

COMPLIANCE TO TREATMENT/PROPHYLAXIS OF TUBERCULOSIS ASSOCIATED TO HIV/AIDS AT THE ORESTES DINIZ INFECTIOUS AND PARASITE DISEASE TRAINING AND REFERENCE CENTER

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO/PROFILAXIA DE LA TUBERCULOSIS ASOCIADA A LA INFECCIÓN HIV/AIDS EN EL CENTRO DE ENTRENAMIENTO Y REFERENCIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS ORESTES DINIZ

Francisco Carlos Félix Lana *

Fernanda Gonçalves Rodrigues **

Mônica Brandão Diniz ***

RESUMO:

Este estudo discute a adesão ao tratamento e profilaxia de tuberculose em pacientes do Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Foram levantados dados de 368 casos registrados no período de janeiro de 1998 a janeiro de 2001. Desses, 318 referiam-se à associação tuberculose/HIV, sendo 72,9% de casos registrados como tratamento e 27,1% como profilaxia. Observou-se que 140 casos (38%) abandonaram o tratamento e somente 163 (44,2%) obtiveram alta por cura. O alto percentual de abandono sinaliza falhas no serviço, indicador que também aponta para a complexidade da adesão ao tratamento/profilaxia de tuberculose dos portadores de HIV/Aids.

Palavras-Chave: Tuberculose- Prevenção & Controle; Infecções Oportunistas Relacionadas com a AIDS; Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde; Infecção pelo HIV

Atuberculose é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica causada pelo *M. tuberculosis* ou bacilo de Koch; o indivíduo se infecta no próprio ambiente social. O bacilo é inalado e a doença irá ou não se desenvolver, dependendo da resistência orgânica individual. Apesar de ser uma das doenças transmissíveis mais antigas, hoje ela ainda é um importante problema de saúde pública sendo a principal causa de morbi-mortalidade no Brasil ⁽¹⁾. A tuberculose é a segunda doença oportunista mais importante associada à AIDS, atingindo em média 31,2% dos pacientes portadores de HIV/Aids, sendo responsável por 32% da letalidade destes pacientes. Vale lembrar que a incidência de tuberculose nesses pacientes está diretamente relacionada com o grau de imunodepressão causado pela infecção do HIV ⁽²⁾.

Sabe-se que a tuberculose é um dos indicadores da qualidade de vida da população e está intrinsecamente relacionada com a estrutura sócio-econômica do país ⁽³⁾. Bolsões de pobreza nas cidades mais populosas constituem

espaço fértil para a propagação da tuberculose e o grande nível de desigualdade social faz com que grande parte da população esteja vulnerável à doença. Essa desigualdade contribui para a manutenção da tuberculose na comunidade e tem como principais causas: o analfabetismo, as aglomerações urbanas que não possuem condições de higiene, a subnutrição e a desnutrição ⁽⁴⁾.

A partir da década de 80 percebe-se um aumento do número de casos de tuberculose especialmente nos países em desenvolvimento ⁽⁴⁾. Além das condições de vida, dois outros fatores, em particular, contribuíram para o agravamento da situação epidemiológica da tuberculose, a infecção pelo HIV e o surgimento de uma acelerada resistência bacteriana, tanto primária quanto secundária, aos medicamentos utilizados no tratamento da tuberculose ⁽⁵⁾. Essa resistência, na maioria das vezes, está associada a tratamentos irregulares e a altos percentuais de abandono.

Este trabalho tem como objetivo analisar a adesão ao tratamento e profilaxia da tuberculose nos pacientes que são

* Enfermeiro; Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG

** Discente do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Bolsista de Extensão PROEX

*** Enfermeira do Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias - CTR-DIP Orestes Diniz

Enderço para correspondência:
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 Santa Efigênia
30130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais
E-mail: xicolana@enf.ufmg.br

atendidos no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infeciosas e Parasitárias Orestes Diniz.

A co-infecção tuberculose/HIV é um dos fatores relevantes para o aumento do risco de adoecimento por tuberculose⁽⁵⁾. Por isso, a população infectada pelo HIV exige condutas de tratamento e de profilaxia diferenciadas da população geral. Os fatores de risco para as pessoas infectadas pelo HIV são determinantes para esquemas de profilaxia, como por exemplo, criança como sorologia positiva para o HIV em contato com um doente de tuberculose deverá ser submetida à profilaxia.

Como estratégia profilática da tuberculose, o Ministério da Saúde estabeleceu a necessidade da realização do teste PPD RT23 2UT (*purificate proterine derivate*), inicialmente em todos os portadores de HIV/Aids, independentemente da situação clínica ou laboratorial (contagem de células CD4+ e carga viral)⁽⁶⁾. Esse teste avalia a hipersensibilidade tardia ao antígeno da tuberculose. Considera-se reator ao teste os infectados pelo HIV quando a enduração for maior ou igual a 5 mm e não reator quando for de 0 a 4 mm. O resultado negativo pode indicar que a pessoa está infectada pelo bacilo da tuberculose, mas não é capaz de produzir reação de hipersensibilidade tardia devido a déficit imunitário ou ainda, significar que a pessoa não está infectada pelo bacilo^(6,7). Caso o resultado do PPD indique que o indivíduo é não reator, o PPD deverá ser repetido anualmente. Nos pacientes não reatores e em uso de terapia antiretroviral, recomenda-se fazer o teste a cada 6 meses no primeiro ano de tratamento, devido a possibilidade de restauração da resposta tuberculínica.

Os soropositivos para HIV e também reatores ao PPD deverão fazer Raio X de tórax, independente de ter sido ou não vacinadas com o BCG, se o RX for normal iniciará quimioprofilaxia com duração de seis meses, se o RX for anormal deve-se fazer exames laboratoriais: bacilosкопia de escarro ou baciloscopy de outro material^(6,7,8).

Este estudo foi realizado no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infeciosas e Parasitárias Orestes Diniz – CTR/DIP, um ambulatório de referência em diagnóstico, tratamento e treinamento relacionado às doenças infeciosas e parasitárias. É uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, conveniada com o Hospital das Clínicas da UFMG. Está também credenciado pelo Ministério da Saúde como Serviço de Assistência Especializada (SAE) para atendimento às pessoas portadoras da infecção pelo HIV ou com AIDS. Este serviço constitui em uma das referências do município e também do Estado de Minas Gerais para o acompanhamento e tratamento de portadores de HIV/Aids.

Metodologia

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo epidemiológico, de natureza descritiva e de tipo transversal, com ênfase na avaliação dos serviços de saúde.

Período do estudo: Período de 01/01/1998 a 01/01/2001.

Local do estudo: Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infeciosas e Parasitárias Orestes Diniz – CTR/DIP.

Variáveis do estudo:

Variável dependente: tratamento ou profilaxia da tuberculose

Variáveis independentes: sexo, idade, forma clínica da tuberculose, quimioprofilaxia, associação com HIV/Aids, tipo de caso, motivos saída do registro e regularidade no tratamento HIV/Aids.

Fontes de dados: Foram coletados dados de 368 casos de tuberculose registrados no Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose de pacientes que estavam em tratamento ou profilaxia da tuberculose no período do estudo. Com a finalidade de relacionar adesão à tratamento/profilaxia da tuberculose com a adesão aos antiretrovirais consultou-se também as fichas de dispensação de medicamentos da farmácia dos pacientes que faziam tratamento com antiretrovirais concomitantemente aos tuberculostáticos, seja para tratamento ou profilaxia da tuberculose.

Tratamento e análise dos dados: Foram lançados no Epi-Info Versão 6.0, um software para análise epidemiológica. A análise foi feita com base na distribuição por formas clínicas (pulmonar, miliar, meningo-encefálica, gênito-urinária, pleural, osteo articular e ganglionar periférica), associação com HIV/Aids, quimioprofilaxia, motivos de saída do registro (alta por cura, abandono, intolerância, mudança de diagnóstico, óbito), com ênfase na cura e no abandono e na regularidade entre o tratamento da tuberculose e HIV.

Resultados e Discussão

Dos 368 casos registrados 72,8% (268) eram pessoas que iniciaram o tratamento para tuberculose e 27,2% (100), de pessoas que iniciaram a quimioprofilaxia (Tab.1); isto é, pessoas que preencheram critérios de risco para desenvolverem a tuberculose.

Tabela 1 - Distribuição dos Casos de Tratamento/Profilaxia de Tuberculose Segundo Associação com a Infecção HIV - CTR/DIP Orestes Diniz - Período: Jan/98 a Jan/01.

| | Tratamento | | Tratamento | | Tratamento | |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| | Absoluta | Relativa | Absoluta | Relativa | Absoluta | Relativa |
| Hiv Positivo | 232 | 63,1 | 86 | 23,3 | 318 | 86,4 |
| Hiv negativo | 12 | 3,2 | 2 | 0,5 | 24 | 3,8 |
| NR* | 24 | 6,5 | 12 | 3,3 | 36 | 9,8 |
| Total | 268 | 72,8 | 100 | 27,1 | 368 | 100 |

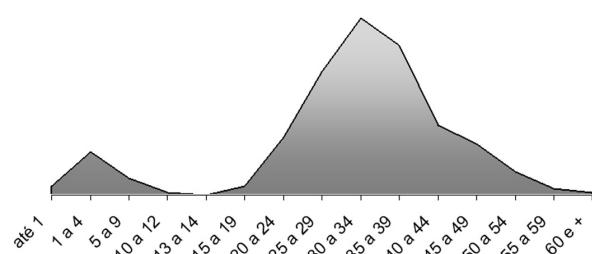
Fonte: CTR/DIP- Orestes Diniz

* Não realizados: Pacientes que não tinham conhecimento da situação sorológica, ou por não terem realizado o teste anti-HIV ou por estarem no período de janela imunológica, esperando o momento certo para a realização do teste.

Ressaltamos que dos 368 casos registrados, 318 (86,4%) eram casos de co-infecção com o HIV, fato justificado pela natureza do Serviço.

A distribuição nos casos registrados para tratamento/profilaxia da tuberculose, segundo faixa etária (Gráf. 1), de uma forma geral, expressava distribuição semelhante à observada na incidência da Aids. Exceção deve ser feita para as crianças de 1 a 4 anos de idade que foram registradas para realização de profilaxia, tanto para aquelas já soropositivas, como para aquelas em investigação sorológica.

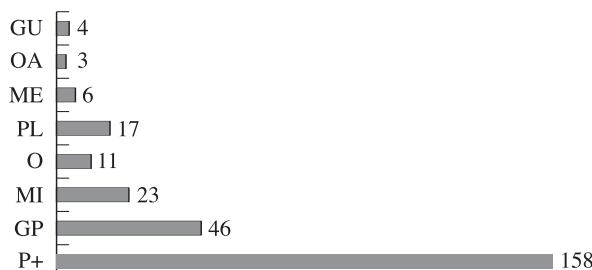
Gráfico 1 - Distribuição do Número de Casos Segundo Faixa Etária CTR/DIP Orestes Diniz - Período: Jan/98 a Jan/01.



Fonte: CTR/DIP- Orestes Diniz.

Em relação à forma clínica observamos a predominância da forma pulmonar bacilífera (Gráf. 2), com 57,1% (158 casos) seguida da forma clínica ganglionar periférica com 17,2%, perfazendo juntas um total de 74,3% dos casos registrados no período. Não observamos regularidade entre as formas clínicas e associação com HIV.

Gráfico 2 - Distribuição dos Casos de Tratamento de Tuberculose segundo Forma Clínica CTR/DIP Orestes Diniz - Período: Jan/98 a Jan/01.



Fonte: CTR/DIP- Orestes Diniz.

Quanto ao tipo de entrada no registro observamos que 332 (90,2%) casos novos ou iniciais se tratavam de tratamento ou profilaxia e 36 (9,8%) de casos classificados como de retratamento. Foi preocupante o fato de que 34 casos de retrata-

mento (94,4%) eram de pessoas que abandonaram o tratamento/profilaxia em outra ocasião, o que contribui para a manutenção da cadeia de transmissão da doença e para o estabelecimento de resistência à terapêutica (Tab. 2).

Tabela 2 - Distribuição dos Casos de Tratamento/Profilaxia de Tuberculose Segundo Tipo de Entrada no Registro - CTR/DIP Orestes Diniz Período: Jan/98 a Jan/01.

| | Trat. Inicial | Retratamento | | Total |
|----------------------|---------------|--------------|----------|------------|
| | | Abandono | Recidiva | |
| Forma Clínica | | | | |
| Pulmonar | 142 | 15 | 1 | 158 |
| Gang.Periférico | 41 | 5 | 0 | 46 |
| Miliar | 19 | 4 | 0 | 23 |
| MeningoEncefálico | 5 | 1 | 0 | 6 |
| Pleural | 17 | 0 | 0 | 17 |
| Outras * | 9 | 2 | 0 | 11 |
| Genito Uninário | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Osteo Articular | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Profilaxia | 92 | 7 | 1 | 100 |
| Total | 332 | 34 | 2 | 368 |

Fonte: CTR/DIP - Orestes Diniz

* Outras: São outras formas clínicas como intestinal e hepática

De acordo com os motivos de saída, ilustrados na Tabela 3, observamos que apenas 44,3% dos casos registrados tiveram saída do livro de registro por motivo de cura e que o abandono vem na seqüência com 38% dos casos. Novamente notamos outro motivo de preocupação em relação à resistência bacteriana, o deficit de qualidade de vida que pode ocasionar aos pacientes e ainda, a propagação da tuberculose na sociedade.

Cabe ressaltar que os dados referentes aos óbitos foram informados pelos familiares dos pacientes que falecem, caso houvesse investigação dos pacientes faltosos ou em abandono, provavelmente este número seria maior do que o aqui encontrado.

Tabela 3 - Distribuição de Motivos de Saída dos Casos de tuberculose/profilaxia CTR/DIP Orestes Diniz - Período: Jan/98 a Jan/01.

| Motivos de Saída | Frequência | |
|---------------------|------------|------------|
| | Absoluta | Relativa |
| Cura | 163 | 44,3 |
| Abandono | 140 | 38,0 |
| Em Trat. | 43 | 11,7 |
| Óbito | 9 | 2,4 |
| Mudança diagnóstico | 2 | 0,6 |
| Transferência | 2 | 0,6 |
| Outros* | 9 | 2,4 |
| Total | 368 | 100 |

Fonte: CTR/DIP - Orestes Diniz

*Outros: Refere-se a outros tipos prováveis de encerramento de casos de tuberculose como intolerância medicamentosa ou falência de tratamento.

De acordo com o programa de Controle da Tuberculose, o Ministério da Saúde, preconiza que: "o abandono será dado ao doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno" (9).

Contudo, por dificuldades operacionais, casos de abandono, muitas vezes, somente serão notificados após os 30 dias preconizados. Estas dificuldades estão relacionadas ao fluxo da informação entre a farmácia (dispensação dos tuberculostáticos) e o sistema de informação; à espera pela consulta médica (tempo superior a 30 dias) para a notificação do abandono no Livro de Controle e Registro dos Casos de Tuberculose.

O abandono do tratamento de tuberculose no Serviço pode ser considerado como um traçador (marcador) para a avaliação da qualidade de assistência, uma vez que aponta também para problemas operacionais no acompanhamento de HIV/Aids.

Condições marcadoras ou traçadores, enquanto técnica para avaliação da atenção à saúde, "baseia-se na idéia de que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto determinado de condições ou patologias possa-se inferir a qualidade da atenção em geral" (10).

Dado os altos percentuais de abandono observados tanto para o tratamento de tuberculose quanto para sua profilaxia, procuramos, a título de formulação de hipótese de trabalho para investigações futuras, verificar se havia relação entre a não-adesão ao tratamento/profilaxia de tuberculose com a não-adesão ao tratamento para HIV/Aids.

Com esse objetivo cruzamos os dados dos pacientes do Livro Registro e Controle de Tratamento de Casos de Tuberculose que abandonaram o Tratamento/Profilaxia com os dados de suas Fichas de Controle de Dispensação de Medicamentos antiretrovirais disponibilizadas pela Farmácia do CTR-DIP Orestes Diniz, conforme Tabela 4.

Para a construção da Tabela 4 foram selecionados os pacientes HIV+ que abandonaram o Tratamento/Profilaxia da tuberculose.

Tabela 4 - Abandono de Tratamento/Profilaxia de Tuberculose Segundo Adesão ao Acompanhamento de HIV/Aids - CTR/DIP Orestes Diniz - Período Jan/98 a Jan/01.

| Classificação | Abandono | Abandono | Total |
|--------------------|----------------|----------------|-----------|
| Regularidade Trat. | Tratamento TBC | Profilaxia TBC | |
| Antiretroviral | | | |
| Não Regulares | 40 | 11 | 51 |
| Regulares | 23 | 18 | 41 |
| Total | 63 | 29 | 92 |

Fonte: CTR/DIP - Orestes Diniz

Nota: Foram considerados como não-adesão ou não regulares ao tratamento HIV/Aids as pessoas que há mais de 6 meses não "pegavam" medicação antiretroviral na Farmácia do CTR/DIP - Orestes Diniz.

Considerações finais

O elevado índice de abandono observado no tratamento ou profilaxia da tuberculose e a associação

significativa desse abandono com a não-adesão ao tratamento de HIV/Aids traz repercussões para o Serviço no sentido de rever suas estratégias de atenção às pessoas registradas no tratamento/profilaxia de tuberculose como também para aquelas portadoras de HIV/Aids.

A necessidade do serviço rever suas estratégias de acompanhamento é confirmada se considerarmos o abandono do tratamento de tuberculose neste serviço como um marcador, ou seja, um indicador que aponta também para a avaliação da qualidade de assistência. O abandono nos informa que há problemas operacionais para acompanhar o tratamento/profilaxia de tuberculose no serviço. Se há dificuldades para acompanhar um tratamento que dura em média 6 a 12 meses, o que poderemos encontrar então em relação ao acompanhamento em HIV/Aids, o qual não há período determinado.

Summary

This study discusses the compliance of patients to treatment and prophylaxis of tuberculosis in the Training and Reference Center for Infectious and Parasite Diseases. Data was collected from 368 cases recorded from January 1998 to January 2001. Of these, 318 had the association of tuberculosis/HIV, of which 72,9% were for treatment and 27,1% for prophylaxis. 140 cases (38%) abandoned treatment and only 163 (44,2%) were discharged after healing. The high percentage of abandonment indicates faults in the service, which also shows the complexity of compliance to treatment prophylaxis of tuberculosis of HIV/AIDS infected patients.

Key-words: *Tuberculosis – Prevention and Control; Opportunistic infections related to AIDS; Acceptance by Patients of Health care; Infection by HIV*

Resumen

Este estudio discute la adhesión al tratamiento y profilaxis de la tuberculosis en los pacientes del Centro de Entrenamiento y Referencia en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. Se levantaron datos de 368 casos registrados entre enero de 1998 y enero de 2001. 318 casos se referían a la asociación tuberculosis/virus VIH. De este número, el 72% de los casos fueron casos registrados como tratamiento y el 27,1% como profilaxis. Se observó que 140 casos (el 38%) abandonaron el tratamiento y solamente 163 (44,2%) fueron dados de alta. El considerable porcentaje de abandono indica fallas en el servicio y también muestra la complejidad de la adhesión de los portadores del VIH/Sida al tratamiento/profilaxis de la tuberculosis.

Palabras clave: *tuberculosis - prevención, y control, infecciones oportunistas relacionadas con el Sida, aceptación*

por parte del paciente de cuidados de salud, infección por el VIH.

Referências bibliográficas

1. Fonseca MO, Ramalho MO. Tuberculose intra-hospitalar em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana e medidas de controle. In: Fonseca MO, Ramalho MO. Retrovíroses humanas HIV/AIDS: etiologia, patogenia e patologia clínica: tratamento e prevenção. São Paulo: Atheneu; 2000. p.381-7.
2. Penna MLF. Tuberculose e Aids. In: A Epidemia da Aids no Brasil: situação e Tendências. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. p.105-10.
3. Netto AR, Souza AMAF. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, 1999 out./dez.; 8 (4): 35-51.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose. Disponível em: www.saude.gov.br/programas/tuberculose/intro.html. Acesso em: maio de 2000.
5. Silveira AC, Netto AR. Tuberculose: uma morte anunciada. Disponível em: <http://www.nib.unicamp.br/sbpt>. Acesso em: Junho de 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Co-infecção TB/HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. 20p.
7. Schechter M, Rachid M. Manual de HIV/AIDS. 4^a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
8. Brasil. Ministério da Saúde .Recomendações para tratamento da co-infecção HIV- Tuberculose em adultos e adolescentes. 1999. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/antiretro.html>. Acesso em: Agosto 2000.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Manual de normas para o controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1995. 50p.
10. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinel na avaliação de serviços de saúde. In: Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasília: Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde; 1995. p.185 - 92.