1993, a subnotificação da associação AIDS/tuberculose alcançou 43% – dos 505 pacientes com ambas as doenças, que constavam no banco de dados de AIDS, 217 não faziam parte do banco de dados de tuberculose. Desta forma, é evidente a necessidade de comparação dos registros do Sistema de Vigilância da Tuberculose com os de AIDS. Uma busca mais ativa das notificações realizada pelo contato direto com serviços de verificação de óbitos, laboratórios e hospitais, bem como a introdução de quesitos, no instrumento de notificação, a respeito de fatores clínicos e epidemiológicos importantes na tuberculose associada ao HIV poderiam melhorar a qualidade da notificação¹⁹.

Entretanto, a sensibilidade do Sistema de Vigilância da Associação Tuberculose/HIV tem que ser analisada também em função da realização ou não de testes anti-HIV. Quanto menor a proporção de tuberculosos testados para o HIV, maior a incerteza sobre a real magnitude da prevalência de co-infecta-

dos. Esta incerteza pode ser observada pela análise da prevalência de soropositividade para o HIV entre os tuberculosos, a qual fornece informações sobre as faixas de prevalência mínima e máxima esperadas. A prevalência mínima é dada pela proporção de casos com teste anti-HIV positivo entre o total de casos de tuberculose, enquanto a máxima é dada pela proporção de casos positivos entre os testados¹⁹.

Segundo dados do Núcleo de Investigações em Vigilância da Tuberculose (NIVTb) para o período de 1993, dos 5.827 casos de tuberculose notificados apenas 1.034 realizaram o anti-HIV, e destes, 560 foram positivos⁴. Neste caso, a prevalência mínima foi de 9,6% (560/5.827), enquanto a máxima foi de 54,2% (560/1.034). Supondo que a prevalência entre os casos não testados seja baixa, a proporção esperada de co-infectados provavelmente será mais próxima do mínimo. Entretanto, — as pessoas infectadas pelo HIV podendo ficar assintomáticas por muito tempo e a tuberculose “clássica” sendo freqüentemente um evento precoce no co-infectado em decorrência da maior virulência do bacilo em relação a outros patógenos — é grande a possibilidade da infecção por HIV passar insuspeita àqueles que diagnosticam a tuberculose. Com o que, a real proporção de co-infectados poderá se distanciar do mínimo. Desta forma, a questão do teste pode ser crucial para a vigilância exercida pela saúde pública, tanto mais que já se considera a tuberculose como “doença sentinela” da AIDS.

A solicitação de anti-HIV para os tuberculosos não é normatizada em nosso País e o exame é realizado de acordo com o critério do médico e somente com a autorização do paciente. Não podemos descartar a possibilidade do profissional médico estar pouco atento para a importância do conhecimento da condição de portador do HIV no momento do diagnóstico da tuberculose. As razões desta pouca atenção podem ir desde a falta de supervisão e de reciclagem, sobrecarga de consultas, carência de ambulatórios de referência entre outras. Entretanto, a necessidade de uma autorização prévia do paciente para a realização do anti-HIV coloca este teste numa posição discriminatória em relação a tantos outros exames realizados na prática médica diária que não necessitam de autorização para serem feitos. Criou-se um antagonismo entre o interesse da saúde pública em monitorar a epidemia e o das entidades de defesa e apoio aos soropositivos que temem a discriminação².

A AIDS é a primeira pandemia a ocorrer na era da supremacia dos direitos individuais. Muitos países que adotam legislação sobre a AIDS estão dispostos a compatibilizar as medidas de saúde coletiva com os direitos individuais. As discussões relacio-

nadas à AIDS e direitos do portador do HIV são bastante atuais e pertinentes visto que alguns países usam a realização compulsória do teste anti-HIV de forma coercitiva, chegando a adotar a hospitalização compulsória e a ressuscitar os “certificados de isenção de doenças venéreas”²⁷. Por outro lado, o direito individual dos que se recusam a realizar o anti-HIV não deveria ultrapassar o direito da coletividade. Segundo a OMS²⁸, “a proteção contra epidemias é uma das principais tarefas das autoridades públicas e emana do direito humano à saúde”. Em outras palavras, o direito individual de alguns não é maior do que o direito individual de todos os demais.

Desde que seja garantido o anonimato do paciente, o teste anti-HIV quando indicado deve ser feito por inúmeras razões:

- para benefício da pessoa testada – indivíduos assintomáticos ou na fase inicial da doença são favorecidos com o diagnóstico precoce da condição de portador pela possibilidade do uso de antivirais e de medicações profiláticas contra germes oportunistas, aumentando a expectativa de vida. No caso específico da tuberculose podem ser tratados pelo tempo recomendado (9 meses), com maior chance de cura. Decisões com relação à gravidez, prática sexual e atividade profissional podem ser tomadas com base no conhecimento da situação sorológica. É uma oportunidade para incentivar a mudança de comportamento visando a eliminar fatores que contribuam para a rápida progressão da doença, tais como: exposição a doenças sexualmente transmissíveis, drogas, álcool, entre outras;
- para benefício de outras pessoas potencialmente expostas à infecção;
- para caracterização epidemiológica e execução de política de controle em saúde pública¹¹.

Segundo a OMS²⁹ “a vigilância exercida pela saúde pública é um conjunto de informações suficientemente precisas e completas a respeito da distribuição e disseminação da infecção consideradas pertinentes ao projeto, implementação ou monitoramento de programas e atividades de controle e prevenção”.

A real prevalência da associação HIV/*M.tuberculosis*, no Brasil, está longe de ser estimada o que dificulta a implantação de uma política de controle eficaz. A julgar pela situação epidemiológica de alguns países, tanto a AIDS como a tuberculose e, conseqüentemente, a co-infecção HIV/*M.tuberculosis* se encontram fora de controle. Não seria então o caso de se aumentar o espaço para a reflexão e discussão sobre esse assunto?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLAND, D. et al. Transmission of tuberculosis in New York City: an analysis by DNA fingerprinting and conventional epidemiologic methods. *N. Engl. J. Med.*, **330**:1710-6, 1994.
2. BAYER, R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism? *N. Engl. J. Med.*, **324**:1500-4, 1991.
3. BAYER, R. The dual epidemics of tuberculosis and AIDS: ethical and policy issues in screening and treatment. *Am. J. Public Health*, **83**:649-54, 1993.
4. BELLUOMINI, M. et al. Associação tuberculose/HIV/AIDS na Grande São Paulo, Brasil, 1993. *Bol. Pneumol. Sanit.*, **3**:35-50, 1995.
5. BLOOM, B. R. Tuberculosis: back to a frightening future. *Nature*, **358**:538-9, 1992.
6. CENTER FOR DISEASE CONTROL. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection: recommendations of Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis (ACET). *MMWR*, **38**:236-50, 1989.
7. CENTER FOR DISEASE CONTROL. Nosocomial transmission of multidrug resistant tuberculosis among HIV-infected patients. *MMWR*, **40**:585-91, 1992.
8. CHAULK, C. P. et al. Eleven years of community-based directly observed therapy for tuberculosis. *JAMA*, **274**:945-51, 1995.
9. DOLIN, P. J. et al. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull. W.H.O.*, **72**:213-20, 1994.
10. ELLNER, J. J. et al. Tuberculosis symposium: emerging problems and promise. *J. Infect. Dis.*, **168**:537-51, 1993.
11. FINE, R. et al. Indication for use of HIV-antibody testing. In: Cohen, P.T., ed. *The AIDS knowledge base*. 2nd ed. San Francisco, Mass. Med. Soc., 1994. p. 2.1.1 - 2.1.9.
12. KOCHI, A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. *Tubercle*, **72**:1-6, 1991.
13. LUCAS, S. & NELSON, A. M. Pathogenesis of tuberculosis in human immunodeficiency virus-infected people. In: Bloom, B.R., ed. *Tuberculosis: pathogenesis, protection, control*. Washington, American Society of Microbiol., 1994. p.503-13.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. *Manual de normas para o controle da tuberculose*. 4ª ed. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 1995. (Série A: Normas e manuais técnicos, 13).
15. ONORATO, I.M. et al. Prevalence of human immunodeficiency virus infection among patients attending tuberculosis clinics in the United States. *J. Infect. Dis.*, **165**:87-92, 1992.
16. PORTER, J. D. H. & MACADAM, K. P. W. J. The re-emergence of tuberculosis. *Annu. Rev. Public Health*, **15**:303-23, 1994.
17. RAVIGLIONE, M. C. et al. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of a worldwide epidemic. *JAMA*, **273**:220-6, 1995.
18. REICHMAN, I. B. The U-shape curve of concern. *Am. Rev. Respir. Dis.*, **144**:741-2, 1991.
19. SANTOS, L. A. R. Co-infecção tuberculose/HIV no Estado de São Paulo: contribuição ao processo de vigilância epidemiológica da Tuberculose. São Paulo, 1995. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
20. SAVIC, B. et al. Evaluation of polymerase chain reaction, tuberculostearic acid analysis, and direct microscopy for detection of *Mycobacterium tuberculosis* in sputum. *J. Infect. Dis.*, **166**:1177-80, 1992.
21. SELWYN, P. A. et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N. Engl. J. Med.*, **320**:545-50, 1989.
22. SMALL, P. M. et al. Treatment of tuberculosis in patients with advanced Human Immunodeficiency Virus infection. *N. Engl. J. Med.*, **324**:289-94, 1991.
23. SMALL, P. M. et al. Exogenous reinfection with Multidrug-Resistant *Mycobacterium tuberculosis* in patients with advanced HIV infection. *N. Engl. J. Med.*, **328**:1137-44, 1993.
24. SMALL, P. M. et al. The Epidemiology of tuberculosis in San Francisco: a population-based study using conventional and molecular methods. *N. Engl. J. Med.*, **330**:1703-9, 1994.
25. SNIDER, D. E. et al. Global burden of tuberculosis. In: Bloom, B.R. ed. *Tuberculosis: pathogenesis, protection, control*. Washington, American Society for Microbiology, 1994. p.3-11.
26. SNIDER, D. E. & LA MONTAGNE, J. R. The neglected global tuberculosis problem: a report of the 1992 World Congress on Tuberculosis. *J. Infect. Dis.*, **169**:1189-96, 1994.
27. TOMASEVSKI, K. et al. AIDS e direitos humanos. In: Mann, J. et al., org. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro, Ed. ABIA, 1993. p.241-72.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human rights: a compilation of international instruments. apud Tomasevski, K. et al. AIDS e direitos humanos. In: Mann, J. et al., org. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro, Ed. ABIA, 1993. p.243.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unlinked anonymous screening for the public health surveillance of HIV infections. apud Tomasevski, K. et al. AIDS e direitos humanos. In: Mann, J. et al., org. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro, Ed. ABIA, 1993. p.255.