

Boletim Epidemiológico

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde

Número Especial | Jun. 2021

Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil 2020



Panorama epidemiológico da coinfeccção TB-HIV no Brasil 2020



Boletim Epidemiológico

Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

Número Especial | Jun. 2021

ISSN 9352-7864

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.000

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI

Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de

Condições Crônicas – CGDR

SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO 700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Disque-Saúde – 136

E-mail: @saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/svs

Coordenação Geral:

Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Gerson Fernando Mendes Pereira

Organização e Colaboração:

Alessandro Ricardo Caruso da Cunha

Ana Roberta Pati Pascom

Artemir Coelho de Brito

Daiane Alves da Silva

Daniele Gomes Dell’Orti

Fernanda Dockhorn Costa

Kleydson Bonfim Andrade

Layana Costa Alves

Rachel Abrahão Ribeiro

Rodrigo de Macedo Couto

Ronaldo de Almeida Coelho

Rosana Elisa Gonçalves Gonçalves Pinho

Tiemí Arakawa

Revisão Científica:

Gabriela Tavares Magnabosco

Revisão Ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto Gráfico:

Necom/GAB/MS

Diagramação:

Marcos Cleuton de Oliveira

Normalização:

Editora MS/CGDI

1. Tuberculose 2. Epidemiologia 3. Vigilância

Títulos para indexação:

■ Lista de figuras

Figura 1	Fluxograma do relacionamento probabilístico entre as bases de dados da tuberculose (TB) e do HIV/aids. Brasil, 2019	10
Figura 2	Percentual de casos novos de tuberculose com coinfeção com o HIV antes e depois da qualificação da base de dados. Brasil, 2010 a 2019	11
Figura 3	Percentual de casos novos de tuberculose com coinfeção com o HIV depois da qualificação da base de dados segundo Unidade da Federação. Brasil, 2019	12
Figura 4	Número absoluto de casos novos de tuberculose com coinfeção com o HIV depois da qualificação da base de dados segundo município. Brasil, 2019.....	14
Figura 5	Casos novos de tuberculose com coinfeção com HIV e percentual de casos de HIV diagnosticados devido ao evento da tuberculose. Brasil, 2010 a 2019	14
Figura 6	Casos novos de tuberculose com coinfeção com HIV diagnosticados devido ao evento da tuberculose segundo Unidade da Federação. Brasil, 2019.....	15
Figura 7	Uso de terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose com coinfeção com HIV. Brasil, 2010 a 2019.....	18
Figura 8	Uso de terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose com coinfeção com HIV depois da qualificação da base de dados segundo Unidade da Federação, Brasil, 2019.....	19
Figura 9	Início de terapia antirretroviral devido ao evento da tuberculose. Brasil, 2010 a 2019.....	19
Figura 10	Início de terapia antirretroviral devido ao evento da tuberculose segundo Unidade da Federação. Brasil, 2019	20
Figura 11	Encerramentos do tratamento da tuberculose depois da qualificação da base de dados, comparando os casos com e sem coinfeção, e, dentre as pessoas com coinfeção, com e sem terapia antirretroviral. Brasil, 2018.....	21

■ Lista de quadros e tabelas

Quadros

Quadro 1	Bases de dados utilizadas no relacionamento probabilístico	9
-----------------	--	---

Tabelas

Tabela 1	Coinfecção com HIV e uso da terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose depois da qualificação da base de dados, segundo regiões e Unidades da Federação. Brasil, 2019	13
-----------------	--	----

Tabela 2	Características dos casos novos de tuberculose com e sem coinfecção depois da qualificação da base de dados, segundo características sociodemográficas e clínicas. Brasil, 2019	16
-----------------	---	----

Sumário

INTRODUÇÃO	7
MÉTODOS	9
Organização dos bancos de dados	9
Análise descritiva e definições	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

INTRODUÇÃO

As pessoas vivendo com HIV (PVHIV) estão mais propensas a desenvolver tuberculose (TB). Estima-se que essas pessoas tenham entre 16 e 27 mais chances de evoluir para a forma ativa da doença, quando comparadas à população geral¹. A associação TB-HIV eleva a probabilidade de morte, uma vez que, na situação de coinfeção, ocorrem modificações mútuas na evolução de cada infecção e, conseqüentemente, nas doenças resultantes, desencadeando complicações do quadro clínico, respostas diferenciadas às terapias medicamentosas e prognósticos incertos ou desfavoráveis².

Estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram com TB em 2019 no mundo. Destas, 8,2% viviam com HIV. Além disso, 1,4 milhão de pessoas foram a óbito como consequência da TB, incluindo 208.000 pessoas coinfectadas com HIV³.

Algumas estratégias, com destaque para a realização da terapia antirretroviral (TARV), já foram associadas, em diversos países, a diminuições na incidência de TB e na mortalidade pela doença⁴. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda, desde 2011, o início de TARV para todas as PVHIV que desenvolvem TB, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4⁺⁴; entretanto, a utilização da TARV está aquém do ideal, pois os dados de 2017 demonstram que cerca de 40% dos casos de TB com coinfeção com HIV não receberam TARV durante o tratamento da TB⁵.

A melhoria da qualidade do atendimento, o fortalecimento da vigilância e da atenção às pessoas com coinfeção TB-HIV e a colaboração entre as coordenações de HIV e TB integram as estratégias prioritárias contidas no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, lançado em 2017 pelo Ministério da Saúde⁶. Assim, a presente publicação tem como objetivos descrever o panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil e identificar o início da TARV nesses casos, descrevendo seu perfil clínico e sociodemográfico.



MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo da coinfeção TB-HIV por meio do cálculo de indicadores referentes ao Brasil e às respectivas Unidades da Federação (UF) durante o período de 2010 a 2019. Todas as análises deste boletim foram realizadas levando-se em consideração apenas os casos novos de TB notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Casos cuja data de óbito registrada no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (TB ou HIV/aids) tenha sido anterior à data de diagnóstico da TB foram excluídos da análise.

Organização dos bancos de dados

Tendo em vista a necessidade de melhorar a qualidade das informações sobre coinfeção e uso de TARV no Brasil, bem

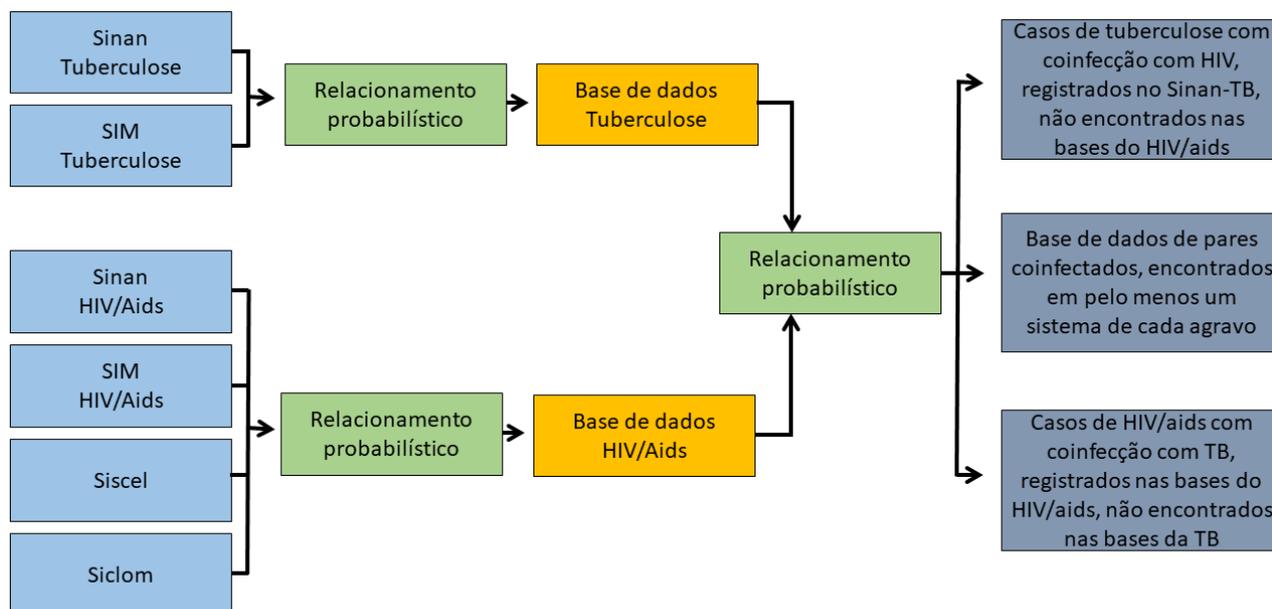
como mesclar informações clínicas da TB e do HIV relevantes para a coinfeção, foram realizados relacionamentos probabilísticos entre seis diferentes bases de dados (Quadro 1). O relacionamento probabilístico foi realizado utilizando-se como campos de comparação o nome do paciente, o nome da mãe e a data de nascimento, e, como chaves de bloqueio, os códigos fonéticos do primeiro e último nome da pessoa e o sexo. O método probabilístico foi escolhido por não haver identificador único entre todas as bases utilizadas⁷.

Quadro 1. Bases de dados utilizadas no relacionamento probabilístico

Base de dados	Sigla	Período
Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Tuberculose	Sinan-TB	2010 a 2019
Sistema de Informação de Agravos de Notificação do HIV/Aids	Sinan-Aids	2010 a junho/2019
Sistema de Informações sobre Mortalidade da Tuberculose	SIM-TB	2010 a 2018
Sistema de Informações sobre Mortalidade do HIV/Aids	SIM-Aids	2010 a 2018
Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+ /CD8+ e Carga Viral do HIV	Siscel	2010 a julho/2020
Sistema de Controle Logístico de Medicamentos	Siclom	2010 a julho/2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Figura 1 – Fluxograma do relacionamento probabilístico entre as bases de dados da tuberculose (TB) e do HIV/aids. Brasil, 2019



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: Sinan = Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SIM = Sistema de Informações sobre Mortalidade; Siclom = Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; Siscel = Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV.

Análise descritiva e definições

Os casos novos de TB, com coinfeção ou sem coinfeção pelo HIV, foram descritos segundo características clínicas e sociodemográficas. Para a qualificação do status de coinfeção TB-HIV, foram considerados todos aqueles indivíduos que estavam notificados no Sinan-TB com a variável HIV assinalada como “positivo” ou com a variável “agravo aids” assinalada como “sim”; ou que possuíam data de diagnóstico do HIV registrada nas bases de dados do HIV/aids; ou que apresentavam algum resultado de carga viral ou de CD4 no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel); ou que tinham registro de alguma dispensação de antirretrovirais (ARV) no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Para todos os casos de coinfeção cuja data do diagnóstico do HIV aconteceu entre 100 dias antes e 280 dias depois da data do diagnóstico da TB (180 dias de tratamento da TB + 100 dias depois do término do tratamento da TB), considerou-se que o diagnóstico do HIV aconteceu devido ao evento da TB.

Para definição do uso de TARV durante o tratamento da TB, somente foram considerados indivíduos com coinfeção em TARV aqueles que apresentaram registro de dispensação de ARV no Siclom

entre 100 dias antes e 280 dias depois da data do diagnóstico da TB. Aqueles que, mesmo tendo reportado TARV como “sim” no Sinan-TB, caso não tenham apresentado nenhuma dispensação no Siclom nesse período, não foram considerados em TARV. De forma semelhante ao diagnóstico, para todos aqueles casos de coinfeção cuja data da primeira dispensação de ARV aconteceu entre 100 dias antes e 280 dias depois da data do diagnóstico da TB, o início da TARV foi atribuído ao evento da TB.

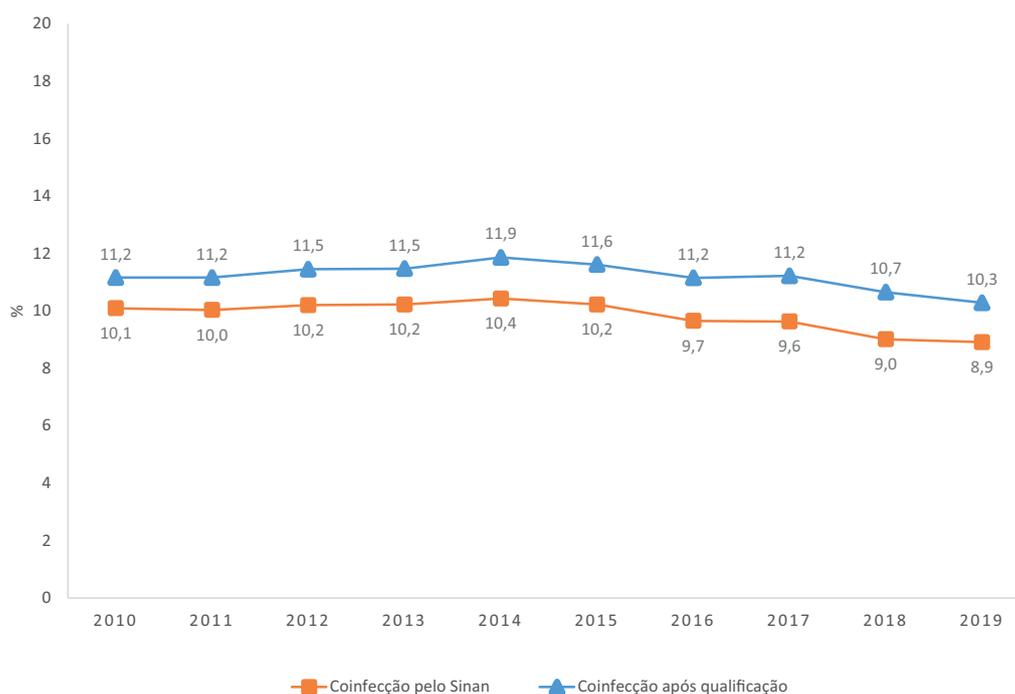
Os indicadores foram apresentados em números absolutos e proporções segundo Brasil e UF. Para o relacionamento probabilístico, foi utilizado o software Reclink®; para a preparação dos bancos do Siscel e do Siclom, utilizou-se o software SPSS versão 18.0; e para as análises dos dados, foram utilizados os softwares Stata® versão 12 e Microsoft Office Excel®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, na série histórica de 2010 a 2019, do total de casos notificados de tuberculose, o percentual de coinfeção TB-HIV variou de 10,1% em 2010 a 10,4% em 2014, atingindo 8,9% em 2019. Entretanto, após aplicação da metodologia de qualificação das bases de dados da TB com dados oriundos dos sistemas de informação do HIV/aids, observou-se um incremento de mais de 1.000 casos ao ano sobre o total de pessoas com coinfeção. Assim, analisando-se os novos dados, a coinfeção TB-HIV passou de 11,2%, em 2010, para 10,3%, em 2019. Observa-se que, mesmo após a qualificação da informação, desde 2014, ano em que o país atingiu o maior percentual de coinfeção, essa proporção tem apresentado queda (Figura 2). Em números absolutos, esse percentual de coinfeção TB-HIV, para 2019, representa um total de 8.070 pessoas dentre os 78.428 novos casos de TB (Tabela 1).

Na estratificação por UF, observa-se que os maiores percentuais de coinfeção TB-HIV se encontram no Rio Grande do Sul (15,2%), em Santa Catarina (15,2%) e no Distrito Federal (14,0%). Outras sete UF apresentaram percentuais de coinfeção acima do nacional (Figura 3 e Tabela 1). Na análise por município, também para 2019, os maiores números absolutos de casos de coinfeção TB-HIV foram observados nas cidades de São Paulo (667 casos), Rio de Janeiro (665 casos) e Manaus (352 casos) (Figura 4). Recomenda-se que esses locais priorizem ações relacionadas às estratégias colaborativas TB-HIV, somando esforços para a identificação de nós críticos, e que organizem a rede de atenção à saúde visando ao cuidado integral às pessoas com ambas as doenças.

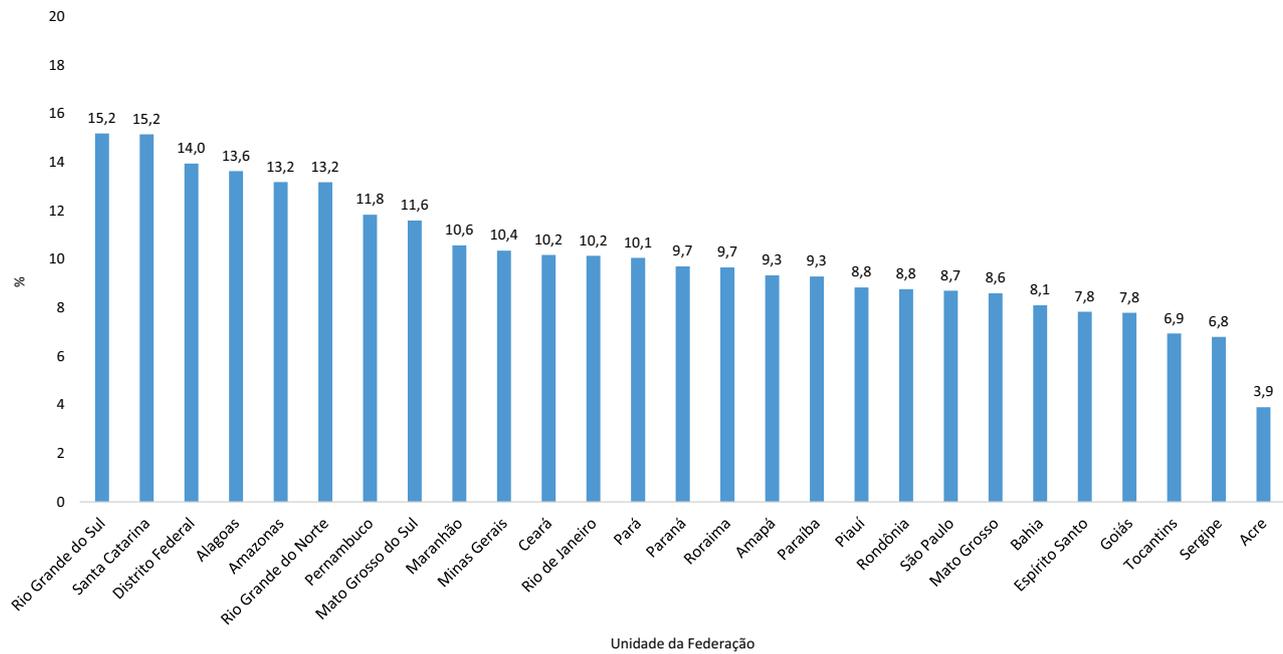
Figura 2 – Percentual de casos novos de tuberculose com coinfeção com o HIV antes e depois da qualificação da base de dados. Brasil, 2010 a 2019*



Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Figura 3 – Percentual de casos novos de tuberculose com coinfeção com o HIV depois da qualificação da base de dados segundo Unidade da Federação. Brasil, 2019*



Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Tabela 1 – Coinfecção com HIV e uso da terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose depois da qualificação da base de dados, segundo regiões e Unidades da Federação. Brasil, 2019*

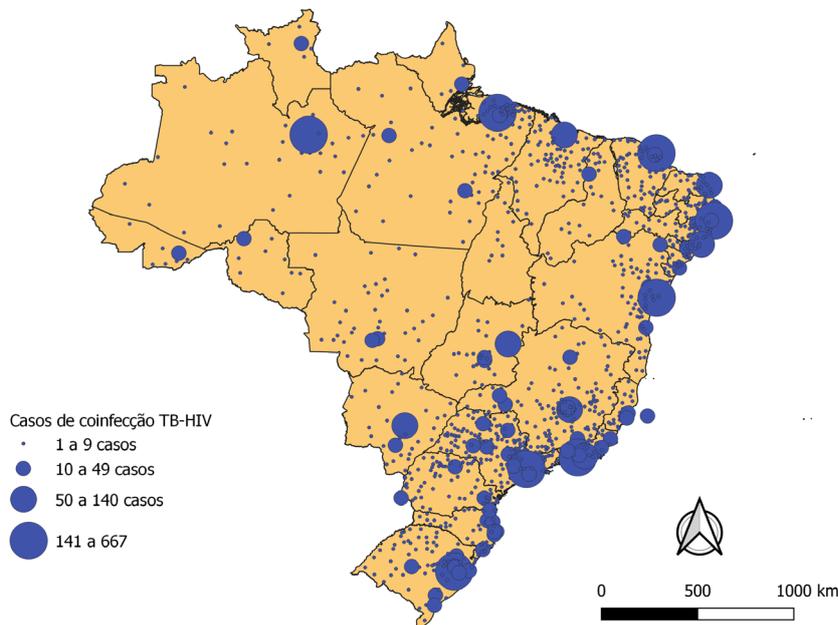
	Casos novos de TB	Coinfecção		HIV diagnosticado durante a TB		TARV		TARV iniciada durante a TB		Sem TARV	
	n	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Brasil	78.428	8.070	10,3	2.650	32,9	4.386	54,4	2.269	51,7	3.681	45,6
Região Norte	9.789	1.036	10,6	435	42	627	60,5	385	61,4	409	39,5
Rondônia	593	52	8,8	22	42,3	33	63,5	19	57,6	19	36,5
Acre	513	20	3,9	7	35	8	40	3	37,5	12	60
Amazonas	3.206	423	13,2	171	40,4	273	64,5	168	61,5	150	35,5
Roraima	300	29	9,7	12	41,4	10	34,5	6	60	19	65,5
Pará	4.672	470	10,1	212	45,1	278	59,2	179	64,4	192	40,9
Amapá	289	27	9,3	10	37	18	66,7	10	55,6	9	33,3
Tocantins	216	15	6,7	1	6,7	7	46,7	0	0	8	53,3
Região Nordeste	20.297	2.085	10,3	681	32,7	997	47,8	560	56,2	1.088	52,2
Maranhão	2.250	238	10,6	87	36,6	111	46,6	63	56,8	127	53,4
Piauí	713	63	8,8	12	19,1	36	57,1	14	38,9	27	42,9
Ceará	3.722	379	10,2	134	35,4	194	51,2	117	60,3	185	48,8
Rio Grande do Norte	1.184	156	13,2	69	44,2	72	46,2	51	70,8	84	53,8
Paraíba	1.152	107	9,3	34	31,8	53	49,5	29	54,7	54	50,5
Pernambuco	4.925	583	11,8	184	31,6	252	43,2	137	54,4	331	56,8
Alagoas	990	135	13,6	34	25,2	54	40	27	50	81	60
Sergipe	824	56	6,8	17	30,4	27	48,2	16	59,3	29	51,8
Bahia	4.537	368	8,1	110	29,9	198	53,8	106	53,5	170	46,2
Região Sudeste	35.355	3.309	9,4	1.003	30,3	1.808	54,6	876	48,5	1.501	45,4
Minas Gerais	3.843	398	10,4	142	35,7	231	58	112	48,5	167	42
Espírito Santo	1.199	94	7,8	29	30,9	51	54,3	27	52,9	43	45,7
Rio de Janeiro	12.211	1.240	10,2	354	28,6	622	50,2	319	51,3	618	49,8
São Paulo	18.102	1.577	8,7	478	30,3	904	57,3	418	46,2	673	42,7
Região Sul	9.155	1.261	13,8	387	30,7	740	58,7	327	44,2	521	41,3
Paraná	2.359	229	9,7	68	29,7	135	59	59	43,7	94	41
Santa Catarina	1.814	275	15,2	89	32,4	168	61,1	85	50,6	107	38,9
Rio Grande do Sul	4.982	757	15,2	230	30,4	437	57,7	183	41,9	320	42,3
Região Centro-Oeste	3.832	376	9,8	144	38,3	214	56,9	121	56,5	162	43,1
Mato Grosso do Sul	1.147	133	11,6	58	43,6	84	63,2	49	58,3	49	36,8
Mato Grosso	1.279	110	8,6	41	37,3	62	56,4	35	56,5	48	43,6
Goiás	1.026	80	7,8	26	32,5	38	47,5	19	50	42	52,5
Distrito Federal	380	53	14	19	35,9	30	56,6	18	60	23	43,4

Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Legenda: TARV = terapia antirretroviral; TB = tuberculose.

Figura 4 – Número absoluto de casos novos de tuberculose com coinfeção com o HIV depois da qualificação da base de dados segundo município. Brasil, 2019*

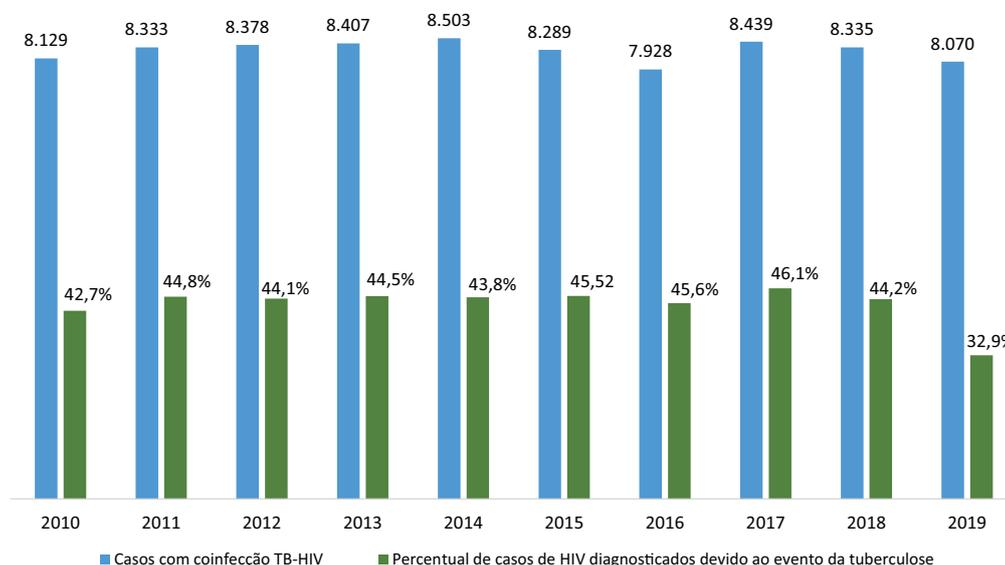


Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Ao analisar a diferença entre as datas de diagnóstico da TB e de diagnóstico do HIV, observa-se que, em cerca de 40% dos casos de coinfeção TB-HIV, o diagnóstico do HIV aconteceu em decorrência do diagnóstico da TB (Figura 5). Em números absolutos, esse percentual representa um total de 2.650 pessoas (Tabela 1). Na estratificação por UF, verifica-se que os maiores percentuais de diagnóstico do HIV durante o evento da TB, no ano de 2019, aconteceram nos estados do Pará (45,1%) e do Rio Grande do Norte (44,2%) (Figura 6 e Tabela 1).

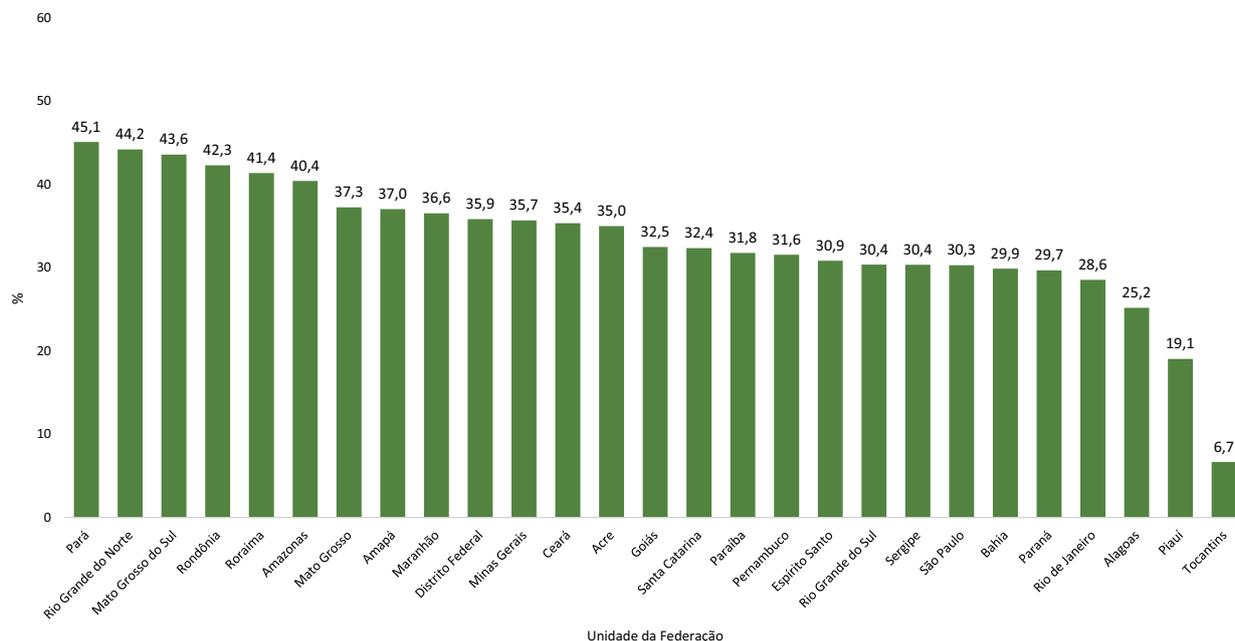
Destaca-se que o diagnóstico do HIV durante o evento da TB sinaliza um diagnóstico tardio do HIV. Falhas na oferta de ações e na organização de serviços são fatores que podem influenciar o acesso ao diagnóstico do HIV. Medidas como a ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde e disponibilização da testagem rápida são exemplos de estratégias para minimizar atrasos no diagnóstico do HIV.

Figura 5 – Casos novos de tuberculose com coinfeção com HIV e percentual de casos de HIV diagnosticados devido ao evento da tuberculose. Brasil, 2010 a 2019*



Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Figura 6 – Casos novos de tuberculose com coinfeção com HIV diagnosticados devido ao evento da tuberculose segundo Unidade da Federação. Brasil, 2019*.



Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Dentre os 8.070 casos de coinfeção TB-HIV identificados em 2019, 73,2% eram do sexo masculino, 58,4% tinham entre 35 e 64 anos, 64,8% eram da raça/cor negra (pretos e pardos) e 44,5% tinham apenas ensino fundamental. Em relação às características clínicas, a maioria (80,7%) apresentou a forma clínica pulmonar, sendo que, desses, 82,5% possuíam diagnóstico com confirmação laboratorial (baciloscopia ou cultura positivas, ou teste rápido molecular para tuberculose com MTB detectado), apesar das limitações para o diagnóstico laboratorial da tuberculose nas PVHIV quando comparadas à população geral. Apenas 27,2% dos casos de coinfeção TB-HIV estavam em tratamento diretamente observado (TDO) (Tabela 2).

Em relação às situações de vulnerabilidade, ainda entre os casos com coinfeção TB-HIV, 5,6% estavam em situação de rua, 5,9% eram privados de liberdade, 5,6% eram profissionais de saúde, 0,7% eram imigrantes e 6,0% eram beneficiários de algum programa de transferência de renda do governo. Quanto às comorbidades, 4,4% eram diabéticos e 21,2% faziam uso de álcool e outras drogas. Vale ressaltar que a variável “beneficiário de programa de transferência de renda” apresentou baixa completude, com 38,0% dos casos assinalados como “ignorado” ou não assinalados (em branco) (Tabela 2). Considerando a importância da proteção social na melhoria da adesão ao tratamento e no alcance da cura da doença, reforça-se que todas as pessoas diagnosticadas com TB em situação de vulnerabilidade têm o direito do acesso às ações socioassistenciais (benefícios, programas, projetos e serviços).

Tabela 2 – Características dos casos novos de tuberculose com e sem coinfeção TB-HIV depois da qualificação da base de dados, segundo características sociodemográficas e clínicas. Brasil, 2019*

Características	Com coinfeção TB-HIV (n=8.070)		Sem coinfeção TB-HIV (n=70.425)	
	n	%	n	%
Total				
Sexo				
Masculino	5.908	73,2	47.699	67,7
Feminino	2.160	26,7	22.719	32,3
Faixa etária				
0 a 4 anos	60	0,7	1.048	1,5
5 a 14 anos	57	0,7	1.526	2,1
15 a 34 anos	2.880	35,7	29.131	41,4
35 a 64 anos	4.711	58,4	30.504	43,3
65 e mais	362	4,5	8.216	11,7
Raça/cor				
Branca	2.348	29,1	20.833	29,6
Preta/parda	5.233	64,8	42.890	60,9
Amarela	47	0,6	573	0,8
Indígena	30	0,4	776	1,1
Ignorado	412	5,1	5.353	7,6
Escolaridade				
Analfabeto	814	10,1	7.005	10
Ensino fundamental	3.592	44,5	28.133	40
Ensino médio	1.394	17,2	9.408	13,4
Ensino superior	323	4,0	2.430	3,5
Ignorado/Em branco	1.842	22,8	1.397	31,3
Não se aplica	105	1,3	22.052	2,0
Forma clínica				
Pulmonar ¹	6.510	80,7	61.027	86,5
Confirmação laboratorial ²	5.370	82,5	51.977	85,2
Extrapulmonar	1.560	19,3	9.353	13,3
Tratamento diretamente observado³				
Sim	2.267	27,2	26.684	38,2
Não	6.068	72,8	43.210	61,8
População em situação de rua				
Sim	451	5,6	1.587	2,3
Não	7.218	89,4	64.984	92,3
Ignorado/Em branco	401	5,0	3.854	5,5
População privada de liberdade				
Sim	480	5,9	8.090	11,5
Não	372	4,6	3.085	4,4
Ignorado/Em branco	7.218	89,4	59.250	84,1

continua

conclusão

Características	Com coinfeção TB-HIV (n=8.070)		Sem coinfeção TB-HIV (n=70.425)	
	n	%	n	%
Profissionais de saúde				
Sim	451	5,6	1.587	2,2
Não	7.218	89,4	64.984	92,3
Ignorado/Em branco	401	5,0	3.854	5,5
Imigrantes				
Sim	55	0,7	491	0,7
Não	7.585	94,0	65.933	93,6
Ignorado/Em branco	430	5,3	4.001	5,7
Beneficiário de programas sociais				
Sim	485	6,0	4.203	6,0
Não	4.515	56,0	38.605	54,8
Ignorado/Em branco	3.070	38,0	27.617	39,2
Diabetes				
Sim	355	4,4	6.221	8,8
Não	7.092	87,9	59.134	84,0
Ignorado/Em branco	623	7,7	5.070	7,2
Uso de álcool e outras drogas				
Sim	1.710	21,2	11.170	15,9
Não	5.700	70,6	54.173	76,9
Ignorado/Em branco	660	8,2	5.082	7,2

Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.

1 Forma clínica pulmonar: "pulmonar" ou "pulmonar + extrapulmonar".

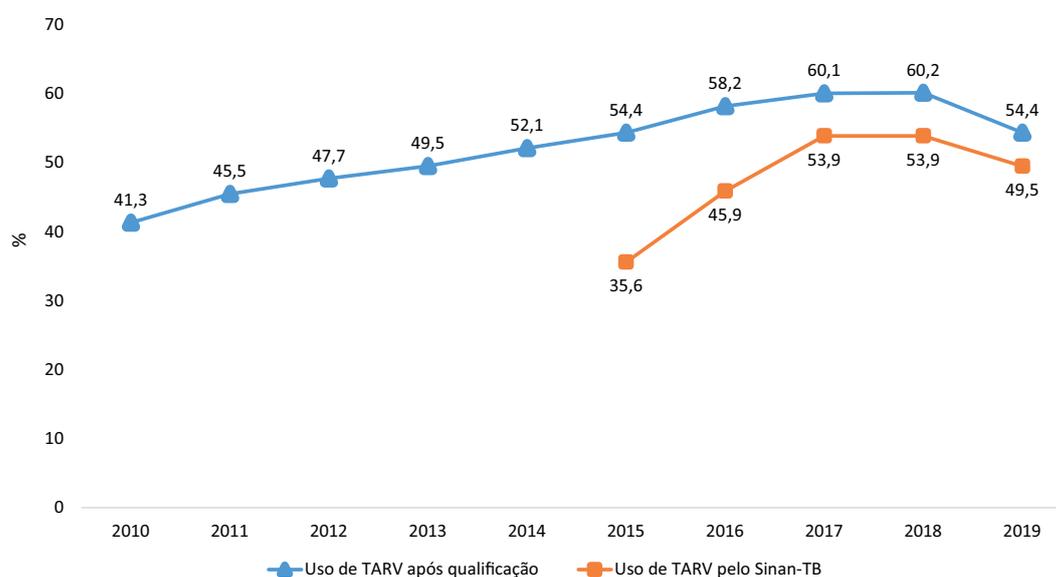
2 Confirmação laboratorial: baciloscopia, cultura ou teste rápido molecular positivos dentre os pulmonares.

3 Tratamento diretamente observado: dados referentes a 2018.

O uso de TARV em pessoas com coinfeção TB-HIV na base de dados qualificada dos sistemas HIV/aids é aproximadamente 10% maior quando comparado aos dados do Sinan-TB (Figura 7). Observa-se, com os dados qualificados, que o uso de TARV aumentou em 46% desde o início da série analisada, saindo de 41,3% em 2010 para 60,2% em 2018. Em 2019, entretanto, observou-se uma diminuição

desse valor para 54,4% (Figura 7). Em números absolutos, isso quer dizer que, em 2019, até o momento da análise dos dados, 3.681 pessoas com coinfeção TB-HIV não se encontravam em tratamento do HIV (Tabela 1). No entanto, esses dados precisam ser analisados com cautela, uma vez que ainda estão sujeitos a alterações por uma limitação da oportunidade das bases de dados.

Figura 7 – Uso de terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose com coinfeção com HIV. Brasil, 2010 a 2019*



Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Nota: dados de TARV no Sinan-TB disponíveis somente a partir de 2015.

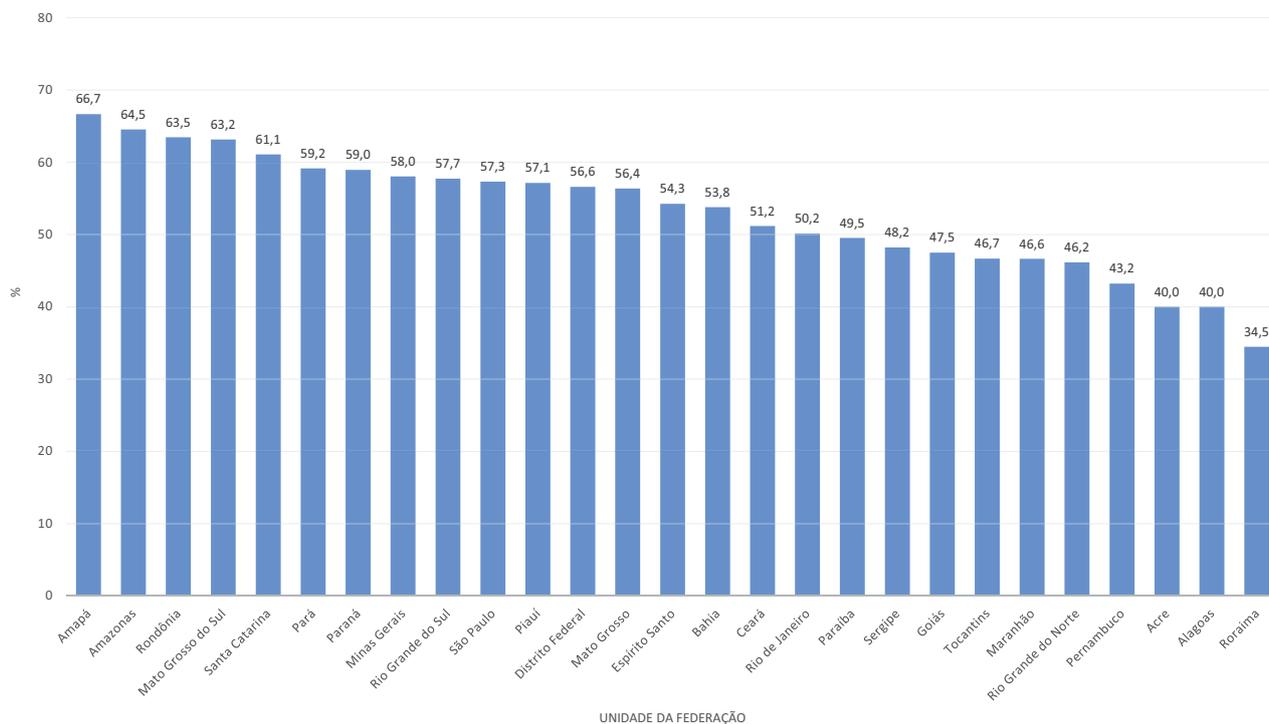
O uso da TARV é heterogêneo entre as UF. Alguns estados, por exemplo, apresentam percentuais acima de 60%, como Amapá (66,7%), Amazonas (64,5%), Rondônia (63,5%), Mato Grosso do Sul (63,2%) e Santa Catarina (61,1%). Por outro lado, em dez UF, menos da metade dos casos de coinfeção iniciaram o uso de TARV. (Figura 8 e Tabela 1).

Os resultados apresentados demonstram que, mesmo com a qualificação da informação sobre o uso de TARV após o uso da metodologia de relacionamento probabilístico, muitos casos ainda permanecem sem acesso ao tratamento adequado. A maior integração entre os serviços de TB e HIV – por exemplo, mediante a instituição da terapia adequada para ambas as infecções no mesmo serviço de saúde – facilita a vinculação das pessoas aos serviços e a adesão ao tratamento.

Os determinantes sociais são barreiras que, muitas vezes, exigem um desenho de cuidado específico para cada indivíduo. Vale lembrar que esse cuidado pode minimizar a ocorrência de desfechos desfavoráveis, como abandonos e óbitos.

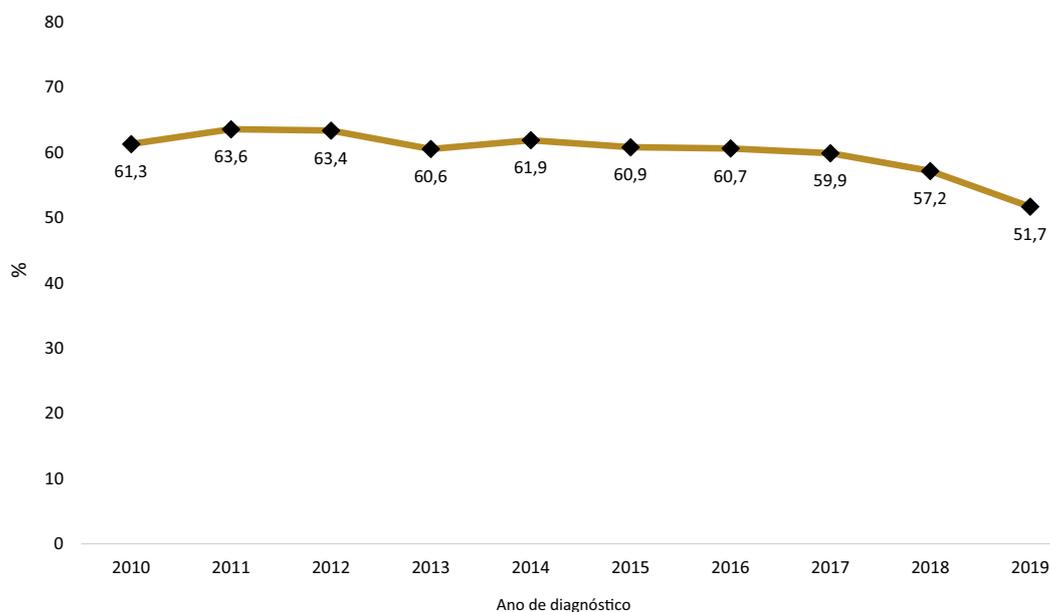
Do total de casos com coinfeção TB-HIV que estavam em TARV, em cerca de 60% o início da TARV se deu em função da ocorrência da TB (data da primeira dispensação de ARV durante o tratamento da TB). Esse valor manteve-se aproximadamente constante até 2016, quando, a partir de 2017, observa-se diminuição desse percentual, que chegou a 51,7% em 2019 (Figura 9 e Tabela 1). Na estratificação por UF, percebe-se que os maiores percentuais de início da TARV durante o tratamento da TB estão nos estados do Rio Grande do Norte (70,8%), Pará (64,4%) e Amazonas (61,5%) (Figura 10 e Tabela 1). É importante que os gestores locais priorizem a organização da rede assistencial do território para facilitar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV e, nas pessoas com coinfeção TB-HIV, o início da TARV de forma oportuna. Cabe salientar também que o diagnóstico do HIV durante o tratamento da tuberculose indica um diagnóstico tardio, sendo importante a organização da rede de atenção para ampliar a testagem do HIV e facilitar o acesso a grupos-chave identificados.

Figura 8 – Uso de terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose com coinfeção com HIV depois da qualificação da base de dados segundo Unidade da Federação. Brasil, 2019*



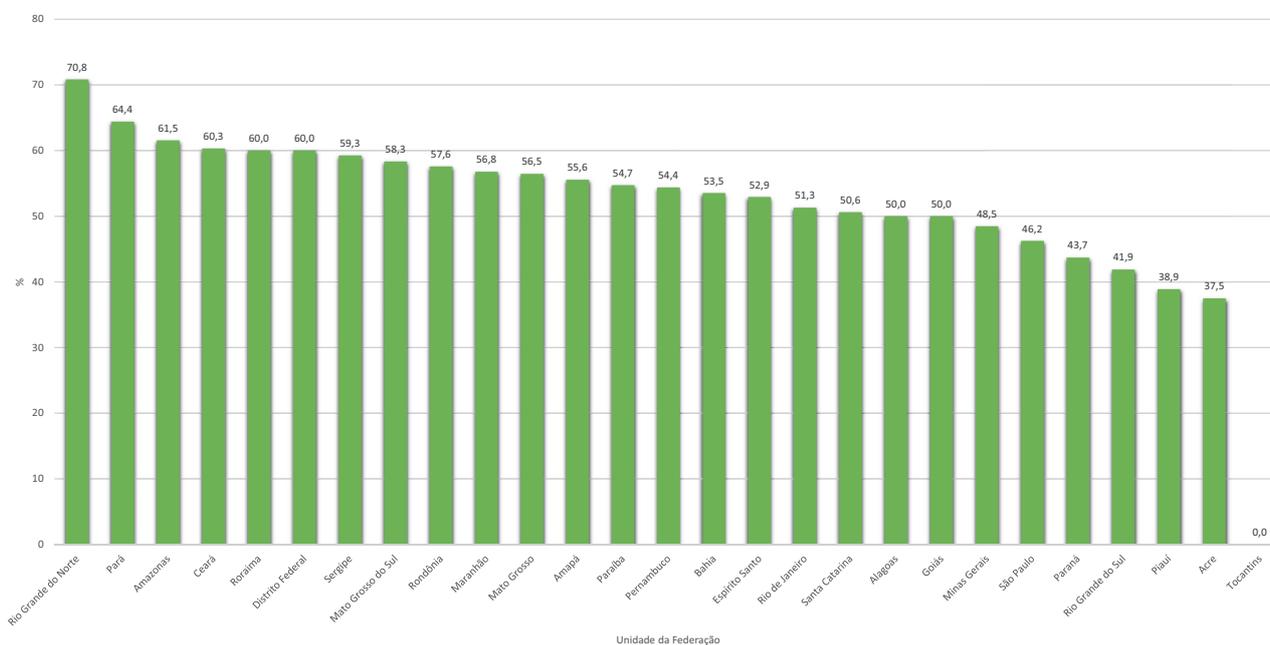
Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Figura 9 – Início de terapia antirretroviral devido ao evento da tuberculose. Brasil, 2010 a 2019*



Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Figura 10 – Início de terapia antirretroviral devido ao evento da tuberculose segundo Unidade da Federação, Brasil, 2019*



Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

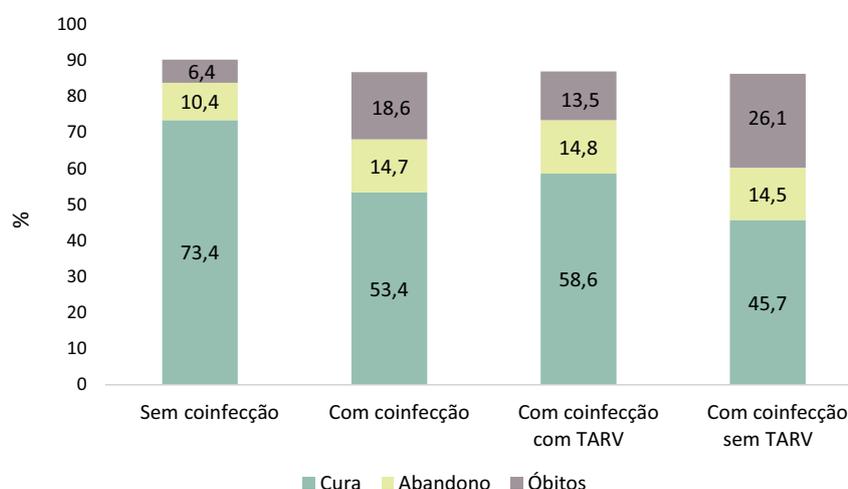
Quando se comparam os desfechos do tratamento dos casos novos de TB com coinfeção com os desfechos dos casos sem coinfeção, as pessoas com coinfeção apresentaram maior proporção de desfechos desfavoráveis (abandono e óbito). Para o ano de 2018, a cura da TB entre pessoas sem coinfeção foi de 73,4%, frente aos 53,4% de cura das pessoas com coinfeção TB-HIV. A proporção de abandono do tratamento das pessoas sem coinfeção foi 10,4%, e entre as pessoas com coinfeção, o percentual de abandono foi 14,7%, no mesmo ano. Essa diferença é ainda maior nos óbitos, visto que 6,4% dos casos sem coinfeção evoluíram para o óbito, ao tempo em que 18,6% dos casos com coinfeção encerraram o tratamento da TB como óbito (proporção cerca de 190% maior) (Figura 11).

A análise dos desfechos de tratamento segundo o uso de TARV mostrou que os desfechos favoráveis se apresentaram em maior proporção naquelas pessoas com coinfeção em TARV do que naquelas sem TARV. Assim, também para o ano de 2018, a cura da TB entre aqueles com coinfeção em TARV foi de 58,6%, frente aos 45,7% de cura das pessoas com coinfeção TB-HIV sem TARV. O percentual de abandono do tratamento da TB entre as pessoas

com coinfeção que faziam uso da TARV foi de 14,8%, semelhante à das pessoas com coinfeção sem TARV, nas quais foi observado um percentual de 14,5%. Entretanto, há uma diferença importante entre os óbitos, uma vez que 13,5% dos casos com coinfeção em TARV evoluíram para o óbito, enquanto 26,1% dos casos com coinfeção sem TARV encerraram o tratamento da TB como óbito (proporção cerca de 93,3% maior) (Figura 11).

Sabe-se que a associação TB-HIV eleva a probabilidade de morte das pessoas acometidas por essas doenças e que a não adesão ao tratamento da tuberculose, associada ao não início da terapia antirretroviral, são considerados importantes obstáculos no manejo de ambas as doenças. Tal dificuldade é frequentemente influenciada por aspectos organizacionais, como a falta de acesso da pessoa às ações e serviços de saúde e a fragmentação do cuidado entre diferentes equipes e instituições². As falhas no diagnóstico do HIV e a demora no início da TARV também podem contribuir para o prognóstico desfavorável da TB, uma vez que há percentuais consideráveis de PVHIV sendo diagnosticadas e iniciando tratamento em decorrência da TB, conforme visto anteriormente.

Figura 11 – Encerramentos do tratamento da tuberculose depois da qualificação da base de dados, comparando os casos com e sem coinfeção, e, dentre as pessoas com coinfeção, com e sem terapia antirretroviral. Brasil, 2018*



Fonte: Sinan; SIM; Siclom; Siscel.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados mostram que a sindemia TB-HIV continua sendo um grande desafio para a saúde pública do Brasil, especialmente nos estados do sul do país e no Distrito Federal, onde os percentuais de coinfeção são maiores. Além disso, evidenciou-se que um percentual considerável dos casos de coinfeção TB-HIV ainda não têm acesso à TARV e que muitos deles só tiveram acesso a esse tratamento em virtude do diagnóstico da TB. Isso alerta para a necessidade de intensificar as ações de prevenção e diagnóstico precoce da TB, assim como do HIV, priorizando o início oportuno da TARV como estratégia para o enfrentamento da TB entre PVHIV.

Cabe enfatizar que, após a qualificação das bases por meio do relacionamento probabilístico, constatou-se uma incompletude considerável no preenchimento de variáveis-chave. O preenchimento adequado dos dados nos sistemas de informação permite à vigilância local conhecer as

informações clínicas acerca dos casos em seu território em tempo oportuno, o que, por sua vez, possibilita uma melhor adequação dos serviços prestados à população segundo suas reais necessidades.

Recomenda-se ainda que as informações apresentadas neste boletim sejam exploradas, difundidas e discutidas nos territórios, conforme as realidades locais de gestão (estadual e municipal), de modo que os diferentes contextos sejam mais bem entendidos e reorientem, de forma mais adequada, as ações colaborativas entre as coordenações de TB e HIV/aids. Os recursos humanos envolvidos na assistência à pessoa vivendo com HIV devem priorizar o controle de TB, assim como os que trabalham nos programas de TB devem privilegiar a investigação de HIV nas pessoas atendidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Aaron L, Saadoun D, Calatroni I, Launay O, Mémain N, Vincent V, et al. Tuberculosis in HIV-infected patients: a comprehensive review. *Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 2004; 10(5):388-398.
2. Magnabosco GT, Lopes LM, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Villa TCS. Controle da tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*, 2016; 24:e2798.
3. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report*. Geneva: World Health Organization; 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil 2019*. *Boletim Epidemiológico*, set. 2019; 50(26):1-28.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Brasil Livre da Tuberculose: Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de Saúde Pública*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
7. Coutinho ESF, Coeli CM. Acurácia da metodologia de relacionamento probabilístico de registros para identificação de óbitos em estudos de sobrevivência. *Cad. Saúde Pública*, out. 2006 [citado em: 4 abr. 2021]; 22(10):2249-2252. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000031&lng=en&nrm=iso.

**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**