

## **CONTEXTUALIZAÇÃO DE ASPECTOS SOCIAIS DA COINFEÇÃO TB/HIV NO DISTRITO FEDERAL**

## **BACKGROUND OF THE SOCIAL ASPECTS OF COINFECTION BY TB / HIV IN FEDERAL DISTRICT**

## **CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS ASPECTOS SOCIALES DE LA COINFECCIÓN POR TB/VIH EN EL DISTRITO FEDERAL**

Alessandra Gelande de Sousa<sup>1</sup>

Marcela Fukushima<sup>2</sup>

Talles Borges Pereira<sup>3</sup>

João Fellipe Santos Tatsch<sup>4</sup>

Marilucia Rocha de Almeida Picanço<sup>5</sup>

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde - Distrito Federal, Brasil.E-mail: [gelandi13@yahoo.com.br](mailto:gelandi13@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde - Distrito Federal, Brasil.E-mail: [marcelinha\\_fuskinha@yahoo.com.br](mailto:marcelinha_fuskinha@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde - Distrito Federal, Brasil.E-mail: [tallesbp@yahoo.com.br](mailto:tallesbp@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde - Distrito Federal, Brasil.E-mail: [joaotatsch@gmail.com](mailto:joaotatsch@gmail.com)

<sup>5</sup> Professora Doutora em Medicina. Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília.E-mail:[al.picanco@globo.com](mailto:al.picanco@globo.com)

<sup>6</sup> Médico da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - Distrito Federal, Brasil Professor do Curso de Graduação em Medicina da ESCS.E-mail: [up.picanco@globo.com](mailto:up.picanco@globo.com)

## RESUMO

**Introdução:** O surgimento do Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV modificou o perfil clínico-epidemiológico da tuberculose - TB, aumentando sua morbimortalidade. Cerca de 5,6 milhões de pessoas no mundo estão coinfectadas, 350 mil só no Brasil. **Objetivo:** Identificar o coeficiente de incidência da coinfeção TB/HIV no Distrito Federal (DF), relacionando com indicadores sociais. **Metodologia:** Estudo quantitativo, observacional, retrospectivo e socioeconômico. A amostra foi de 46 pacientes com coinfeção TB/HIV no Distrito Federal em 2007, segundo dados secundários obtidos do Sistema de Informações de Agravos de Notificação do DF. **Resultados:** Os maiores coeficientes de incidência de TB/HIV ocorreram no Varjão (14,49) e no Paranoá (8,49), que possuem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor que o do DF. Asa Norte e Cruzeiro, que possuem alto IDH, também apresentaram um alto coeficiente. As maiores taxas estiveram entre aqueles com baixa escolaridade. Há maior acometimento da população masculina (78%), especialmente entre 20-39 anos. **Conclusão:** Áreas de elevado IDH apresentaram um coeficiente de coinfeção maior que o do Distrito Federal, o que indica a possível disseminação dessas doenças para segmentos sociais mais elevados. A AIDS trouxe consigo outro patamar para a tuberculose, levando à necessidade de estudos e intervenções que abranjam todos os segmentos sociais.

**Descritores:** Tuberculose; HIV; Coinfeção

## ABSTRACT

**Introduction:** The rise of the Human Immunodeficiency Virus - HIV has changed the clinical and epidemiological profile of tuberculosis - TB, increasing morbidity and mortality. About 5.6 million people worldwide are coinfecting, 350,000 in Brazil. **Objective:** To identify the incidence rate of coinfection TB/HIV in Federal District (FD), relating it to social indicators.

**Methodology:** A quantitative, observational, retrospective and socioeconomic study. The sample consisted of 46 patients with coinfection TB/HIV in the Federal District in 2007, according to information obtained from the Information System for Notifiable Diseases of FD. **Results:** The highest rates occurred in Varjão (14.49) and Paranoá (8.49), which possess Human Development Index (HDI) lower than the Federal District's average. Asa Norte and Cruzeiro, which have high HDI, also showed a high incidence rate of TB/HIV. The highest rates were among those with low education. There is greater involvement of the male population (78%), especially the ones around 20-39 years. **Conclusion:** Areas of high HDI showed a coefficient of coinfection greater than the FD's, which indicates the possible spread

of these diseases to higher social segments. AIDS has brought another level to tuberculosis, leading to the need for studies and interventions covering all segments of society.

**Keywords:** Tuberculosis, HIV, coinfection

## RESUMEN

**Introducción:** El Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH cambió el perfil clínico y epidemiológico de la tuberculosis - TB, aumentando la morbilidad y la mortalidad. Cerca de 5.6 millones de personas en el mundo están coinfectadas, 350.000 son brasileñas. **Objetivo:** Determinar la incidencia de coinfección TB/ VIH en el Distrito Federal (DF), relacionándolo con los indicadores sociales. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo y socioeconómico. La muestra estuvo constituida por 46 pacientes con coinfección TB/HIV en el Distrito Federal en 2007, de acuerdo con el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria de DF **Resultados:** Las mayores tasas ocurrieron en Varjão (14.49) y Paranoá (8,49), que poseen el Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo que el promedio del DF. Asa Norte y Cruzeiro, que tienen un alto IDH, también mostraron tasas elevadas. Las mayores tasas se relacionan al bajo nivel educativo. La población masculina fue más participativa (78%), especialmente aquellos con 20-39 años. **Conclusión:** Áreas de IDH alto, mostraron un coeficiente de coinfección mayor que el promedio del DF, indicando la posible propagación de estas enfermedades a mayores segmentos de la sociedad y lleva a la necesidad de realizar estudios e intervenciones que abarcan todos los segmentos sociales.

**Descriptores:** Tuberculosis, VIH, coinfección

## Introdução

A tuberculose (TB) é uma das doenças mais antigas do mundo, que afeta o homem desde a pré-história.<sup>1</sup> Até meados do século XX, quando o tratamento quimioterápico ainda não era uma realidade, a tuberculose tinha o caráter de doença mortal, resultado inevitável de uma vida de excessos e em desacordo com os padrões socioeconômicos aceitáveis. Nesse mesmo século ocorre a desmistificação da tuberculose, com tratamento eficaz e políticas de saúde pública em atividade, passando a ser caracterizada não mais com a expressão de mórbida elegância da burguesia e sim vista como sintoma evidente da miséria social.<sup>2</sup>

Hoje, a magnitude e a gravidade clínica da endemia tuberculosa estão aumentando internacionalmente. Países desenvolvidos, que outrora planejaram eliminar a tuberculose na virada do século, experimentaram reversão da tendência de queda da endemia que resultou no aumento do número de notificações.<sup>3</sup> A tuberculose continua sendo uma das prioridades

sanitárias em países em desenvolvimento, uma vez que se dispõe de meios para diagnosticar e curar os casos contagiosos e, assim, diminuir a transmissão da infecção.<sup>4</sup> No Brasil a implantação da Estratégia do Tratamento Supervisionado, a partir de 1999 pelo governo brasileiro, tem como objetivo reforçar a horizontalização do combate à tuberculose, estendendo-o para todos os serviços do Sistema Único de Saúde.

Com o surgimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV), a partir do início dos anos 80, houve uma mudança no perfil clínico e epidemiológico da TB. A coinfeção TB/HIV é responsável pelo aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade por tuberculose.<sup>5</sup> Logo, a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) tornou-se um fator determinante nas mudanças epidemiológicas e sociais que a tuberculose traz em sua carga histórica.

Segundo SABROSA,

*“A atual pandemia da AIDS veio agravar de forma dramática o problema da tuberculose, e também confundir alguns aspectos fundamentais da questão. A redução da capacidade de resposta imunológica característica da AIDS resulta na quebra das condições de equilíbrio entre parasita e hospedeiro, e possibilita que formas clínicas graves de tuberculose se manifestem em diversos grupos sociais, inclusive em países onde esta endemia já havia sido controlada. Nesta perspectiva, esta antiga enfermidade veio a ser incluída entre as principais doenças emergentes, inclusive pela necessidade crescente de investigação de aspectos clínicos particulares e de cuidado diferenciado que os doentes com a dupla infecção passaram a requerer”.*<sup>6</sup>

A associação das duas doenças talvez se constitua, se não na mais grave, pelo menos na mais característica, em termos de morbidade, por se tratar de uma combinação de fatores epidemiológicos, sociais e individuais que favorecem o desenvolvimento de ambas as condições. O aspecto fundamental diz respeito aos dois agentes etiológicos e à resposta imunológica mediada por células, da qual depende igualmente para a sua evolução e, em particular, das defesas do aparelho respiratório, porta de entrada da infecção inicial pelo bacilo da tuberculose.<sup>7</sup> O impacto da coinfeção TB/HIV pode ser notado na participação da tuberculose entre os casos notificados de AIDS, quando comparada a outras doenças oportunistas, como a candidíase e a toxoplasmose.

Estimativas atuais referentes à prevalência de infecção tuberculosa e por HIV indicam que cerca de 5,6 milhões de pessoas no mundo estão coinfectadas, destas, 350 mil só no Brasil. Essa relação faz com que a TB ainda seja relevante no contexto de saúde pública.<sup>8</sup>

Renda familiar baixa, desnutrição, habitação inadequada, adensamentos comunitários, migração, dificuldade de acesso a serviços de saúde e fragilidade da assistência social são indicados com frequência como fatores de risco para o adoecimento por TB.<sup>9</sup> Os fatores socioeconômicos e demográficos, estão estreitamente relacionados com a magnitude da incidência dessa doença.

Dados sobre tuberculose no mundo identificam que 95% dos casos notificados e 98% dos óbitos são provenientes de áreas em desenvolvimento. Além de a endemia estar difundida na população geral, existe um predomínio entre adultos jovens, a partir dos 15 anos de idade até os 40, o que termina por afetar a economia destes países.<sup>10</sup>

No Brasil são notificados cerca de 85.000 casos de tuberculose e 30.000 casos de AIDS por ano.<sup>11</sup> A taxa de coinfeção tuberculose/HIV é estimada em 3 a 4%, com amplas diferenças regionais, variando entre pacientes ambulatoriais e internados. Em revisão de 1995 no Brasil, avaliando dados de 1987 a 1992, a taxa de pacientes com tuberculose e infecção pelo HIV em regime ambulatorial variou de 0,5 a 12%, e em regime hospitalar de 1,9 a 20,7%, sendo a maior prevalência encontrada no Rio de Janeiro. Em outra publicação de 1996 no Rio de Janeiro, a prevalência de infecção pelo HIV em pacientes internados com tuberculose chegou a 42%.<sup>12</sup>

Com exceção da candidíase oral, a TB é a doença oportunista mais frequente no paciente infectado pelo HIV; estudos pontuais têm mostrado que essa é também uma das principais causas associadas ao óbito nessa população. Enquanto a possibilidade de um indivíduo imunocompetente infectado pelo bacilo da TB desenvolver a doença é de cerca de 10% ao longo da vida, no indivíduo infectado pelo HIV e sem intervenção terapêutica essa probabilidade é de cerca de 10% ao ano.<sup>11</sup>

No Brasil, os esquemas terapêuticos atualmente utilizados para casos novos e re-tratamentos vêm sendo usados desde o final da década de 70, entretanto houve um aumento das taxas de mortalidade por TB no período de 1980-1985. Como a presença do tipo multirresistente da doença não é frequente no país, os óbitos por tuberculose são atribuídos à presença de co-morbidade TB/AIDS, ao atraso no diagnóstico e principalmente ao uso irregular e ao abandono da quimioterapia.<sup>13</sup>

A cada ano, numerosos pacientes com tuberculose ativa não são identificados até o óbito. Esses casos representam falhas no sistema de atenção à saúde para detectar, diagnosticar e tratar a doença, curável, de maneira oportuna. As maiores dificuldades associadas ao diagnóstico apresentam-se em pessoas infectadas pelo HIV e em pacientes idosos.<sup>14</sup>

Dados preliminares indicam que índices de mortalidade em pacientes coinfectados são maiores do que em pacientes apenas soropositivo para o referido vírus. A associação entre as duas doenças afeta a mortalidade de duas formas: a tuberculose traz uma importante letalidade para as pessoas infectadas pelo vírus e este atua como causa indireta – pelo aumento do reservatório de bacilos de Koch – no aumento da incidência e mortalidade por TB entre as pessoas com sorologia negativa para o HIV.<sup>15</sup>

Pode-se inferir a partir desta constatação que a epidemiologia das duas doenças, juntamente com as medidas propostas no controle e prevenção delas, não podem e nem devem mais ser discutidas separadamente. Partindo dessas premissas, este estudo teve como objetivo identificar o coeficiente de incidência da coinfeção TB/HIV, buscando relacioná-lo com indicadores sociais destas doenças.

### **Material e Método**

Foi desenvolvido um estudo observacional, quantitativo, de análise descritiva, utilizando-se pacientes com diagnóstico confirmado de coinfeção por tuberculose e HIV no Distrito Federal durante o ano de 2007, segundo dados secundários obtidos do Sistema de Informações de Agravos de Notificação do Distrito Federal (SINAN/DF), fornecidos pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A amostra foi composta por 46 pacientes, advindos das Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal sendo eles casos novos ou que não souberam informar tal dado e que apresentaram infecção por HIV. Descartaram-se os casos de mudança de diagnóstico, de recidiva, de reingresso após abandono e de transferência.

Os dados obtidos foram incorporados ao software *Tabwin Versão 3.0.5.1*, programa padrão utilizado pela DIVEP/SES-DF, o qual foi utilizado para a obtenção das correlações entre os fatores socioepidemiológicos. Os dados socioeconômicos foram adquiridos na Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). O levantamento dos dados foi colocado em software de planilha a fim de se obter os gráficos apresentados nesse artigo.

Após a seleção da amostra os dados foram analisados sob os seguintes aspectos: incidência de coinfeção por TB/HIV, sob a perspectiva de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), escolaridade, ocupação, sexo e idade. A equipe de pesquisadores foi formada por quatro estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde. A coordenação metodológica e a orientação ficaram a cargo dos dois docentes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Por ser um projeto de pesquisa que utilizou fonte de dados

secundários de um sistema de informações, não envolvendo sujeitos de pesquisa, não se fez necessário, portanto, o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e Discussão

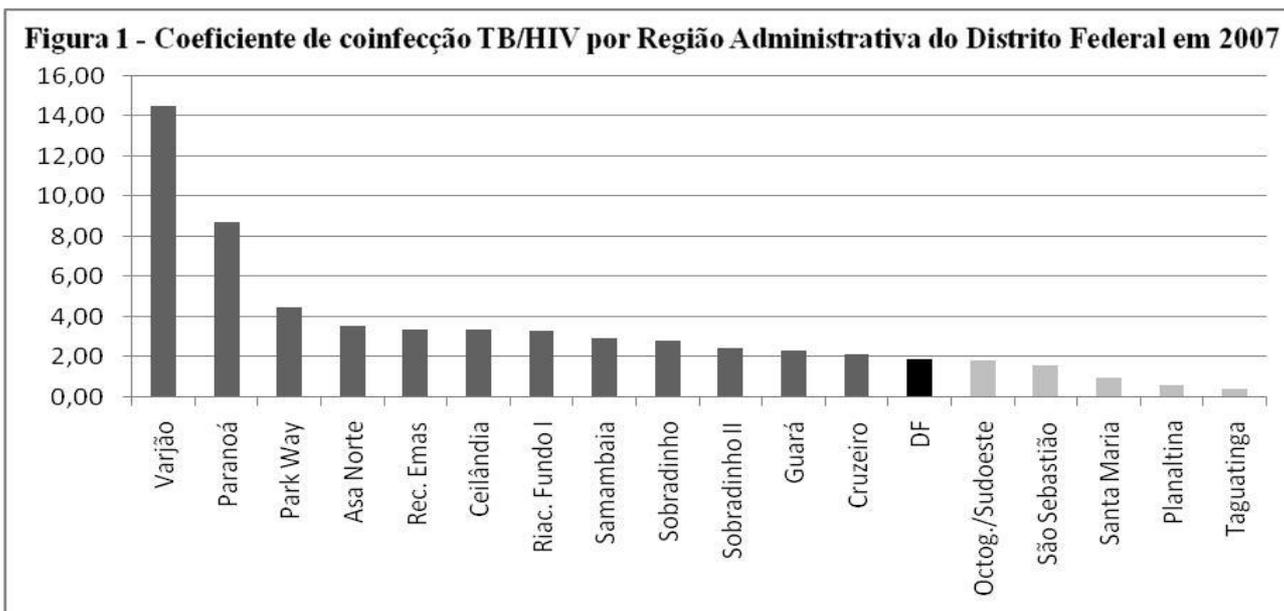
A identificação dos fatores de risco associados à tuberculose é de extrema importância para uma adequada intervenção em termos de saúde pública. O papel dos fatores socioeconômicos na determinação direta da doença ou intermediando outros fatores deve ser identificado.<sup>16</sup> É de conhecimento que no Brasil a TB não se distribui homogeneamente em todo o país e nem mesmo dentro das cidades de cada região, prevalecendo em áreas de baixas condições socioeconômicas.

O impacto que pode ter a infecção pelo HIV sobre a situação epidemiológica da TB depende de quatro fatores principais: 1º - prevalência da infecção pelo HIV e sua tendência na comunidade; 2º - prevalência da infecção tuberculosa e sua tendência e o risco de infecção sua tendência nas pessoas entre 15 e 49 anos; 3º - padrão de transmissão da infecção pelo HIV; e 4º - risco dos duplamente infectados por HIV e *M. tuberculosis* vir a adoecer de TB. Devido a essas variáveis o impacto da epidemia de SIDA sobre o problema da TB é completamente diferente nas nações mais pobres (severo impacto) e nas nações mais ricas (pequena influência).<sup>17</sup>

No Distrito Federal em 2007, a incidência de TB/HIV foi de 46 casos, representando 11,33% dos casos diagnosticados de tuberculose. Considerando apenas os resultados conhecidos (positivos e negativos), esse percentual sobe para 17,8%. No DF, o percentual de pacientes de tuberculose que não realizaram sorologia para HIV foi reduzido, de 60,4% em 2003 para 36,2% em 2007. Entretanto esse percentual ainda é considerado elevado.<sup>18</sup>

Observou-se, neste estudo que o maior número de casos de coinfeção foi encontrado na RA de Ceilândia, 28,3%, seguido pela de Samambaia com 10,8% do total de casos. A Asa Norte apresentou 8,7% e na Asa Sul não houve casos registrados.

O maior coeficiente de incidência ocorreu no Varjão (14,49), mesmo apresentando apenas um caso de coinfeção. Nessa localidade, encontram-se condições de desenvolvimento socioeconômico desfavoráveis, explicadas pela baixa renda por domicílio e pela baixa escolaridade, segundo dados da CODEPLAN de 2004.



O Paranoá apresenta o segundo maior coeficiente de incidência, 8,49, o que vai ao encontro do IDH, que é de 0,785, considerado como moderado, segundo critério da Organização das Nações Unidas, sendo menor que o índice apresentado pelo DF (0,849). Dessa forma, infere-se que existe uma estreita relação entre o baixo desenvolvimento social e econômico com coeficiente alto de coinfeção, uma vez que a disseminação desta é facilitada nas condições de aglomeração, desnutrição e pobreza, características tanto das nações de terceiro mundo como dos grandes centros urbanos decadentes de países industrializados.<sup>19, 20</sup>

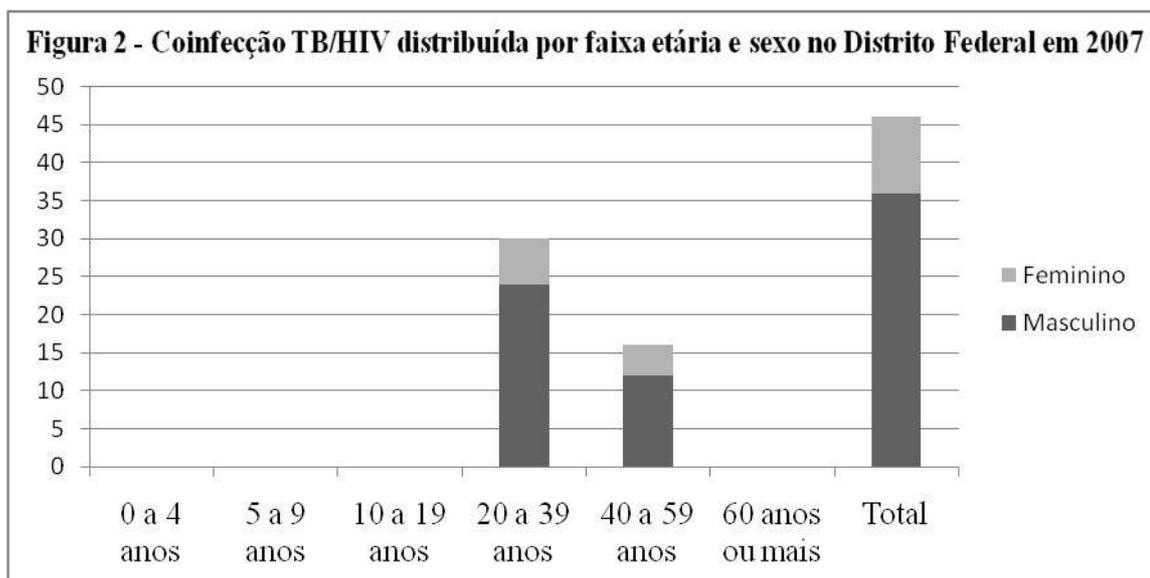
Cabe salientar ainda que Itapoã, Estrutural e Brazlândia não apresentaram casos de coinfeção, mesmo figurando entre as regionais de menor desenvolvimento. Tal resultado pode estar associado à insuficiente infraestrutura de apoio ao diagnóstico e tratamento em unidades básicas de saúde, além de uma subnotificação ou não identificação adequada dos indivíduos em seus verdadeiros locais de residência.

A Asa Norte (IDH-0,936), o Cruzeiro (IDH-0,928) e o Guará (IDH-0,867) – que possuem IDH de alto desenvolvimento socioeconômico – apresentam, contudo, um coeficiente maior que a taxa média de coinfeção apresentada pelo Distrito Federal. Dessa maneira pode-se inferir que o coeficiente de TB/HIV também está inserido em uma realidade de alto desenvolvimento social, o que está de acordo com o estudo de Sabrosa (2001), o qual relata:

*“Embora a AIDS progressivamente venha se disseminando nos diferentes seguimentos das populações, destaca-se sua presença crescente naqueles onde os*

*indicadores de saúde indicavam estar avançada a transição epidemiológica. Dessa forma, o reconhecimento deste novo padrão levou a uma perspectiva bipolar da questão da tuberculose: por um lado uma doença decorrente da coinfeção com os vírus da AIDS, atingindo os grupos integrados; de outro a tuberculose tradicional, vinculada à miséria e prevalente nos excluídos.”*

Entre 1985 e 1992, quase 90% dos casos em coinfectados (TB/HIV) na Capital Federal, eram homens entre vinte e quarenta e nove anos de idade<sup>1</sup>.



O panorama não mudou muito em 2007. A coinfeção por TB tem acometido mais a população masculina: 78% contra 22% de mulheres. Fato esse corroborado pela literatura que mostra uma vulnerabilidade maior dos homens frente à coinfeção TB/HIV comparando-se aos dados referentes ao gênero feminino.<sup>15, 21, 22</sup>

A faixa etária mais comprometida é a de 20-39 anos, o que pode representar um fator de impasse para a economia do Distrito Federal, devido ao acometimento de uma importante parte da população economicamente ativa. A coinfeção TB/HIV neste grupo pode estar relacionada a uma maior exposição ao *M. tuberculosis* em atividades laborais, e à maior exposição ao HIV através de relações sexuais sem uso de preservativos e uso de drogas ilícitas, atividades essas realizadas com maior frequência nesta fase da vida.<sup>23</sup>

Tabela 1 - Ocupação por coinfeção TB/HIV no Distrito Federal em 2007

<b>Com ocupação</b>	21 ( 45,7%)
<b>Sem ocupação</b>	25 (54,3%)

Dentre as vinte e uma profissões listadas pelos portadores de coinfeção TB/HIV em 2007 no DF, as de maior destaque são os pensionistas e aposentados. Outros estudos nacionais referem que a falta de qualificação tem sido uma variável importante do grupo ocupação.<sup>24</sup>

Em relação à escolaridade entre indivíduos coinfectados por TB/HIV, foi encontrada uma taxa elevada dentre aqueles que possuem baixa escolaridade (analfabetos e ensino fundamental incompleto) e que possuem ensino médio completo. Esse dado mostra uma discrepância, uma vez que a cada ano de escolaridade que se reduz entre os indivíduos, a chance de desenvolvimento de TB é incrementada em 1,11 vezes ( $p < 0,01$ ).<sup>25</sup>

Dados do SINAN apresentados neste estudo revelam que a coinfeção TB/HIV é mais prevalente em pardos, com uma porcentagem de 49%. Seguem-se a eles os brancos, com 38% e os negros com 11%.

Esse item é bastante sujeito a possíveis vieses, uma vez que definir a etnia de uma pessoa é algo complexo. No Brasil isso é mais ainda difícil devido à intensa miscigenação que ocorreu ao longo da história. Dessa maneira, esses resultados estão submetidos ao ponto de vista de cada profissional de saúde que realizou a consulta, tornando-os bastante subjetivos e, conseqüentemente, de pouco valor epidemiológico.

## Conclusões

A tuberculose – por ser uma doença primariamente influenciada por condições socioeconômicas desfavoráveis – era tratada como um problema restrito aos países subdesenvolvidos até a década de 80, quando houve muitos relatos nos Estados Unidos. Tal fato foi atribuído à disseminação do vírus HIV. Desde então, o panorama da TB, que outrora vinha em uma curva decrescente, modificou-se para uma tendência de crescimento graças à nova configuração social e epidemiológica advinda da globalização e da gravidade da infecção pelo referido vírus.

A tuberculose tem uma repercussão sociocultural de pobreza, que determina um estigma para o portador. Com relação ao perfil socioeconômico da coinfeção TB/ HIV, o nível de escolaridade é um indicador ótimo para a avaliação dos estratos sociais mais acometidos. Tal

avaliação no Distrito Federal continua em classes sociais menos favorecidas, mas com um grau maior de instrução, quando comparado com os dados nacionais.

O perfil dos indivíduos coinfectados no Brasil é traçado como confirmação de exclusão social: homem, negro, em idade produtiva e de baixa escolaridade. Em um país de grande diversidade étnica, caracterizar alguém como sendo afrodescendente é muito difícil, logo, os dados tornam-se, por muitas vezes, subjetivos. Os homens, por sua maior exposição social, continuam sendo mais acometidos que as mulheres. Aglomerados humanos sem infraestrutura e saneamento básico deficiente se tornam sítios de disseminação, principalmente para tuberculose.

O Distrito Federal, no período de 2007, tem características semelhantes às demais regiões do Brasil. Diferencia-se, entretanto, devido ao fato de a maioria dos portadores serem pensionistas ou aposentados. Um impacto diferencial foi o fato de áreas de elevado IDH, como a Asa Norte, apresentarem um coeficiente de coinfeção TB/HIV maior que o do DF, o que pode demonstrar que a coinfeção disseminou-se para segmentos sociais mais elevados. Esse diferencial pode tornar-se comum em algumas regiões metropolitanas, em que a pobreza depara-se com altos níveis sociais.

Os dados obtidos reforçam a idéia de que a tuberculose assim como o HIV, é um problema sério de saúde pública, que envolve tanto a população carente quanto as classes sociais mais abastadas. A coinfeção não “escolhe” uma classe social, gênero, renda, ocupação ou cor. Porém, é necessário avaliar os hábitos e condições de vida da pessoa acometida, pois tais fatores são cruciais para o comprometimento da saúde. Isso também é determinado pela história de vida e pelas redes social e familiar nas quais a pessoa está inserida.

A coinfeção TB/HIV, pelo histórico anterior estigmatizante da tuberculose e da própria AIDS nos tempos atuais, persiste no imaginário social como expressão de algo que é socialmente censurado. A AIDS trouxe consigo outro patamar para a tuberculose, que agora pode atingir qualquer estrato social. No DF, essa transição está em curso e com ela veio a necessidade de uma integração entre os programas de TB e HIV/AIDS, buscando uma intervenção que possa abranger todos os segmentos sociais.

Este trabalho não pretende esgotar a discussão sobre o tema e sim servir de consideração analítica no levantamento do perfil socioeconômico contextualizado dessas duas doenças no DF; oferecendo condições para minimizar o caráter preconceituoso moral e técnico conferido aos seus portadores.

## Referências Bibliográficas

1. Campos R, Pianta C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e coinfeção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul – Brasil. Bol. da Saúde. 2001;15(1):61-71
2. Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev. Saúde Pública. 2007 Setembro; 41(1):43-49 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000800007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800007)
3. Belluomini M, Lima MM, Almeida MMMB, Arantes GR. Coinfeção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. 1997 Junho;31(3):217-220. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000300001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000300001).
4. Oliveira HB, Marín-León L, Cardoso JC. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-Aids. Rev. Saúde. 2004 Agosto; 38(4):503-510. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400004).
5. Lemos ACM. Coinfeção tuberculose/HIV. J. bras. pneumol..2008 Out.; 34(10): 753-755. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132008001000001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008001000001).
6. Sabroza P. Tuberculose: A produção social das condições de vida e da tuberculose. RIOPHARMA. 2001 nov/dez; X(5): 7-9. Disponível em: [http://www.cfrjrj.org.br/crf/revista/45/7\\_45.asp](http://www.cfrjrj.org.br/crf/revista/45/7_45.asp)
7. Kritski A, Dalcomo M, Bianco RD, Melo FF, Pinto W, Schechter M, Castelo A. Associação tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1995; 118: 542-554..
8. Diogo N. Tuberculose e toxicodependência. IX CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS. 2002. Disponível em: [http://www.aidscongress.net/pdf.php?id\\_comunicacao=131](http://www.aidscongress.net/pdf.php?id_comunicacao=131).
9. Moreira MAC, Bello AS; Alves MRL; Silva MV; Lorusso V. Avaliação da notificação no Distrito Federal de casos de tuberculose residentes em dez municípios goianos do entorno e análise da incidência de tuberculose nestas localidades. J. bras. Pneumol. 2007 mai-jun; 33(3): 301-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n3/10.pdf>
10. Kusano MSE, Sousa STR, Assis MCM. Tendência da morbi-mortalidade por tuberculose no Distrito Federal - Brasil. Bol. Pneumol. Sanit. 2002 Junho; 10(1):55-60. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-460X2002000100008](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2002000100008)

11. Jamal LF, Moherdaui F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. Rev. Saúde Pública. 2007 Setembro; 41(1):104-110 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000800014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800014)
12. Garcia GF, Corrêa PCRP, Melo MGT, Souza MB. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes internados por tuberculose. J Pneumol. Julho-Agosto 2000;26(4):189-93.
13. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5ª ed. Rio de Janeiro; 2002. p. 236.
14. Oliveira HB, Marín-León L, Cardoso JC. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-Aids. Rev Saude Publica.2004;38(4):503-10.
15. Muniz JN, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Yamamura M, Arcencio R, Cardozo-Gonzales RI. Aspectos epidemiológicos da coinfeção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. Jornal Brasileiro de Pneumologia 32: 529-534, 2006.
16. Menezes AMB, Costa JD, Gonçalves H, Morris S, Menezes M, Lemos S et al. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 1998 Abril;1(1):50-60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X1998000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000100006)
17. Lucca MES. Análise epidemiológica da tuberculose e da coinfeção HIV/TB, em Ribeirão Preto-SP, de 1998-2006. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2008.
18. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Relatório Epidemiológico de Agravos de Notificação Compulsória do Distrito Federal 2007. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/300/373/00000261.pdf>
19. Lima MM, Belluomini M, Almeida MMB, Arantes GR. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. Rev. Saúde Pública. 1997 Junho; 31(3):217-220. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000300001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000300001)
20. Santos JS, Beck ST. A coinfeção tuberculose e HIV: um importante desafio - artigo de revisão. RBAC, vol.41 (3): 209-215, 2009

21. Rodrigues JLC, Fiegenbaum M, Martins AF. Prevalência de coinfeção tuberculose/HIV em pacientes do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Scientia Medica (Porto Alegre)*. 2010; 20(3):212-7
22. Cheade MFM, Ivo ML, Siqueira PHGS, Sá RG, Honer MR. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(2):119-25.
23. Neto RJP, Gadelha RRM, Herzer TL, Peres DA, Leitão TMJS, Façanha MC, Holanda CN, Girão ES, Nogueira CMO, Alenca CH. Características clínico-epidemiológicas de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose acompanhados nos serviços de referência para HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará, entre 2004 e 2008. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 244-9.
24. Boffo MMS, Mattos IG, Ribeiro MO, Oliveira Neto IC. Tuberculose associada à AIDS: características demográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes atendidos em um serviço de referência do sul do Brasil. *J. bras. pneumol*. 2004 Abril;30(2):140-146. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132004000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000200011)
25. Melo AC. Ocorrência de doenças oportunistas e utilização de serviços em indivíduos vivendo com o HIV/AIDS: 1986-2002. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-08-25

Last received: 2012-11-28

Accepted: 2013-01-22

Publishing: 2013-01-31

**Corresponding Address :**

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior SMHN Q. 3 /  
Conj. A / Bl. 1 – Ed. FEPECS, Brasília, DF  
[up.picanco@globocom.com](mailto:up.picanco@globocom.com) Tel. (61) 33269291