

ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

Imigração e tuberculose. Experiência de cinco anos*

Immigration and tuberculosis. Five year experience*

GRAÇA RIFES¹, MIGUEL VILLAR²

RESUMO

Os imigrantes constituem uma das populações de risco acrescido para a tuberculose. Em Portugal, em 2000, tiveram uma taxa de incidência para a tuberculose 3,6 vezes superior à da população em geral e, na sua maioria, eram oriundos de Angola e Cabo Verde.

Encontrando-se o Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova localizado numa

ABSTRACT

Immigrants are a tuberculosis risk group. In Portugal, in 2000, they had an incidence rate 3.6 times higher than the global incidence, and were native, predominantly, from Angola and Cabo Verde.

Being the Chest Disease Center of Venda Nova located in a residential area with a great number of immigrants, most of them living in slumms, we

¹ Assistente graduada de Pneumologia.

² Assistente graduado de Pneumologia. Responsável do Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova.

Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova. Médico responsável – Miguel Villar.
Av. Câmara Pestana, Bairro Girassol, Venda Nova
2700-272 AMADORA

Recebido para publicação/Received for publication: 02.11.20

Aceite para publicação/Accepted for publication: 03.03.14

zona de bairros degradados do distrito de Lisboa, prioritariamente constituídos por imigrantes das antigas colónias portuguesas em África, decidimos fazer uma avaliação retrospectiva dos casos de tuberculose neste grupo populacional, entre 1996 e 2000, comparando os dados obtidos com alguns dados da tuberculose nos não imigrantes também do nosso Serviço, no mesmo período em estudo.

A tuberculose nos imigrantes corresponde a 24,5 % do número total de casos, 71,4 % do sexo masculino e 93,9 % da raça negra e naturais, principalmente, de Cabo Verde e Angola. 73% residiam em Portugal há mais de 5 anos, 86,7 % eram *casos novos* e 13,3 % *retratamentos*. 174 eram tuberculosos pulmonares, 70,7 % D⁺ e 81 % confirmadas (contra 75 % nos não imigrantes).

Dos 91 antibiogramas realizados nas tuberculosos pulmonares destes imigrantes, 9,9 % detetaram multirresistência, contra 5 % nos não imigrantes.

Vinte e seis vírgula seis por cento eram portadores de SIDA, contra 18 % nos restantes doentes.

Algumas conclusões: percentagem importante de imigrantes com tuberculose no Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova; maior confirmação da tuberculose pulmonar, mais multirresistência e mais casos de SIDA, nos imigrantes.

REV PORT PNEUMOL 2003; IX (3): 195-204

Palavras-chave: tuberculose, imigrantes

decided to evaluate the tuberculosis cases in this group, between 1996/2000, comparing the data obtained with some data of the tuberculosis cases in the non-immigrants.

Immigrants with tuberculosis corresponded to 24.5 % of all cases, 71.4 % male, 93.9 % black and mostly native from Cabo Verde and Angola. 73 % lived in Portugal for more than 5 years, 86.7 % were *new cases* and 13.3 % *relapses*. 174 were pulmonary forms, 70.7 % of which were D⁺ and 81 % confirmed (against 75 % in the non-immigrants).

Of the 91 drug susceptibility tests done in the pulmonary forms, 9.9 % revealed multidrug resistance, against 5 % in the non-immigrants.

Twenty six point six percent had AIDS against 18 % in the non-immigrants.

Some conclusions: important percentage of immigrants with tuberculosis in the Chest Disease Center of Venda Nova; immigrants have a higher confirmation rate of pulmonary tuberculosis, more multidrug resistance and AIDS cases.

REV PORT PNEUMOL 2003; IX (3): 195-204

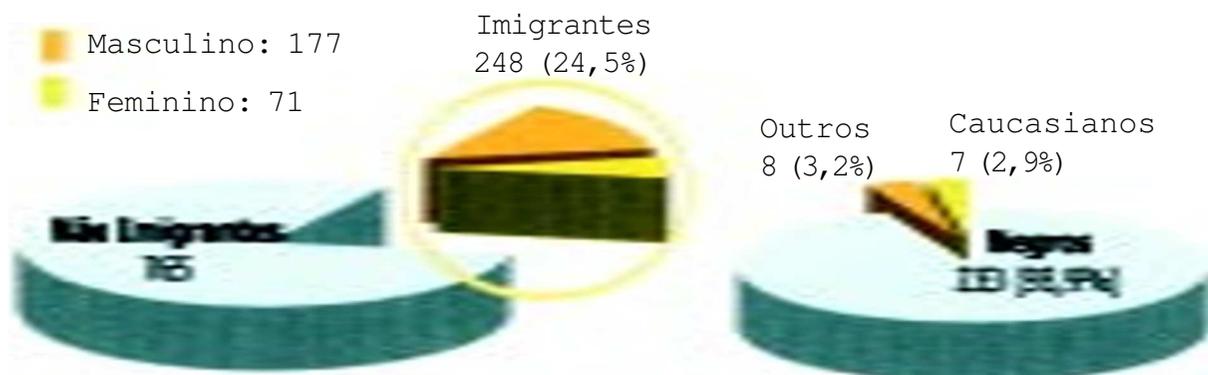
Key-words: tuberculosis, immigrants

INTRODUÇÃO

Há muitos anos Portugal era, como sabemos, um país de emigração. Desde há alguns anos, particularmente após a descolonização e, mais intensamente, nos últimos anos, passou a ser um país de imigração, devido à má situação socioeconómica dos países de origem dos imigrantes e também porque o nosso país atingiu um grau de desenvolvimento que o torna atractivo para muitas pessoas.

Em 2000, havia um total de 208 198 imigrantes residentes autorizados, dos quais 113 771 (54,6 %) residiam no distrito de Lisboa. Destes, 63 735 (56 %) emigraram das antigas colónias portuguesas em África, a grande maioria de Cabo Verde (49,8 %), seguidos pelos angolanos (21,8 %), pelos naturais da Guiné-Bissau (17,1 %), S. Tomé e Príncipe (6,2 %) e Moçambique (5,1 %)¹.

Como os imigrantes em Portugal são maioritariamente originários de países de alta prevalência de tuberculose e muitos deles vivem em más con-



Total de casos - 1013

Idade Média: 36,9. Máx: 73. Mín: 14

Fig. 1

dições, são considerados um grupo de risco acrescido para a tuberculose.

Em 2000, em Portugal, enquanto a incidência da tuberculose na população em geral foi de 41/100 000 habitantes, na população imigrante foi de 149, isto é, 3,6 vezes superior, com um total de 324 casos, com especial expressão em Lisboa (21 %) e Setúbal (20 %), sendo os países de origem predominantemente Angola (3,5 %) e Cabo Verde (2,6 %)².

Encontrando-se o Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova (CDPVN) localizado numa zona de bairros degradados do distrito de Lisboa, prioritariamente constituídos por imigrantes oriundos das antigas colónias portuguesas em África, decidimos fazer uma avaliação retrospectiva dos casos de tuberculose neste grupo populacional e que andaram em tratamento, no nosso Serviço, de 1996 a 2000.

MATERIAL E MÉTODOS

Fizemos a revisão de todos os processos clínicos dos imigrantes que andaram em tratamento por tuberculose, no CDPVN, entre 1996 e 2000.

Avaliámos não só o sexo, a idade e a raça, mas também o país de origem dos imigrantes, o seu tempo de permanência em Portugal, se eram *caso novo* ou *retratamento* e, neste caso, há quanto tempo e onde tinham feito o tratamento anterior; qual a forma de tuberculose, a apresentação radiológica das formas pulmonares, se havia teste de sensibilidade aos antibacilares (TSA), patologia associada, qual o esquema terapêutico utilizado, se ocorreram efeitos secundários importantes e qual a evolução dos casos.

Comparámos alguns dos dados obtidos com os dados da tuberculose em não imigrantes do nosso Serviço, no mesmo período em avaliação.

RESULTADOS

De 1996 a 2000, o Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova teve um total de 1013 casos de tuberculose, dos quais 248 (24,5 %) foram em imigrantes.

Destes, 177 (71,4 %) eram do sexo masculino e 71 (28,6 %) do feminino, com uma idade média de 36,9 anos (mínima de 14 anos e máxima de 73 anos), sendo 233 (93,9 %) de raça negra, 7 (2,9 %) de raça caucasiana e 8 (3,2 %) de outras raças (Fig. 1).



Fig. 2

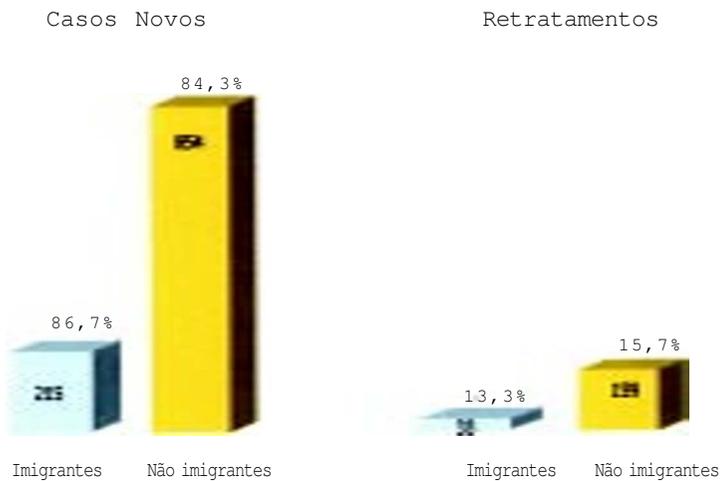


Fig. 3

Quanto ao país de origem, verificámos que 107 imigrantes (43,1%) eram nativos de Cabo Verde, 60 (24,2 %) de Angola, 40 (16,1 %) da Guiné, 21 (8,5 %) de S.Tomé e Príncipe, 12 (4,8 %) de Moçambique, 1 (0,4 %) de Timor e 7 (2,8 %) de outros países (Fig. 2).

Cento e oitenta e um imigrantes (73 %) residiam em Portugal há mais de 5 anos, 38 (15,3 %) entre 1 e 5 anos e 29 (11,7 %) há menos de um ano (Fig. 2).

Oitenta e seis vírgula sete por cento (215) dos

casos de tuberculose nos imigrantes eram *casos novos* (contra 84,3 % nos não imigrantes) e 13,3 % (33) eram *retratamentos* (contra 15,7 % nos restantes) (Fig. 3). Destes, 8 (24,2%) tinham feito o tratamento anterior há menos de um ano, 11 (33,3 %) entre um e cinco anos e 13 (39,4 %) há mais de cinco anos. Não foi possível determinar há quanto tempo em um dos doentes. Em 27 (81,8 %) destes retratamentos, o tratamento anterior foi feito em Portugal e em 6 (18,2 %) foi no país de origem (Fig. 4).

Quanto à forma de apresentação da doença, 174 casos (70,2 %) eram tuberculosos pulmonares (TP), 60 (24,2 %) extrapulmonares e 14 (5,6 %) eram disseminadas (Fig. 5).

Das pulmonares, 123 (70,7%) eram bacilíferas (69,4 % nas TP dos não imigrantes) e 141 (81 %) tinham culturas *positivas* (contra 75 % das TP dos não imigrantes) (Fig. 5). Pela apresentação radiológica, 30 (17,2%) podiam ser classificadas como de extensão mínima, 96 (55,1 %) moderadamente extensas e 43 (24,7 %) muito extensas. Em cinco, a radiografia do tórax não apresentava alterações.

Das 174 tuberculosos pulmonares, 149 (85,6 %) eram *casos novos*, tendo sido realizados testes de sensibilidade aos antibacilares (TSA) em 73 (49 %); 25 (14,4 %) eram *retratamentos*, tendo-se realizado TSA em 18 (72 %) (Fig. 5).

Dos 91 (52,3 %) TSA realizados, 69 (75,8 %) não mostraram qualquer tipo de resistência, 12 (13,2 %) revelaram uma monorresistência (5 H; 7 S), 1 (1,1 %) polirresistência (HZ) e 9 (9,9 %) multirresistência (contra 5 % — 35 dos doentes não imigrantes com TP). Destes multirresistentes (MR), 5 eram *casos novos* e 4 *retratamentos* (Fig. 6), sendo o resultado dos seus TSA o seguinte:

Classificação	Resultado do TSA – resistências
A. <i>caso novo</i>	HRSEK, Etionamida, Ofloxacina
B. <i>caso novo</i>	HRS
C. <i>caso novo</i>	HRSZ, Etionamida, Rifabutina
D. <i>caso novo</i>	HRS, Etionamida, Ofloxacina
E. <i>caso novo</i>	HRSEZ
F. <i>retratamento</i>	HRSK, PAS, Tb1
G. <i>retratamento</i>	HRSZ, Etionamida, Rifabutina, Ofloxacina, Ciprofloxacina
H. <i>retratamento</i>	HRSEZ, Etionamida, Tb1
I. <i>retratamento</i>	HRSE

Dezoito (7,3 %) dos imigrantes eram toxicodependentes, contra 140 (13,8 %) dos restantes doentes, no mesmo período em avaliação.

Havia patologia associada em 115 (46,4 %) doentes, com 66 (26,6 %) casos de SIDA, 34 (13,7 %) de etilismo, 11 (4,4 %) de diabetes, 2 de neoplasias e 2 com outras patologias. De referir que, nos tuberculosos não imigrantes, a SIDA afectava 18 % dos doentes (Fig. 7).

Ao avaliarmos os esquemas terapêuticos utilizados, verificámos que nos 215 *casos novos* o esquema HRZ foi utilizado em 30 (14 %) doentes, o HRZE em 165 (76,7 %), o HRZES em 5 (2,3 %) e outro esquema em 15 (7 %) doentes. Nos 33 *retratamentos*, recorreu-se ao esquema HRZ em 1 (3 %) doente, ao HRZE em 17 (51,5 %), ao HRZES em 9 (27,3 %) e a outro esquema em 6 (18,2 %) doentes.

Nos 9 casos de tuberculose pulmonar multirresistente, os esquemas utilizados foram os seguintes:

-
- A. HRZE **abandonou** aos 7 meses (só se soube TSA depois), BK⁺
 - B. HRZES + Ofloxacina, em TOD, 19 meses, **completou tratamento**
 - C. EK + Ofloxacina + PAS, em TOD, negativou aos 6 meses, 24 meses, ainda em tratamento
 - D. HRZEK, em TOD, 19 meses, **completou tratamento** (só se soube TSA aos 7 meses; manteve-se esquema porque já estava negativa)
 - E. HRZES, **morreu** aos 6 meses (só se soube TSA 4 meses depois)
 - F. HZE + Ofloxacina + Etionamida, em TOD, 24 meses, **completou tratamento**
 - G. E + PAS + Tb1, Cicloserina, em TOD, **abandonou** aos 30 meses, BK⁺
 - H. K + PAS + Cicloserina + Rifabutina, 24 meses, **completou tratamento**
 - I. HZE + Rifabutina + Ofloxacina, em TOD, **morreu** ao 8.º mês
-

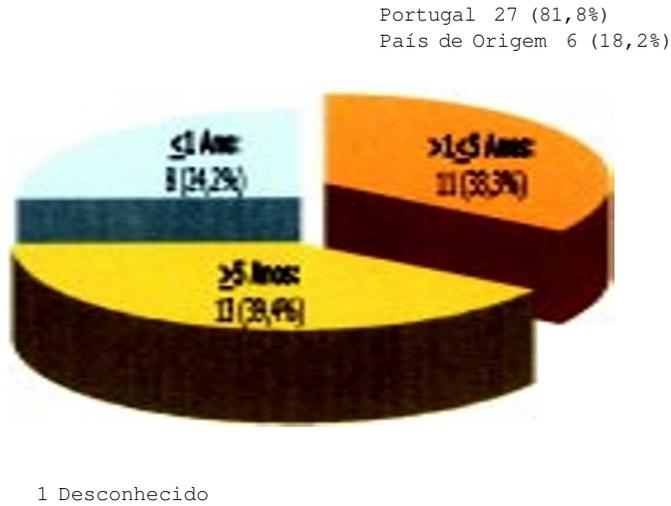


Fig. 4

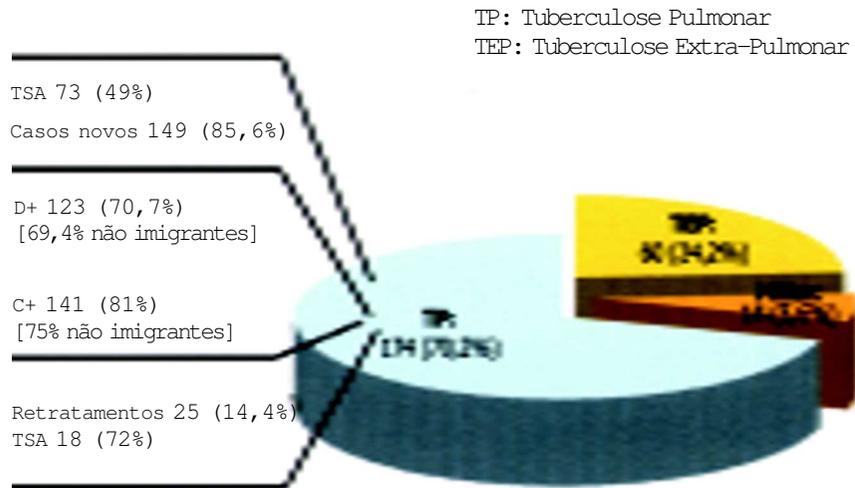


Fig. 5

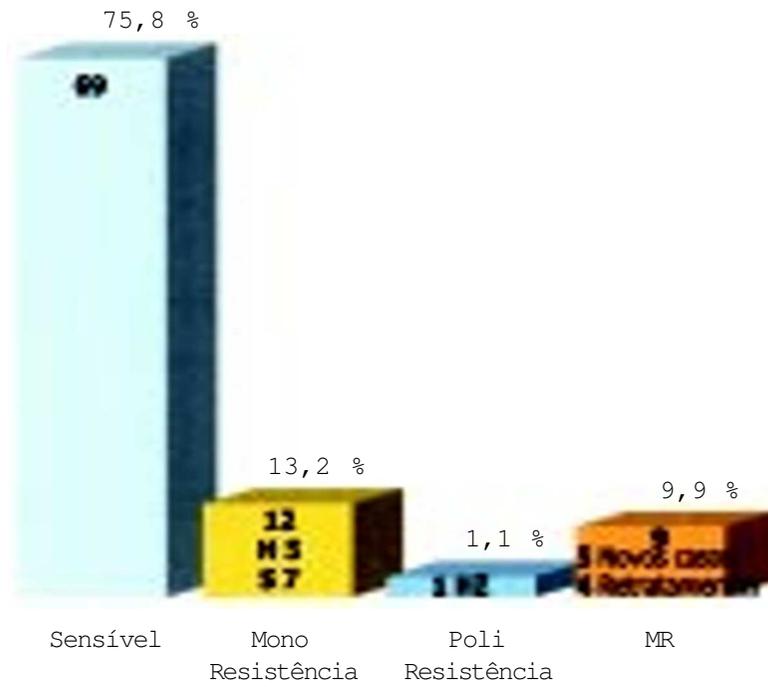


Fig. 6

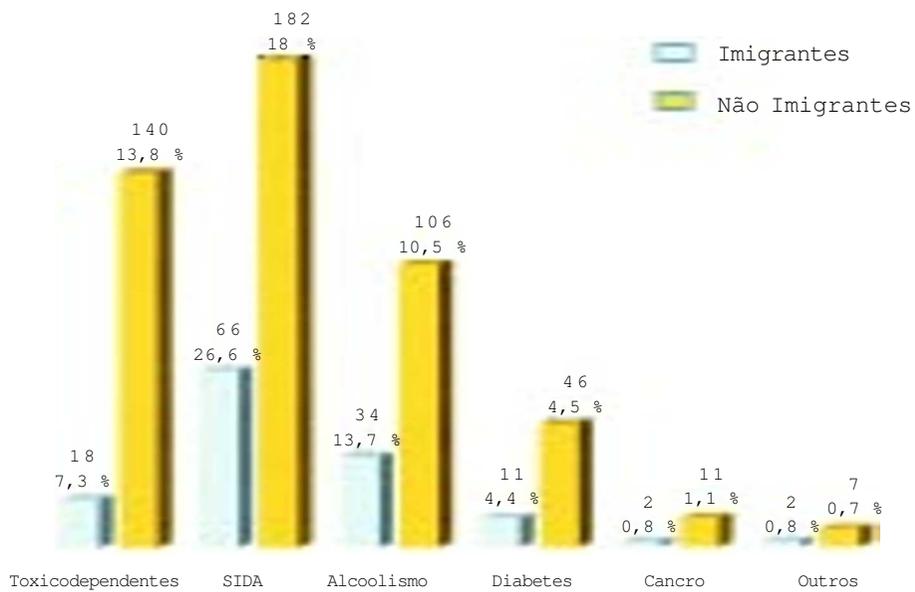


Fig. 7

	Não Imigrantes	Imigrantes
Completo	852 (84,1%)	206 (83,1%) [4 MR: 2 Novos; 2 Retratamentos]
Abandono	83 (8,2%)	23 (9,3%) [2 MR: 1 Novo; 1 retratamento]
Em tratamento	11 (1,1%) [9 MR; 2 Crónicas]	1 (0,4%) [MR]
Transferência	20 (2%)	2 (0,8%)
Morte	47 (4,6%) [23 SIDA; 4 Cancro; 10 D.Hepática crónica]	16 (6,5%) [2 MR: 1 Novo; 1Retratamento - 2 SIDA]

Duração:
6 Meses: 92 (44,6%)
9 Meses: 70 (34%)
12 Meses: 34 (16,5%)
> 12 Meses: 10 (4,9%)

Fig. 8

Quanto ao recurso à toma observada directamente (TOD), esta foi utilizada em 68 (39,1 %) imigrantes com TP (contra 330 – 46,8 % das TP nos não imigrantes), sendo cinco multirresistentes.

A avaliação dos efeitos secundários à medicação antibacilar permitiu verificar que ocorreram em 15 (6 %) imigrantes (contra 50 – 4,9 % nos restantes doentes), tendo sido hepáticos em 11 (73,3 %) doentes, cutâneos em 2, gástricos em 1 e outro em 1. De notar que, nos não imigrantes, 86 % dos efeitos secundários foram hepáticos.

Constatámos, ao apreciarmos a evolução clínica dos casos, que 206 (83,1 %) imigrantes completaram o tratamento (contra 84,1 % nos não imigrantes) sendo 4 deles MR (2 *casos novos*, 2 *retratamentos*), 23 (9,3 %) abandonaram-no (contra 8,2 % nos não imigrantes), sendo 2 MR (1 *caso novo*, 1 *retratamento*; os 2 ainda BK⁺), 16 (6,5 %) morreram (contra 4,6 % no grupo restante),

sendo 2 MR (1 *caso novo*, 1 *retratamento*) e 11 portadores de SIDA (um deles simultaneamente MR). Dois foram transferidos e 1 encontra-se ainda em tratamento (MR em TOD) (Fig. 8).

Dos imigrantes que completaram o tratamento, 92 (44,6 %) fizeram um esquema de 6 meses de duração, 70 (34 %) de 9 meses, 34 (16,5 %) de 12 meses e 10 (4,9 %) um esquema de duração superior a 12 meses (Fig. 8), no qual se encontravam os 4 MR que completaram o tratamento.

DISCUSSÃO

Ao avaliarmos os dados deste estudo retrospectivo entre 1996/2000, começamos por verificar que, no CDPVN, um quarto dos doentes com tuberculose são imigrantes, a grande maioria oriundos de Cabo Verde, seguidos dos de An-

gola, exactamente ao contrário do que acontece a nível nacional. Há ainda um número importante de imigrantes com tuberculose naturais da Guiné, S. Tomé e Príncipe e Moçambique. Predomina, como é habitual, o sexo masculino e, também como seria de esperar, a raça negra.

Segundo a literatura³, o risco dos imigrantes aparecerem com tuberculose é maior nos primeiros cinco anos de residência no país de acolhimento. No entanto, na nossa revisão verificou-se que grande parte destes imigrantes residia em Portugal há já mais de cinco anos antes de ficar doente. Por outro lado, um número ainda razoável residia há menos de um ano, o que indicia a hipótese de já serem portadores da doença quando imigraram para Portugal.

Quando comparamos com o grupo dos não imigrantes, os *casos novos* são em maior quantidade e os *retratamentos* em menor, tendo um quarto destes feito o tratamento anterior há menos de um ano e já em Portugal. Será que nestes casos houve incumprimento terapêutico, apesar da boa evolução clínica, radiológica e bacteriológica? Ou terá havido nova reinfeção? Só uma pequena percentagem fez o tratamento anterior no seu país natal.

Predominaram, como é habitual, as formas pulmonares, que tiveram uma confirmação significativa e superior às pulmonares nos não imigrantes. Tal como se verificava no total dos imigrantes, também nas formas pulmonares predominaram os *casos novos*. Nestas, independentemente do *caso*, pouco mais de metade realizou testes de sensibilidade aos antibacilares, apesar de a maioria ter sido efectuada nos *retratamentos*, como desejável.

Não se detectou qualquer tipo de resistência na maioria das situações, mas mesmo assim ainda houve um número apreciável de casos multirresistentes. Estes foram, percentualmente, quase o dobro do detectado nos não imigrantes e, em muitos deles, além da resistência à isoniazida e à rifampicina, havia-a a um grande número de antibacilares de 2.^a linha, o que tornou o tratamento

destes casos mais problemático. De salientar que, apesar do baixo número de casos, predominaram os casos de multirresistência primária, o que é preocupante.

A toxicodpendência não se revelou um problema tão importante como nos não imigrantes e quase metade tinham patologias associadas. Destas, a síndrome de imunodeficiência adquirida atingia um número expressivo de imigrantes, superior aos não imigrantes, não sendo também de desprezar os doentes com alcoolismo.

Como vem acontecendo nos últimos anos, e qualquer que seja o grupo de doentes com tuberculose, o esquema HRZE foi, de longe, o mais utilizado. Nos *retratamentos*, e ao contrário das orientações internacionais, não recorremos ao esquema HRZES na totalidade dos doentes que para tal tinham indicação. Também como habitual, nas formas de tuberculose multirresistente foram administrados os mais variados esquemas terapêuticos, tendo por base o resultado do TSA. Em alguns casos, este só foi conhecido ao fim de largos meses, com as consequências daí resultantes nos esquemas terapêuticos entretanto instituídos.

Num grande número de imigrantes, a duração do tratamento foi de 6 a 9 meses, à excepção dos doentes MR, o qual foi bastante mais longo.

Pouco mais de um terço dos imigrantes com TP fez tratamento em TOD, o que contrasta com os não imigrantes, em que cerca de metade o fizeram. Este número insuficiente de doentes em TOD deve-se, principalmente, à falta de recursos humanos.

Em relação às reacções secundárias, houve um maior número nos imigrantes do que nos não imigrantes, tendo predominado as alterações hepáticas em qualquer dos grupos.

Grande parte dos doentes completaram o tratamento antibacilar, incluindo um número razoável de doentes multirresistentes, tendo-se atingido, nos imigrantes e nos não imigrantes, percentagens próximas das metas propostas pela Organização Mundial de Saúde. Houve também um valor im-

portante de abandonos, ligeiramente superior aos dos não imigrantes, o mesmo se observando no que respeita às mortes. Nestas, constatamos que a maioria ocorreu em doentes com SIDA, que continua a ser a principal responsável pela morte dos doentes com tuberculose.

Face ao exposto, podemos concluir que:

- em Portugal, a incidência da tuberculose nos imigrantes é superior à da população em geral;
- no CDPVN há um número importante de imigrantes com tuberculose;
- a quase totalidade dos doentes imigrantes é oriunda das antigas colónias portuguesas em África, residindo a grande maioria em Portugal há mais de cinco anos;
- era muito importante, do ponto de vista de saúde pública e como mais uma medida para tentar reduzir a incidência da tuberculose, que o controlo da entrada de imigrantes em Portugal fizesse parte do Programa Nacional de Tuberculose;
- no CDPVN, a confirmação da tuberculose pulmonar nos imigrantes é boa e superior à dos não imigrantes;
- multirresistências primárias em número significativo e preocupante;
- os testes de sensibilidade aos antibacilares deviam ser realizados num maior número de doentes, imigrantes e não imigrantes, mas pelo menos em **todos** os *retratamentos*; os clínicos deviam ter acesso aos seus resultados mais cedo, considerando que actualmente são quase sempre utilizadas as novas técnicas;
- a toxicoddependência predomina nos não imigrantes e a SIDA nos imigrantes, sendo a principal doença associada;
- um maior número de doentes devia ser colocado em TOD, de modo a tentar reduzir o número de abandonos e, se possível, o número de mortes.

BIBLIOGRAFIA

1. Fonte: Assessoria de Pneumologia da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2002.
2. Dia Mundial de Tuberculose – 24 de Março de 2002, Direcção-Geral de Saúde, 2002.
3. KEVIN SCHWARTZMAN, Latent tuberculosis infection: old problem, new priorities. Canadian Medical Association Journal, Março, 19,2002;166(6).