

COINFEÇÃO EM PORTADORES DE HIV/AIDS DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DO INTERIOR MARANHENSE

Coinfection in HIV/AIDS carriers of a specialized attention service from maranhense interior

La coinfección con el VIH/SIDA portadores de un servicio de atención especializada de interior maranhense

Jainara Maria Vieira Galvão¹, Francilene de Sousa Vieira², Jaime Vieira Galvão³, Ana Carla Marques da Costa⁴

How to cite this article:

Galvão JMV, Vieira FS, Galvão JV, Costa ACM. Coinfecção em portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado do interior maranhense. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):1103-1110. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1103-1110>.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a ocorrência de coinfeções em portadores de HIV em um Serviço de Atendimento Especializado do Interior maranhense. **Metódos:** Pesquisa de campo, quantitativa, transversal, retrospectiva e do tipo documental, constituída por 390 prontuários compreendidos no período de 2005 a 2014, analisados através do programa estatístico SPSS 21.0. **Resultados:** As coinfeções mais prevalentes foram às doenças que atingem pele e mucosas, dermatite persistente inespecífica 41 (14,6%), candidíase oral 32 (11,4%) e escabiose 27 (9,7%), cujo aparecimento ocorre em até três anos após diagnóstico de HIV, quando os níveis de CD4 e carga viral nas PVHA apresentaram carga viral menor que 10.000mm³ e CD4 de 200 a 499mm³. **Conclusão:** O aparecimento das coinfeções está intimamente ligado àquelas pessoas com baixo nível de escolaridade e quase 100% dos pacientes adquiriram outra infecção com até três anos após diagnóstico de HIV.

Descritores: HIV, INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, COINFEÇÃO.

SUMMARY

Objective: To characterize the occurrence of coinfections in HIV patients in a Specialized Care Service in the interior of Maranhão. **Methods:** Field survey, quantitative, cross-sectional, retrospective and of the documentary type, consisting of 390 medical records comprised between 2005 and 2014, analyzed through the statistical program SPSS 21.0. **Results:** The most prevalent co-infections were skin and mucosal diseases, non-specific persistent dermatitis 41 (14.6%), oral candidiasis 32 (11.4%) and scabies 27 (9.7%). Three years after diagnosis of HIV, when CD4 and viral load levels in PLHA had a viral load lower than 10,000 mm³ and CD4 of 200 to 499 mm³.

- 1 Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do, Especialista em Urgência e Emergência pelo Dom Bosco (UNDB).
- 2 Graduado em Enfermagem pela UEMA, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pelo UNDB, Pós-graduando em Biodiversidade, Meio Ambiente e Saúde pela UEMA.
- 3 Graduado em Enfermagem pela UEMA, Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Internacional Signorelli.
- 4 Graduado em Enfermagem pela UEMA, Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Conclusion: The appearance of coinfections is closely linked to those with a low level of schooling and almost 100 % Of patients acquired another infection up to three years after diagnosis of HIV.

Descriptors: HIV, SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, COINFECTION.

RESUMEN

Objetivo: Para caracterizar la presencia de coinfección en los portadores del VIH en un servicio especializado de maranhense interior. **Métodos:** La investigación de campo, en sección transversal, de tipo retrospectivo y documental cuantitativa, que consta de 390 registros médicos dentro de un período de 2005 a 2014, analizó con el programa SPSS 21.0. **Resultados:** Los co-infecciones más prevalentes fueron las enfermedades que afectan a la piel y, dermatitis persistente mucosa inespecífica 41 (14,6%), la candidiasis oral, 32 (11,4%) y la sarna 27 (9,7%), cuya aparición se presenta en hasta tres años después del diagnóstico de VIH cuando los niveles de CD4 y la carga viral en las PVVS tuvieron una menor carga viral y CD4 10.000mm³ 200 a 499mm³. **Conclusão:** la aparición de coinfecciones está estrechamente ligada a aquellas personas con bajos niveles de educación y casi el 100 % de los pacientes adquirió otra infección con hasta tres años después del diagnóstico de VIH.

Descriptor: VIH, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, LA COINFECCIÓN.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), pertence à classe dos retrovírus, família Retroviridae, subfamília *Lentiviridae* (*lentivírus*), este por sua vez, provoca a infecção humana, podendo levar o portador do HIV à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).¹

O HIV é uma IST (infecção sexualmente transmissível), está entre os problemas de saúde pública mais comum no Brasil e em todo o mundo. Ter qualquer IST eleva à exposição do indivíduo à infecção pelo HIV, aumentando em média 18 vezes o risco de o indivíduo adquirir HIV, da mesma forma, uma pessoa soropositiva com uma IST aumenta o grau de transmissibilidade desse vírus para uma pessoa saudável.²⁻³

O diagnóstico em tempo hábil, o uso da terapia medicamentosa, disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e o acompanhamento clínico adequado, aumentaram não somente a expectativa de vida, mas, também, a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.⁴

Apesar da utilização da terapia medicamentosa as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) se tornam vulneráveis a outras infecções, as mais frequentes nesse grupo no Brasil são: hepatites B e C e a tuberculose, juntas, representam uma das principais causas de óbito entre as pessoas infectadas pelo HIV. Outras doenças que costumam aparecer são HTLV e sífilis.⁴

Com relação à transmissão do HIV e dos agentes causais de outras IST não se dão aleatoriamente, ela está relacionada aos modos de interação e crenças de diferentes grupos populacionais, além dos fatores individuais, locais e pessoais, determinando em parte a vulnerabilidade do indivíduo a exposição do HIV/AIDS e a outras IST.⁵

Os portadores de HIV estão propícios a inúmeras coinfeções, as quais doenças podem aparecer com mais

prevalência. É incontestável que a epidemia da AIDS trouxe uma demanda diferenciada para os profissionais da saúde, pois precisam lidar não somente com a assistência aos pacientes, mas, de aprender a lidar com o ser humano nas suas questões mais íntimas. Exigindo novas reflexões do modelo de atenção à saúde e a definição de ações de prevenção nos diferentes níveis de gestão do SUS.⁵

Ao se passarem três décadas desde os primeiros relatos de casos de AIDS, resultante da infecção pelo HIV, observam-se mudanças no perfil dos pacientes acometidos e do aparecimento de coinfeções. Este cenário de mudanças clínicas e epidemiológicas estabelece novos desafios aos profissionais envolvidos no cuidado.⁴ Assim esse estudo teve por objetivo caracterizar a ocorrência de coinfeções em PVHA de um Serviço de Atendimento Especializado do Interior maranhense.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo. O caráter descritivo consiste na descrição de fatos e fenômenos minuciosamente, utilizando-se de um questionário como instrumento para a coleta de dados.⁶ Vale-se de uma pesquisa transversal, retrospectiva e quanto aos procedimentos técnicos é do tipo documental, que tem o levantamento de documentos como base, tornando-se uma valiosa técnica de coleta de dados, as informações são realizadas em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica, como por exemplo, prontuários.⁷

A pesquisa foi realizada em um Centro de Referência, o Serviço de Atendimento Especializado-SAE, localizado no município de Caxias-MA. Utilizou-se como critérios para a coleta de dados somente os prontuários de casos diagnosticados soropositivos para HIV no período de 2005 a 2014. Os critérios de exclusão foram pacientes soropositivos por transmissão vertical, prontuários com dados incompletos.

O instrumento base utilizado na coleta de dados foi adaptado a partir da ficha de notificação do SINAN, usada pelos profissionais de saúde do Centro de Testagem e Aconselhamento. O período de coleta de dados iniciou em novembro de 2015 e foi finalizada em Março de 2016. Após aplicação dos critérios de inclusão apenas 390 prontuários preencheram aos mesmos.

Os dados coletados foram analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences), versão acadêmica. As variáveis foram descritas em termos de valores absolutos e relativos. Para se verificar a associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, considerando um nível de confiança de 95%, onde os resultados foram considerados estatisticamente significantes se $p < 0,05$.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, por meio do Centro de Estudos Superiores de Caxias – CESC, para avaliação do cumprimento dos princípios éticos e legais da pesquisa de acordo com a resolução de nº 466/2012, sendo aprovado através do número de aprovação 42341014.1.0000.5554 do comitê de ética e pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico das pessoas vivendo com HIV/AIDS

Diante dos dados sócios demográficos obtidos a partir do instrumento, foi possível traçar o perfil das pessoas que vivem com HIV. 199 (51%) dos PVHA são do sexo masculino, 178 (45,6%) do sexo feminino, observa-se que não houve diferença significativa em relação ao sexo, dessa forma, seguindo uma característica nacional, evidenciando um fenômeno denominado “feminização”.⁸

Não se faz diferente, uma vez analisado os casos diagnosticados de HIV no Brasil, fazendo um recorte dos últimos 10 anos é evidente o aumento progressivo de mulheres diagnosticadas com HIV.⁹ Esse cenário de aproximação de gênero quanto ao diagnóstico de HIV está presente em muitos estudos epidemiológicos presente nas literaturas.^{10,11,12}

Levando em consideração a distribuição dos casos de HIV por região de moradia; zona rural, urbana e outras localidades, também acompanhou a evolução da epidemia no País. Na cidade de Caxias-Ma, onde foi realizada a pesquisa a quantidade de pessoas diagnosticadas com HIV é expressivamente maior na zona urbana 161 (41,3%) comparada a rural 42 (10,8%). O boletim epidemiológico revela esse perfil no cenário Nacional, de mais casos de HIV nas regiões mais urbanizadas e populosas.⁹

Acrescentam-se também ao perfil sócio demográfico, dos residentes em outras localidades, cidades adjacentes (menores e menos populosas) a Caxias, aparecendo com 187 (47,9%). Valores esperados, uma vez que, Caxias é centro de referência para diagnóstico e tratamento de HIV, evidenciando o aspecto de interiorização ou ruralização da epidemia. Desse modo, o processo de interiorização da AIDS compreende diversos aspectos, dentre eles a tendência de espalhamento da epidemia, dos maiores centros urbanos, para outras regiões; caso esse, constatado na presente pesquisa.¹³

Em seguida, relacionando à raça/cor, observa-se que, entre os casos registrados nos últimos 10 anos (2005 a 2014) os pardos 213 (54,6%) predominaram, logo em seguida, a cor negra 78 (20%). No Brasil, no mesmo intervalo de tempo, há uma predominância de brancos, seguido dos pardos e negros⁹, discordando dos resultados encontrados na presente pesquisa, mas, em contrapartida, concorda com outra importante pesquisa realizada recentemente no estado do Maranhão¹⁴, no quesito raça/cor a classificação mais frequente foi de indivíduos pardos, ainda justificou que o resultado diferente com os dados gerais do Brasil, deve-se a forte miscigenação no Maranhão, esperando a predominância dos pardos sobre as outras, fortalecendo os resultados encontrados nesta pesquisa.

Salienta-se os casos de cor não registrados, um índice relativamente elevado nas quais a cor fora ignorado 49 (12,6%), essa circunstância reflete a mesma encontrada por outros autores.¹⁵⁻⁶

Outra característica a ser abordada, diz respeito à distribuição segundo grau de instrução, onde observa-se que o percentual de PVHA que não completaram o ensino fundamental corresponde a 156 (40%), analfabetos com 56

(14,4%). Apenas 9 (3%) alcançaram o ensino superior. O grau de escolaridade⁸ é um indicador que se correlaciona com variáveis socioeconômicas, assim, consideram a existência de tendência desse alto índice de indivíduos com menor grau de instrução um indicativo da irradiação da epidemia as camadas menos favorecidas da sociedade, descrita por muitos como pauperização.¹⁷⁻⁸No que se refere à idade houve uma média de 34,64 anos, média também encontrada em outros estudos.¹⁶⁻⁹

Prevalência de coinfecção em pessoas vivendo com HIV/AIDS

A tabela 1 mostra a distribuição das coinfeções encontradas no grupo de PVHA que são assistidas no CTA em Caxias-Ma de 2005 a 2014, em destaque as mais prevalentes encontradas na presente pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição das frequências das coinfeções. Caxias-Ma 2005 a 2014

	N	%
Tuberculose disseminada/ extrapulmonar/não cativariva	1	0,4
Tuberculose	17	6,1
Pneumonia	8	2,9
Hanseníase	5	1,8
Sífilis	27	9,7
HPV	4	1,4
Herpes zoster	10	3,6
Toxoplasmose cerebral	10	3,6
Toxoplasmose	2	0,7
Leishmaniose visceral	15	5,4
Leishmaniose Tegumentar	2	0,7
Hepatite C	3	1,1
Hepatite B	1	0,4
Dermatite persistente inespecífica	41	14,6
Escabiose	27	9,7
Candidíase	3	1,1
Candidíase oral	32	11,4
Candidíase esofágica	8	2,9
Giardíase	4	1,4
Lactobacilos SP	5	1,8
Amebíase	18	6,5
Outras	36	12,8

Pesquisa direta, 2016

Dos 390 prontuários analisados, destacam-se entre as coinfeções mais prevalentes, as doenças que atingem pele e mucosas. Os espectros das manifestações mucocutâneas inclui quadros infecciosos (virais, fúngicas e bacterianas) dentre elas, a dermatite persistente inespecífica 41 (14,6%), candidíase oral 32 (11,4%) e escabiose 27 (9,7%). Pesquisadores encontraram resultados parecidos em sua pesquisa. Dermatite, candidíase e escabiose, aparecem na maioria dos pacientes com HIV.²⁰ Em uma análise parecida afirmam que as dermatoses em PVHA manifestam-se de forma atípica na maioria dos doentes, determinando a introdução para um diagnóstico preciso e bem elaborado de acordo com os sinais e sintomas, ainda confirma que as dermatoses fúngicas são as mais frequentes, seguidas pelas virais nos pacientes com HIV.²¹

Nesse estudo, a tabela 1 mostra que as infecções bacterianas como a tuberculose TB, teve número expressivo 17 (6,1%) diferentemente da hanseníase com apenas 1,8% das infecções registradas. Dentre os estados do Nordeste, o Maranhão apresenta-se com altos índices de TB/HIV, comprovado pelos resultados obtidos em um estudo de grande relevância, referente aos casos diagnosticados com HIV de 2001 a 2010, 39% tinham coinfeção TB/HIV, paralelamente, ressalta a importância da implantação de teste de HIV para todas as pessoas diagnosticadas com TB, permitindo traçar critérios de controle e cuidados.²²

A sífilis, uma IST, foi a mais prevalente entre as infestações bacterianas com 27 (9,7%). Para o Ministério da Saúde é preocupante essa alta incidência de sífilis, além de trazer complicações como a neurosífilis, aumenta a exposição do indivíduo de adquirir HIV durante um contato sexual desprotegido. Sua prevalência é comprovadamente oito vezes mais elevada em PVHA, comparada à população que não possuem HIV.²³

Tratando-se das doenças provocadas por protozoários, a coinfeção HIV/toxoplasmose cerebral 10 (3,6%), HIV/Leishmaniose visceral com percentual de 15 (5,4%) e amebíase 18 (6,5%) foram as que mais apareceram. Em pesquisa realizada pela Fiocruz em banco de dados, revela a alta taxa de coinfeção HIV/Leishmaniose, e o aumento progressivo de casos diagnosticados, ainda corrobora demonstrando que os casos estão mais concentrados nas regiões norte e nordeste.²⁴ O ministério da Saúde afirma essa ascensão da leishmaniose/HIV não é só no Brasil, mas mundialmente, isso se deve a expansão da leishmaniose para os centros urbanos e ao mesmo tempo a interiorização do HIV/AIDS.²⁵

Outra importante parasitose que preocupa principalmente os imunodeprimidos é a toxoplasmose cerebral; obteve-se um percentual de 3,6%, e assim como a sífilis, podem causar lesões neurológicas. O ministério da Saúde relata a dificuldade de diagnóstico para essa patologia, devido seus marcadores sorológicos IGG na maioria das vezes é positiva, mas de pouca utilidade para o diagnóstico, sendo recomendado, portanto, que todas as PVHA que apresentem sinais clínicos compatíveis e exame de imagem sugestivo de NTX sejam tratadas empiricamente para essa infecção.²³

Por outro lado, as infecções virais nas PVHA assistidas pelo CTA Caxias, foram pouco predominantes comparadas às outras infestações encontradas nessa pesquisa, as hepatites B e C, observou-se 1 (0,4) e 3 (1,1%) respectivamente. No entanto, essas infecções virais impedem a redução da morbimortalidade, ainda mais quando a maioria das pessoas infectadas desconhece seu estado de portador, contribuindo para a perpetuação do ciclo de infecção. Para agravar, a hepatite C e B, juntamente com o HIV compartilham os mesmos meios de transmissão, nas quais as principais são sexuais e parenterais, permitindo maiores casos de coinfeções das hepatites com HIV.²⁶⁻⁵

O HPV, infecção sexualmente transmissível totalizou 1,4% das coinfeções encontradas. Em uma revisão de literatura²⁸ com alto grau de evidências constatou o aumento de casos de HPV em PVHA, o aumento principalmente entre as mulheres. É possível perceber na tabela 2 que os casos foram iguais para homem e mulher 2:2. Com isso, aumenta a preocupação pelo fato de ser comprovado que o HPV em mulheres aumenta suas chances de desenvolver câncer, agravando ainda mais o seu estado de saúde.²³

O herpes zoster foi a mais prevalente, dentro das infecções virais, 10 (3,6%). A manifestação da varicela zoster em algum momento no curso da infecção pelo HIV é frequente, porém pode ser um indício de progressão para AIDS, neste estudo realizado pela Fiocruz, os pacientes que desenvolveram varicela zoster estavam utilizando a terapia medicamentosa para HIV, supondo a infecção adquirida concomitante com o HIV.²⁷ As outras infecções encontradas foram furunculoses, pitiríase, psoríase, infecção urinária, *triconoma vaginalis*, *entamoeba coli*, cancro mole, neurosífilis.

Associação do perfil sócio demográfico com o aparecimento de coinfeção

Acrescentam-se o aparecimento de coinfeções associadas ao sexo e, com um “olhar” minucioso destaca-se algumas doenças como a tuberculose 10 (6,4%), hanseníase 4 (2,6%) e sífilis 14 (9,0%) leishmaniose visceral 12 (7,7%), dermatite inespecífica 26 (16,7%), escabiose 16 (10,3%), foram evidentemente mais predominantes para o sexo masculino conforme apresentado na tabela 02.

Tabela 02 - Distribuição de coinfeções com sexo (390). Caxias/Ma- 2005 a 2014

	Masculino		Feminino		p-valor
	n	%	n	%	
Coinfeções					0,114*
Tuberculose disseminada/ extra-pulmonar/ não cavitária	1	0,6	0	0,0	
Tuberculose	9	5,8	8	7,0	
Pneumonia	2	1,3	5	4,3	
Hanseníase	4	2,6	1	0,9	
Sífilis	14	9,0	12	10,4	
HPV	2	1,3	2	1,7	
Herpes zoster	4	2,6	5	4,3	
Toxoplasmose cerebral	2	1,3	7	6,1	
Toxoplasmose	2	1,3	0	0,0	
Leishmaniose visceral	12	7,7	3	2,6	
Leishmaniose Tegumentar	2	1,3	0	0,0	
Hepatite C	2	1,3	1	0,9	
Hepatite B	1	0,6	0	0,0	
Dermatite persistente inespecíficas	26	16,7	14	12,2	
Escabiose	16	10,3	9	7,8	
Candídiase	1	0,6	2	1,7	
Candídiase oral	20	12,8	12	10,4	
Candídiase esofágica	6	3,8	2	1,7	
Giardiase	1	0,6	3	2,6	
Lactobacilos SP	0	0,0	5	4,3	
Amebíase	9	5,8	9	7,8	
Outras	20	12,8	15	13,0	

*Teste Qui-quadrado de Pearson, com 5% de significância.

Ademais, analisando as doenças virais, o HPV infecção sexualmente transmissível teve os mesmos valores para ambos os sexos 2:2 (1,3 e 1,7%). Estudo ²⁸ concorda com o fato das mulheres representam uma proporção crescente na epidemia da Aids, sendo infectadas numa taxa muito maior do que os homens e representando agora metade da população infectada HPV/HIV.

Por outro lado, o herpes zoster mesmo com uma diferença mínima predominou para o sexo feminino 5 (4,3%), enquanto que o sexo masculino apenas 4 (2,6%); igualmente a toxoplasmose cerebral, com uma taxa elevada

de 7 (6,1%), comparado ao sexo oposto de apenas 2 (1,3%) dos coinfectados HIV/Toxoplasmose cerebral.

De forma geral, expondo a distribuição de coinfeções (tabela 2), percebe-se que a maioria das doenças encontradas, seja ela, definidora ou não de AIDS estão mais presentes em PVHA do sexo masculino, não diferente dos resultados lançados no boletim epidemiológico, nos primeiros seis meses de 2014, foi notificada no Brasil 9.913 (65,6%) casos de AIDS em pessoas do sexo masculino, e 5.204 (34,4%) nas pessoas do sexo feminino. Semelhante aos encontrados neste estudo em relação a maior prevalência entre o sexo masculino nos casos notificados.²⁹

Tabela 3 - Distribuição de coinfeções com escolaridade. Caxias-Ma 2005 a 2014 (390)

	Analfabeto		Fundamental		Médio		Superior		Ignorado		p-valor
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%	
Coinfeções											0,1713*
Tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tuberculose	2	4,5	6	4,3	5	10,4	0	0,0	4	8,9	
Pneumonia	2	4,5	3	2,1	2	4,2	0	0,0	1	2,2	
Hanseníase	1	2,3	3	2,1	1	2,1	0	0,0	0	0,0	
Sífilis	4	9,1	8	5,7	2	4,2	0	0,0	13	28,9	
HPV	0	0,0	3	2,1	1	2,1	0	0,0	0	0,0	
Herpes zoster	1	2,3	8	5,7	1	2,1	0	0,0	0	0,0	
Toxoplasmose cerebral	1	2,3	3	2,1	4	8,3	0	0,0	2	4,4	
Toxoplasmose	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	
Leishmaniose visceral	1	2,3	5	3,5	3	6,3	0	0,0	6	13,3	
Leishmaniose Tegumentar	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Hepatite C	1	2,3	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	2,2	
Hepatite B	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Dermatite persistente inespecífica	2	4,5	28	19,9	7	14,6	0	0,0	4	8,9	
Escabiose	4	9,1	14	9,9	6	12,5	1	100,0	2	4,4	
Candidíase	0	0,0	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Candidíase oral	5	11,4	15	10,6	8	16,7	0	0,0	4	8,9	
Candidíase esofágica	1	2,3	3	2,1	3	6,3	0	0,0	1	2,2	
Giardiase	2	4,5	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Lactobacilos SP	1	2,3	3	2,1	1	2,1	0	0,0	0	0,0	
Amebíase	6	13,6	10	7,1	1	2,1	0	0,0	1	2,2	
Outras	8	18,2	20	14,2	3	6,3	0	0,0	5	11,1	

*Teste Qui-quadrado de Pearson, com 5% de significância. Pesquisa direta, Caxias-2016

Referindo-se a um marco conceitual, em um estudo de grande importância realizada pela Fiocruz, mostra de forma consistente, que o aparecimento do HIV e consequentemente das doenças oportunistas, no Brasil, se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade.³⁰

No que se refere às coinfeções e sua distribuição com os níveis de escolaridade, as doenças bacterianas como a tuberculose, não se fazendo diferente, atingiram mais pessoas com ensino fundamental 7 (5,0%). A hanseníase teve mais homogeneidade entre os grupos, contudo, assim como a maioria das outras doenças não apareceu em pessoas com ensino superior.

A sífilis doença bacteriana e sexualmente transmissível esteve presente no grupo dos analfabetos com (9,1%), fundamental com (5,7%) e nível médio com 4,2%. As doenças virais, como HPV, apareceu somente no grupo de ensino fundamental e médio 3 (2,1%) e 1 (2,1%) respectivamente. Igualmente o Herpes zoster predominou no ensino fundamental 5,7% enquanto que 0% para ensino superior, ademais as hepatites 0% para ensino médio e superior.

O grupo de doenças provocadas por parasitoses, somente a escabiose atingiu todos os níveis de instrução, contudo, o predominando nas pessoas de ensino fundamental com 14 (9,9%). Dermatite inespecífica também teve predomínio nesse mesmo grupo 28 (19,9%).

Esses resultados refletem e evidenciam a alta prevalência de coinfecção em PVHA, com baixo nível de escolaridade, a maioria não chegou a completar o ensino fundamental. Dentro dessa ótica, essa situação representa em síntese a influência da frequência escolar, ou seja, para ele o grau de escolaridade está diretamente associado ao lugar social ocupado pelo indivíduo na estrutura de classe, ou seja, suas condições de vida. Nessa perspectiva é fácil associar o panorama atual, pois para este autor o grau de vulnerabilidade social para adquirir doenças é maior.³¹

Fazendo um apanhado geral dessa associação (tabela 3), percebe-se a predominância de adoecimento no grupo de pessoas que chegaram somente ao ensino fundamental e poucos aqueles com nível superior de ensino adquiriram alguma doença. Sendo assim, traduz-se que uma baixa escolaridade e um menor domínio da linguagem escrita criam obstáculos ao acesso à informação e tendem a diminuir a adesão de práticas preventivas, bem como a manutenção de comportamentos preventivos.

Faz-se ainda uma breve observação, para os dados em que a escolaridade fora ignorada. Como por exemplo, ao número de pessoas que adquiriram TB 4 (8,9) e sífilis de 13 (28,9%) com altos índices. Estes dados ignorados dificultam análise com precisão dos resultados, além de dificultar as ações preventivas realizadas pelo serviço especializado a grupos específicos.

Tempo relativo do diagnóstico de HIV ao aparecimento de coinfecção

A presente pesquisa, também, se constituiu em saber qual o tempo relativo do diagnóstico de HIV para o aparecimento das primeiras coinfeções. Sendo assim, pode-se fazer essa análise através dos resultados obtidos na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da frequência média de tempo de adquirir uma coinfecção (167). Caxias-Ma

Tempo	N	%
Até 3	154	92,2
De 3 a 6	10	6,0
Mais 6	3	1,8

Tabela 5 - Distribuição de frequências das coinfeções associadas às cargas virais e CD4. Caxias-Ma

	Virais		Bacterianas		Protozoários		Outras doenças		p-valor
	n	%	N	%	N	%	n	%	
Cargas virais									0,503*
De 10.000 a 1 milhão	5	29,4	11	22,9	18	27,7	18	18,6	
Menor que 10.000	5	29,4	25	52,1	27	41,5	51	52,6	
Indetectável (< 50)	7	41,2	12	25,0	20	30,8	28	28,9	
CD4									0,276*
Maior que 500/mm ³	6	37,5	18	32,7	15	20,5	27	25,5	
De 200 a 499/mm ³	3	18,8	22	40,0	24	32,9	39	36,8	
Menor que 200/mm ³	7	43,8	15	27,3	34	46,6	40	37,7	

*Teste Qui-quadrado de Pearson, com 5% de significância. Data da coleta mais próxima da consulta.

Após análise dos prontuários, o tempo foi estimado em três categorias, e através das representações (tabela 4) percebe-se um percentual muito alto para o aparecimento das primeiras coinfeções em até 3 anos, com 92,2%, ou seja, os pacientes após o diagnóstico de HIV positivo quase 100% deles adquirem outras infecções em até três anos.

Como já foi explorado nesse estudo, constatou-se que a maior prevalência foi de infecções que atingem a pele e mucosas. Então, fazendo uma analogia com outra pesquisa, em que estudou as dermatoses em PVHA e o tempo para aparecimento dessas infecções mucocutâneas, percebeu que o tempo entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e a apresentação da dermatose que motivou a consulta foi de até três anos, corroborando com os achados na presente pesquisa.³²

Continuando as análises, obteve-se 6,0% dos pacientes adquiriram sua primeira infecção de 3 a 6 anos após o diagnóstico de HIV, o menos expressivo foram os que apareceram com coinfecção após 6 anos ou mais, 3 (1,8%). Esse resultado estima-se que deve ser devido à eficiência da terapia medicamentosa, uma vez que, a maioria estava fazendo uso da mesma.

Esses resultados são difíceis de fazer analogias e comparações com outros estudos, pois existem poucos estudos no Brasil sobre esse tempo relativo para aparecimento de coinfeções. Contudo, podem-se ter uma relação com o uso da medicação e com isso diminuição da vulnerabilidade a outras infecções.

Os valores expostos levou em consideração somente o ano do diagnóstico de HIV para o tempo do aparecimento da primeira coinfeções. Os pacientes que adquiriram mais de uma coinfecção no mesmo ano contabilizaram-se como somente uma, uma vez que, houve mais de uma coinfecção no mesmo indivíduo e em anos diferentes.

Coinfeções associadas aos níveis de CD4 e carga viral

Os níveis de CD4 e carga viral são um dos exames essenciais solicitados pelos profissionais de saúde que acompanham as PVHA, desde o diagnóstico HIV e também durante todo o tratamento. Com isso, faz-se relevante conhecer e relacionar esses valores com a presença de coinfecção, esses valores se encontram representados na tabela 5. Lembrando que os níveis de CD4 e carga viral foram retirados dos exames mais próximos ao diagnóstico de coinfecção.

Considerando algumas doenças como marcadoras da progressão para a imunodeficiência e outras relacionadas com a infecção pelo HIV, analisando por agrupamento de doenças infecciosas podemos observar que: nas doenças virais foi possível analisar que 41,2% das pessoas com os índices de carga viral indetectável e CD4 menor que 200mm³. Não houve relação de significância dos níveis de CV e CD4 ao aparecimento de coinfeções virais.

Corroborando com esses achados³², determinada pesquisa comparou os níveis de CD4 ao aparecimento de infecções cutâneas provocadas por vírus em PVHA e 55,5% possuíam média de CD4 menor que 350 cel/mm³. As doenças mais encontradas foram HPV (16,0%), Herpes simples (7,1%) e varicela zoster (1,4%).

As doenças causadas por bactérias houve prevalência de 52,1% pessoas com CV menor que 10.000 cel/mm³ e no que diz respeito ao CD4 40% das PVHA apresentaram valores entre 200 a 499mm³. Essa situação reflete a contagem de CD4 maior que 350cel/mm³ estava presente em 60,0% dos analisados, e para consolidar ainda mais essa analogia, uma das doenças mais prevalentes foram às mesmas deste estudo, a sífilis, ou seja, a mesma doença com os mesmos níveis de CD4.³²

Com relação ao grupo dos protozoários, os mais prevalentes foram 41% das pessoas tiveram carga viral menor que 10.000mm³ e 46,6% das PVHA apresentaram CD4 menor que 200mm³ no momento do diagnóstico de coinfeção por parasita. Lembrando que as parasitoses mais prevalentes foram à toxoplasmose e leishmaniose e amebíase.

O grupo de outras doenças, as mais prevalentes foram às infecções provocadas por fungos, no caso a candidíase, e foi o único grupo em que predominou o CD4 menor que 200mm³ 37,7% das pessoas vivendo com HIV/Aids, a carga viral 52,6% apresentaram CV menor que 10.000mm³. Ao se avaliar as infecções por cândida em PVHA, foi observado que a maioria dos pacientes apresentava valores maiores do que 500cél/mm³ de linfócitos TCD4+, assim como nível de carga viral indetectável, esses resultados são positivos comparado os encontrados neste estudo, contudo o autor enfatiza que 80% deles faziam uso de algum tipo de medicação antirretroviral, contrário do grupo deste estudo, na qual a maioria da pessoas que apresentaram cândida, ainda, não havia começado o terapia medicamentosa.³³

A candidíase apresentou CD4 médio de 258,7 cel/mm³, 61,5% faziam uso de HAART e o tempo médio do diagnóstico do HIV 6,0 anos, relatou surpreso com o resultado, já que essa infecção é mais comum nas fases iniciais da infecção por HIV. Dessa forma, revela a importância da terapia medicamentosa para as PVHA e sua adesão, tanto para controle da replicação viral quanto para melhor qualidade de vida. Fazendo uma análise geral, a média dos níveis de CD4 e CV, estão entre 200-499mm³ e menor que 10.000mm³.³³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram a alta prevalência de coinfeções principalmente as que atingem a pele e mucosas

como a candidíase 15,4%, dermatite persistente inespecífica 14,6% e escabiose 9,7%. Essas manifestações, principalmente a candidíase manifestam-se de forma atípica em portadores de HIV, servem como indicadores de baixa imunidade e progressão da doença, com isso traz a importância do acompanhamento da equipe de saúde e em essencial, ter uma visão diferenciada quanto essas manifestações, para auxiliar em uma assistência mais direcionada.

O aparecimento das coinfeções está intimamente ligado àquelas pessoas com baixo nível de escolaridade, principalmente naquelas que não completaram o ensino fundamental. O tempo do diagnóstico de HIV ao aparecimento das coinfeções em PVHA, tema escasso na literatura, tornando-se difícil encontrar embasamento científico para corroborar com os achados da presente pesquisa. Nas coinfeções quase 100% dos pacientes adquiriram outra infecção com até três anos após diagnóstico de HIV.

Este estudo mostrou que a maioria das PVHA que apresentaram coinfeções e/ou comorbidades apresentaram carga viral menor que 10.000mm³ e CD4 de 200 a 499mm³, valores relativamente baixos. Mais uma vez, trazendo a importância do acompanhamento de profissionais de saúde para a adesão ao tratamento medicamentoso e a hábitos preventivos que diminuam os riscos de adquirir doenças e aumente a qualidade de vida das PVHA.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST e Hepatites Virais. Comorbidades não infecciosas relacionadas ao HIV e toxicidade ao tratamento antirretroviral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. 5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Zanella LCH. Metodologia de estudo e de pesquisa em administração. Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES :UAB; 2009.
7. Fontelles MG, Simões MG, Farias SH. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. Brasília; 2009.
8. Parker R, Camargo Jr, Kenneth R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad Saúde Pública. 2000; 16(Sup. 1):102.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: Hiv/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
10. Bertoni RF. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010; 39(4).
11. Jung NR. Perfil Epidemiológico de Pacientes Portadores do HIV do Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da Pucrs: Estudo Retrospectivo [Monografia]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

12. Trevisol FS, Pucci P, Justino AZ, Pucci N, Silva ACB. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013 mar; 22(1):94.
13. Reis CT. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata - MG: uma análise espacial (dissertação). Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006.
14. Jesus SMC, Caldas AJM, Córrea RGCF, et al. Características dos idosos com hiv/aids notificados no estado do Maranhão. *Rev Pesq Saúde*. 2014 ago; 15(2): 279.
15. Cabral JVB, Santos SSF, Oliveira CM. Perfil Sociodemográfico, Epidemiológico e Clínico dos Casos de HIV/Aids em Adolescentes no Estado de Pernambuco. *Revista Uniara*. 2015 jul; 18 (1).
16. Souza CC, Mata LRF, Azevedo C, Gomes CRG, Cruz GECF, Toffano SEM. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2013 mar; 11(35).
17. Affeldt AB, Silveira MF, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 mar; 24(1):86.
18. Santos NJS. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(2).
19. Souza MG, Passos ADC, Machado AA, Figueiredo JFC, Esmeraldino LE. Co-infecção HIV e vírus da hepatite B: prevalência e fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2004 out;37(5).
20. Michelim L, Atti JL, Panarotto D, Lovatto L, Boniatti MM. Dermatoses em pacientes infectados pelo HIV com a contagem de linfócitos CD4. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6).
21. Gomides MDA, Berbert ALCV, Oliveira AS, Rocha A, Ferreira MS, Borges AS. Dermatoses em Pacientes com Aids: Estudo de 55 casos. Uberlândia, MG, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48(1).
22. Santos Neto M, Silva FL, Sousa KR, Yamamura M, Popolin MP, Arcêncio A. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. *J Bras Pneumol*. 2012; 38(6).
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
24. Gomes MLS. Coinfeção leishmaniose visceral e Aids no Brasil, 2001 a 2010 [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfeção Leishmania-HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
26. Silva ACM, Barone AA. Fatores de risco para coinfeção HIV-hepatite C. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):488.
27. Coimbra DD. Manifestações cutâneas em indivíduos infectados pelo HIV após 10 anos da introdução da terapia anti-retroviral potente: experiência de três centros de atendimento dermatológicos no Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas; 2009.
28. Vaz LP, Saddi VA, Amaral WN, Manoel WJ . Epidemiologia da infecção pelo HPV em mulheres infectadas pelo HIV. *FEMINA*. 2011 jan; 39(1).
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico-Aids e DST. Brasília; 2014.
30. Fonseca MGP. Dinâmica temporal da epidemia de aids no Brasil segundo condição socioeconômica, no período 1986-1998. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
31. Franco RKCA. Proliferação da Aids na classe pobre e com baixo nível de escolaridade no Nordeste do Brasil. *Educação em Debate*. 2010; 2(60):149.
32. Bertoni RF. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2010 ;39(4).
33. Motta WKS, Nóbrega DRM, Santos MGC, Gomes DQC, Godoy GP, Pereira JV. Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids. *Rev Odontol UNESP*. 2014; 43(1).

Recebido em: 23/11/2017

Revisões requeridas: Não houve

Approved in: 15/05/2018

Published in: 01/07/2019

Autor responsável pela correspondência:

Jainara Maria Vieira Galvão

Endereço: Rua do Tamarineiro, nº459,

Bairro Trezidela, Maranhão, Brasil

Zip Code: 65.608-230

E-mail: jainaragalvao@hotmail.com

Telefone: +55 (99) 82343498

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**