

PONTO DA SITUAÇÃO

Tuberculose e SIDA em Portugal

MARIA JOÃO MARQUES GOMES**

Começa a ser um lugar comum afirmar que a tuberculose continua a ser um importante problema de Saúde Pública, do mesmo modo que já é sobejamente conhecida importância da pandemia da SIDA e os riscos tremendos da associação destas duas afecções (18,27).

A infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* e pelo VIH quando associadas agravam-se mutuamente e o risco da infecção tuberculosa evoluir para doença aumenta muito consideravelmente. Segundo NARAIN et al. (19), o risco de progressão da tuberculose infecção para tuberculose activa nos indivíduos infectados pelo VIH é muito superior ao dos indivíduos não infectados e o risco anual de progressão nos infectados pelo VIH é de 5 a 8%, o que cumulativamente dá um aumento do risco ao longo da vida de 30% ou mais. O C.D.C aponta para valores muito mais elevados, referindo que o risco de um doente com SIDA e infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis* vir a sofrer de tuberculose é 170 vezes maior do que o de um indivíduo imunocompetente, e que esse risco é de 117 se houver co-infecção pelo VIH e pelo *Mycobacterium tuberculosis* (5).

A coexistência destas duas afecções tem repercussões no indivíduo e na comunidade. Entre as repercussões no indivíduo, salientamos o aumento do risco de exposição à tuberculose principalmente nos países de elevada prevalência, aumento do risco de infecção tuberculosa se houver contactos com doentes com tuberculose, aumento da proporção de indivíduos nos quais a tuberculose infecção evolui para tuberculose encurtando a história natural desta última e alterações do quadro clínico, também já suficientemente conhecidas (18). Quanto às repercussões na comunidade, traduz-se pelo aumento do número de casos de tuberculose, aumento da transmissão de bacilos resistentes, aumento da mortalidade por esta afecção, perda do controlo sobre a doença principalmente nas comunidades mais desfavorecidas e um aumento do número de casos entre os adultos jovens (15,21,25).

A eclosão de tuberculose nos doentes com VIH vai depender de prevalência da infecção tuberculose numa comunidade, da probabilidade de um indivíduo ser contagiado e do grau de imunocomprometimento do indivíduo infectado (1).

* Conferência proferida no Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Porto 1996

** Professora Associada de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas.
Chefe de Serviço e Directora do Serviço de Pneumologia 4 do Hospital de Pulido Valente

Recebido para publicação em : 97.01.22

Quanto aos factores que favorecem a evolução da infecção tuberculosa para doença nos doentes co-infectados pelo VIH, grande parte já é conhecida. Num trabalho publicado por ANTONUCCI et al. (2) que abrangeu 2695 doentes com infecção pelo VIH, verificou-se que o risco da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* evoluir para doença nos doentes com infecção pelo VIH, aumenta se houver história anterior

de tuberculose, se o número de CD4+ no sangue periférico for inferior a 200/mm³ e se forem tuberculino-positivos.

Inúmeros estudos têm sido realizados para avaliar a prevalência da infecção pelo VIH em doentes com tuberculose, do mesmo modo que se tem procurado conhecer a prevalência de tuberculose entre os doentes com SIDA (Quadros I e II). (23). O estudo europeu

QUADRO I

Diversos estudos sobre a prevalência da infecção VIH em doentes com Tuberculose

Local	Ano	Nº doentes	Prevalência	Autores
Nova York, EUA	1979-1985	11640	2.2	Laroche et al
Nova York, EUA	1979-1988	13820	8.1	"
EUA (14 cidades)	1988-1989	3077	0-46.3	Onorato et al
Haiti	1989	143	39	Clermont et al
México	1992	1201	0-5	Valdespino et al
Brasil	1987-1988	453	3.3	Ribeiro et al
Nairobi, Kenia	1989	240	30	Nunn et al
Burkina Faso	1988-1990	573	22.7	Malkin et al
Abidjan, C. Marfim	1989	263	11.8	Sassan et al
Zimbabue	1988-1989	927	40.1	Mahari et al
França	1985-1990	68	53	Beaulieu et al
Portugal	1990-1992	767	1.8	Telo et al
Portugal	1993-1995	165	11.5	Faria et al

Adaptado de Garcaia, MLG et al, Bull P.A.H.O. 29 (1):37; 1995

QUADRO II

Pandemia de Tuberculose e SIDA e Tuberculose nos estrangeiros nalguns países da Europa Ocidental

	% entre os		Tb entre os estrangeiros	
	VIH entre os TB	Tb entre os VIH	%	Tendência
Dinamarca	-	1	38 (1990)	↑
França	1-18	10	27 (1988)	?
Alemanha	-	>10	20 (1989)	↑
Itália	-	11	16 (1990)	↑
Holanda	-	-	41 (1990)	↑
Noruega	-	-	23 (1990)	↑
Espanha	22	37	6 (1990)	?
Suécia	-	2,6	41 (1987-90)	↑
Suiça	-	-	51 (1990)	↑
Reino Unido	-	4	-	-
Portugal	1,8-11,5	54,5	?	?

Adaptado de Raviglione et al. W.H.O. Bull. 71: 302; 1993

sobre tuberculose nos doentes com SIDA (28) concluem que as diferenças de incidência da tuberculose entre os doentes com SIDA nos diferentes países europeus, está sobretudo relacionada com a prevalência da tuberculose em cada país.

Segundo DOLIN et al. (9) em 1990, 4.2% dos doentes com tuberculose tinham SIDA, em 1995 este valor passou para 8.4% e para o ano 2000 prevê-se que este número atinja os 13.8%, isto a nível mundial. Esta situação é particularmente grave no continente africano onde no ano 2000, se admite que 29.0% dos doentes com tuberculose tenham SIDA associada.

O que se passa em Portugal?

A prevalência da tuberculose em Portugal (8) continua a ter níveis bem mais elevados do que a maioria dos Países europeus, principalmente dos Países da C.E. (22,23,24) e o número de casos de SIDA tem aumentado rapidamente (Gráfico 1) (6,7), pelo que não é de estranhar que esta associação seja frequente entre nós. Ao analisarmos a distribuição dos casos de SIDA por categoria da doença oportunista, vemos que 83% dos doentes têm infecções oportunistas, tendo 54.5% tuberculose e 45.5% infecções não tuberculosas

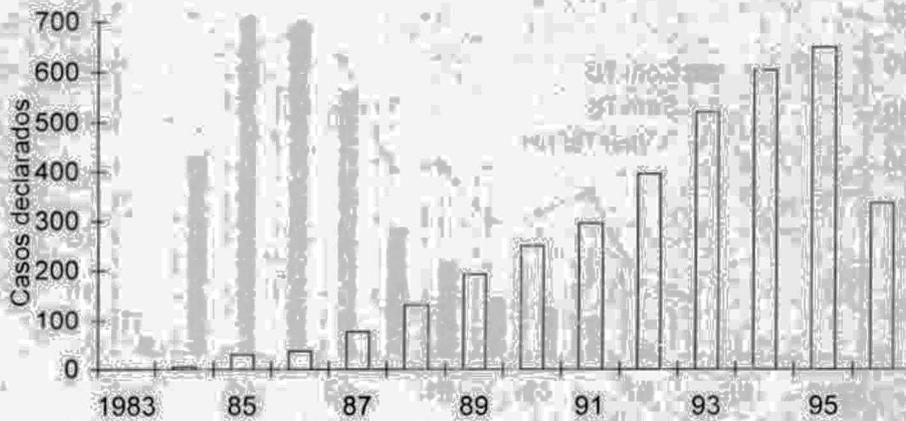


GRÁFICO 1 – Casos declarados de SIDA. Portugal 1 Jan 83-30 Jun 96. Fontes: Teresa Paixão e CVEDT

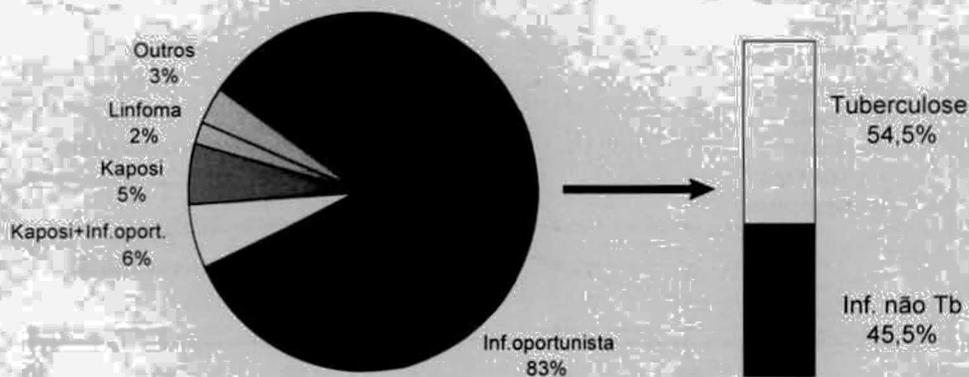


GRÁFICO 2 – SIDA em Portugal. Distribuição dos casos por categoria da doença oportunista Portugal 1 Jan 83-Jun 96. CVEDT-SIDA. A situação em Portugal. Doc. 95

(Gráfico 2) (6,7). No Gráfico 3 é nitido que a proporção de doentes com SIDA que têm simultaneamente tuberculose tem vindo a aumentar (6,7).

Dos números nacionais publicados pela CVEDT (6,7) é nitido que a categoria de transmissão mais frequente é actualmente o do grupo dos toxicodependentes, seguido do grupo dos heterossexuais e dos homo e bissexuais. A análise destes números ao longo dos anos torna nitido o assustador aumento dos toxicodependentes entre os doentes declarados com SIDA, enquanto se observa uma horizontalização dos heterossexuais e uma regressão entre os homo/bissexuais (Gráfico 4).

Quando analisamos os dados de doentes com SIDA atendendo à coexistência ou não de tuberculose, verificamos que é precisamente nos grupos etários entre os 15 e os 49 anos que predominam os doentes com tuberculose e SIDA (Gráfico 5), a análise dos dados tendo em atenção a sua distribuição por comportamentos de risco, mostra o predomínio desta associação nos doentes toxicodependentes (62,5%) (Gráfico 6), tal como habitualmente descrito, 40% dos doentes com tuberculose e SIDA tinham tuberculose pulmonar, 48% tinham formas extrapulmonares e os restantes 12% tinham atingimento pulmonar e extrapulmonar (20). Finalmente ao avaliarmos o tipo de virus nos

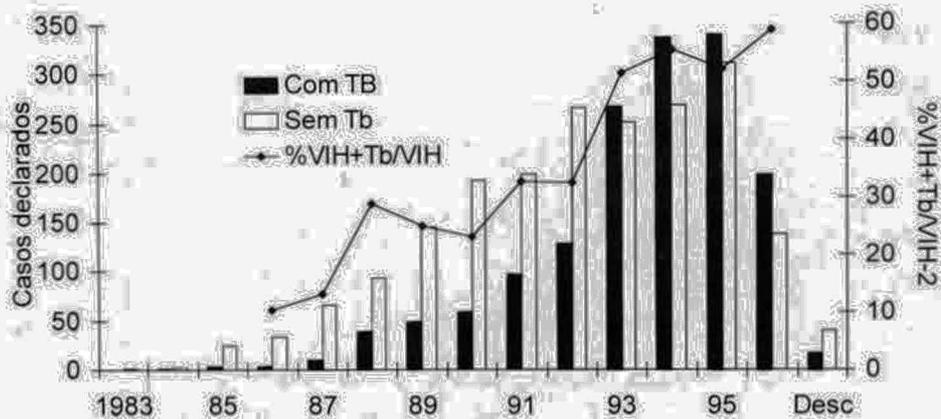


GRÁFICO 3 – Tuberculose e SIDA. Portugal 1 Jan-30 Jun 96.
Fontes: Teresa Paixão e CVEDT

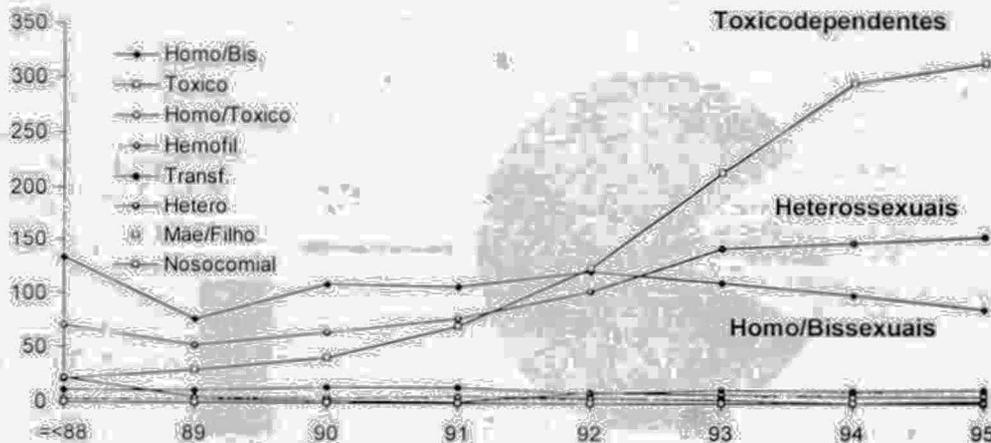


GRÁFICO 4 – SIDA em Portugal. Evolução dos casos diagnosticados por categorias de transmissão. Portugal 1 Jan 83-Jun 96.
Fonte: CVEDT-SIDA. A situação em Portugal. Doc. 95

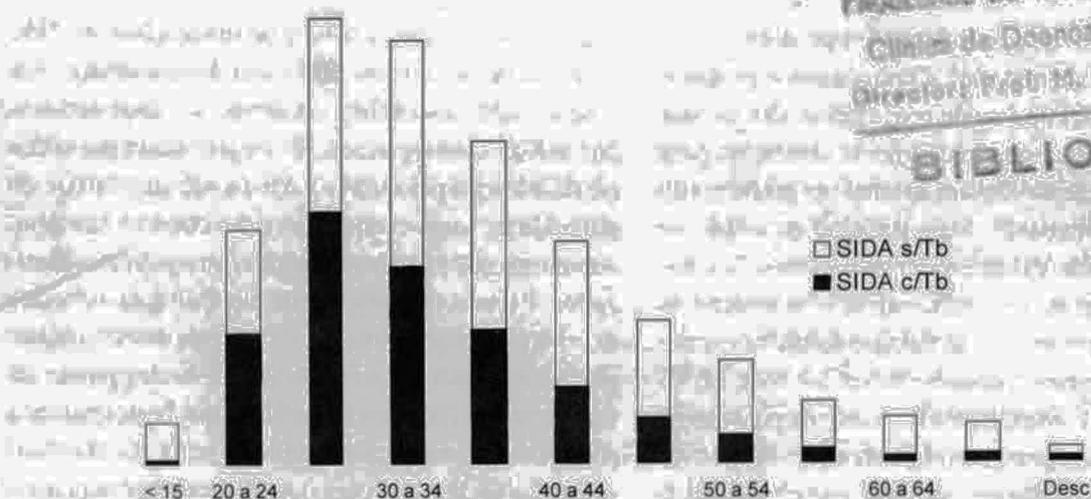


GRÁFICO 5 – Tuberculose e SIDA. Distribuição por grupos etários. Portugal 1 Jan 83-30 Jun 96. Fontes: Teresa Paixão e CVEDT

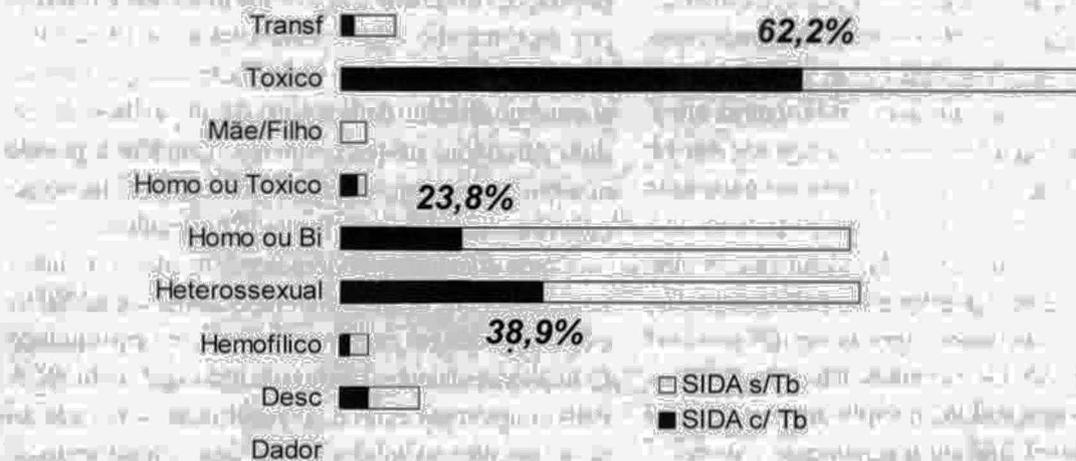


GRÁFICO 6 – Tuberculose e SIDA. Distribuição por comportamentos de risco. Portugal 1 Jan 83-30 Jun 96. Fontes: Teresa Paixão e CVEDT

doentes com SIDA com e sem tuberculose não encontramos diferenças significativas (20).

Ou seja. Estamos perante uma situação em que assistimos a uma aumento da tuberculose nos indivíduos com SIDA, com grande predomínio de uma população de toxicodependentes.

E que problemas nos põe esta situação?

Um dos grandes problemas que a associação destas

duas patologias tem acarretado é um aumento do número de resistências e mesmo de multirresistências aos antibacilares, dificultando ou mesmo impedindo o tratamento eficaz e transmitindo na comunidade bacilos resistentes com os riscos daí inerentes (15,30).

Este problema tem sido referido largamente na literatura constituindo já uma séria ameaça ao controlo da tuberculose a ter em conta nalguns países, nomeadamente nos E.U.A. (3,12,30). Entre nós não sabemos ainda a dimensão deste problema; no entanto a elevada prevalência de tuberculose, o crescimento da SIDA e a

grande proporção de toxicodependentes, doentes que habitualmente aderem mal à terapêutica e portanto facilitam o aparecimento de resistências, fazem com que no nosso país estejam criadas as condições para que as resistências se venham a tornar um problema de dimensão imprevisível. Num trabalho realizado no Hospital de Pulido Valente ao longo de 2 anos (17), que incluiu 141 doentes com tuberculose sem tratamento anterior e 56 com história de tratamento antituberculoso prévio encontramos resistências em 17.7% e 37.5% respectivamente. As multiresistências, entendida como resistência pelo menos à Hidrazida e à Rifampicina, atingiu 4.3% e 23.2% dos mesmos grupos. A análise das resistências encontradas tendo em conta a presença do VIH, de alcoolismo ou de toxicofilia, apontou para a existência de resistências em 28%, 26.7% e 19.5% dos doentes com estes antecedentes respectivamente. Também num trabalho efectuado na mesma instituição (16) que incidiu sobre doentes com tuberculose e toxicodependência, foi realizado antibiograma em 7 doentes sem história de tratamento anterior e em 14 com tratamento anterior. Entre os primeiros encontramos resistências em 57.1% (4 deles com resistências a vários fármacos) e em 42.9% dos segundos. Fomos seguir o percurso destes doentes após a alta hospitalar, e dos 29 doentes incluídos, apenas nos foi possível obter dados de 20. Os restantes não constam dos registos dos Serviços de Luta Antituberculosa. Dos 20 referidos, apenas 9 fizeram o tratamento e destes 5 fizeram-no com regularidade e 4 com grande irregularidade. Chamamos a atenção para a elevadíssima prevalência de resistências em doentes sem tratamento anterior, o que traduz muito provavelmente a transmissão de bacilos resistentes entre os toxicodependentes, dado os seus hábitos promíscuos e falta de adesão a terapêutica.

Um outro aspecto que não podemos escamotear, é a forte imigração de indivíduos vindos do continente africano, onde a prevalência de *Mycobacterium tuberculosis*, de VIH e de co-infecção é muito elevada. Dados publicados por Narain et al (19) apontam para uma seroprevalência para o VIH que varia entre 10.8 e 66% em diversos países africanos. Fernandes et al. (11)

encontraram uma prevalência de tuberculose de 24% entre os doentes com SIDA em Moçambique. Na Figura 1 estão assinalados o número de casos declarados de SIDA nesses países. No entanto face à prevalência de infecção pelo VIH na África subsahariana, e às dificuldades socio-económicas e de cobertura sanitária, admitimos que estes números estejam muito subvalorizados. Ziment (31) refere que em Portugal 10% dos doentes com tuberculose são imigrantes, número muito abaixo do valor encontrado nos restantes países da C.E., com excepção da Espanha, já que nestes países a prevalência de tuberculose entre os nativos é relativamente baixa, fazendo com que a tuberculose seja mais frequente entre a população imigrante. Também estes números nos levantam serias dúvidas já que, no nosso país, não há um rastreio activo e sistemático das populações imigrantes, ao contrário do que é referido por este mesmo autor. Este problema parece-nos particularmente gravoso nas populações que vêm do continente africano dada a elevada prevalência destas duas patologias neste continente. Também o grande número de indivíduos sem existência legal no nosso país vem dificultar o controlo da tuberculose.

Como conclusões podemos referir que entre nós a percentagem de doentes com tuberculose e com SIDA é elevada e esta em constante crescimento, constituindo os toxicodependentes o grupo de indivíduos com SIDA mais atingido por estas duas patologias. A má adesão destes doentes ao tratamento e o desconhecimento do perfil nacional de resistências, vão necessariamente contribuir para o aumento das resistências, para a cronicidade e para a morte destes doentes, bem como para uma maior transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* à população geral, factos que estão a impedir a eliminação da tuberculose entre nós.

Em face destes dados é fundamental e urgente que os Serviços de Luta Antituberculosa pautuem a sua acção em função destas realidades.

Ações especialmente dirigidas aos grupos de risco anunciados são prementes, nomeadamente um seguimento muito estreito dos doentes toxicodependentes de modo a permitir o diagnóstico precoce e levá-los ao cumprimento da terapêutica, rastreio activo das popu-

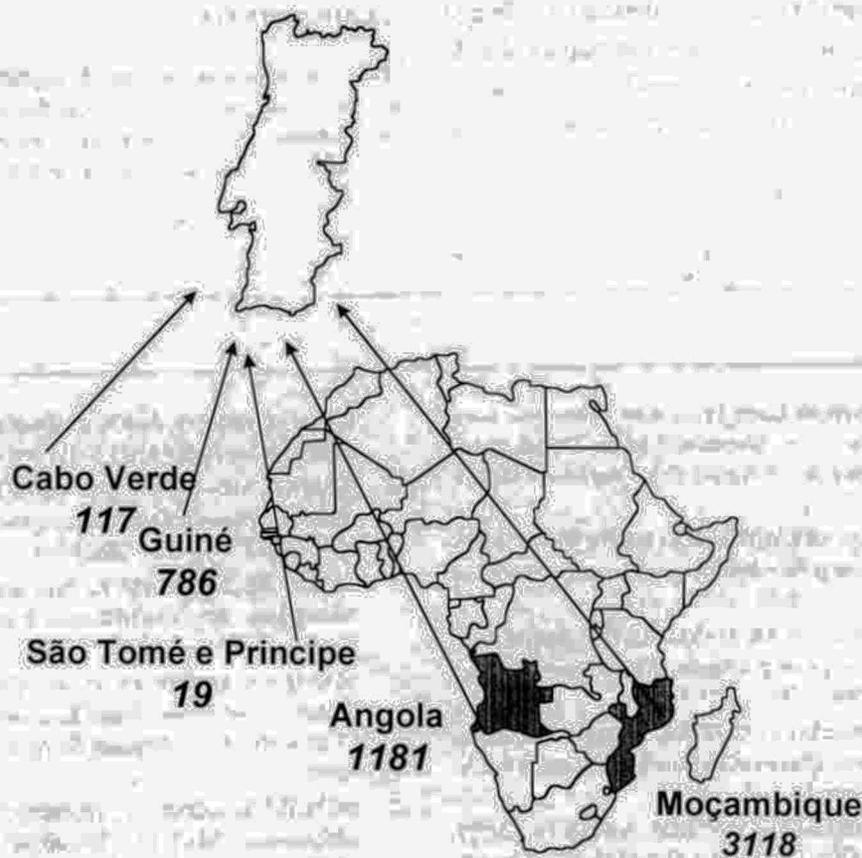


Fig. 1 — Número de casos declarados de SIDA nos Países Africanos de Expressão Portuguesa, até 30 de Junho de 1996

lações imigrantes, acções coordenadas com a Comissão de luta contra a SIDA, a cobertura nacional com médicos especialista, enfermeiras e assistente sociais devidamente treinadas nesta área, são apenas algumas das medidas necessárias e urgentes.

É um dado adquirido que o tratamento correctamente prescrito e administrado a doentes motivados, permitem o tratamento eficaz da tuberculose. No entanto a sua eficácia reduz-se muito substancialmente se o esquema usado não for correcto e não houver adesão ao tratamento, como acontece por exemplo entre grupos marginais da população, o tratamento pode ter um efeito desastroso: 50% dos doentes não se curam, desenvolvem resistências e o doente que habitualmente vive em más condições vai aumentar as

resistências entre os contactos. É pois essencial a implementação de medidas práticas que conduzam ao cumprimento do tratamento, nomeadamente a toma totalmente controlada (), o internamento, eventualmente compulsivo, etc.

Na opinião de ENARSON et al. (10) há que encarar frontalmente a necessidade de fornecer aos doentes tratamento especializado e desenvolver programas verticais. Segundo estes Autores, o sucesso da luta contra a tuberculose nos países desenvolvidos foi devido ao controlo realizado através de programas verticais, enquanto que nos países em que o programa foi integrado houve insucesso em muitos deles.

Por outro lado muitas dúvidas nos ficam, enumerando aqui apenas algumas delas: qual a prevalência da

infecção tuberculosa? Qual a prevalência da infecção pelo VIH? Que rastreio é realizado nas populações de risco, nomeadamente os toxicodependentes, as populações imigrantes, os presos, os indivíduos de bolsas de pobreza, etc?

AGRADECIMENTO

A Dr.ª Teresa Paixão, da Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, que ao longo dos anos tem realizado um notável trabalho de registo dos dados nacionais dos doentes com SIDA, sem o qual este trabalho não teria sido possível.

BIBLIOGRAFIA

1. A.T.S. The American Lung Association Conference on re-establishing control of tuberculosis in the United States. Conference report. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 154: 251, 1996.
2. ANTONUCCI G, GIRARDI E, RAVIGLIONE MC, IPPOLITO G. Risk factors for tuberculosis in HIV-infected persons. *JAMA* 274(2): 143, 1995.
3. BARNES PF, BLOCH AB, DAVIDSON PT, SNIDER DE JJ. Tuberculosis in patients with the HIV infection. *N. Engl. J. Med.* 324: 1644, 1991.
4. CENTER OF DISEASES CONTROL. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Data as at 30 June 1996. *Weekly Epidemiological Record* 71: 205, 1996.
5. CENTER OF DISEASES CONTROL. NATIONAL ACTION PLAN TO CONTROL MULTI-DRUG-RESISTANT-TUBERCULOSIS. *MMWR* 41 (rr-11), 1992.
6. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS - SIDA. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 1984. Doc 83.
7. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS - SIDA. A situação em Portugal a 30 de Junho de 1996. Doc 96.
8. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Estatísticas. Doenças de declaração obrigatória, 1980/1994.
9. DOLIN PJ, RAVIGLIONE M, KOCHI A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1980-2000. *Bull of the WHO* 72(2): 213, 1984.
10. ENARSON DA, GROSSET J, MWINGA A, HERSHFIELD ES, O'BRIEN R, COLE S, RIECHMAN L. The challenge of tuberculosis: statements on global control and prevention. *The Lancet* 346: 809, 1985.
11. FERNANDES A, VAZ R, NOYA A. AIDS in Mozambique VIII International Conference on AIDS/III STD World Congress. Amsterdam, 1992.
12. FRIEDDEN TR, STERLING T, PABLO-MENDEZ A, et al. The emergence of drug resistance tuberculosis in N.Y. City. *N. Engl. J. Med.* 328: 521, 1993.
13. GARCIA MLG, GOMEZ ILV, SANCHO MCG, ALVAREZ RAS, ZACARIAS F, AMOR JS. Epidemiology of AIDS and Tuberculosis. *Bull PAHO* 29 (1): 37, 1995.
14. ISEMAN MD, COHN DL, SBARBORO JL. Directly observed treatment of tuberculosis: we can't afford not to try it. *N. Engl. J. Med.* 328: 576, 1993.
15. MALIN AS, MCADAM K, PWJ. Escalating threat from tuberculosis: the third epidemic. *Thorax* 50 (Suppl.) S37, 1995.
16. MARQUES H, COSTA P, ALVES C, DUARTE JG, GOMES MJM. Tuberculose e Toxicoddependência - Revisão Clínica. *Revista Portuguesa de Pneumologia* II (45): 331, 1996.
17. MENDES B, GOMES C, HENRIQUES J, PESTANA E, MIRAGAIA I, MATOS C, DIONISIO J, ROSA P, PÁDUA M, PINA J, GOMES MJM. Estudo da prevalência da resistência aos antibióticos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Aceite para publicação.
18. MURRAY JF, GARAY SM, HOPEWELL PC, MILLS J, SNIDER GL, STOVER DE. Pulmonary complications of the Acquired Immunodeficiency Syndrome: an update. Report on the second National Heart, Lung and Blood Institute workshop. *Am. Rev. Respir. Dis.* 136: 504, 1987.
19. NARAIN JP, RAVIGLIONE MC, KOCHI A. HIV-associated tuberculosis in developing countries: epidemiology and strategies for prevention. *Tubercle and Lung Disease* 73: 311, 1992.
20. PAIXÃO T. Comunicação pessoal, 1986.
21. RAVIGLIONE MC. Tuberculosis and HIV. Conference at the European Respiratory Society. Estocolmo, 1986.
22. RAVIGLIONE MC, RIEDER HL, SNBLO K, KHOMENKO AG, ESTEVES K, KOCHI A. Tuberculosis trends in Eastern Europe and the former USSR. *Tubercle and Lung Disease* 75: 400, 1984.
23. RAVIGLIONE MC, SUDRE P, RIEDER HL, SPINACI S, KOCHI A. Secular trends of tuberculosis in Western Europe. *Bull WHO* 71 (3/4): 297, 1983.
24. RIEDER HL, ZELLWEGER JP, RAVIGLIONE MC, KEIZER ST, MIGLIORI GB. Tuberculosis control in Europe

- and international migration. *European Respiratory Journal* 7: 1545, 1994.
25. ROUILLON A, ENARSON DA, CHRETIEN J. Epidemiologie de la tuberculose dans le Monde. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), Pneumologie, 6-019-A: 32, 1996.
26. SELWYN PA, HARTEL D, LEWIS VA. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with HIV infection. *N. Engl. J. Med.* 320: 545, 1989.
27. SLUTKIN G, LEOWSKI J, MANN. The effects of the AIDS epidemic on the tuberculosis problem and tuberculosis programmes. *Bull. I.U.A.T.L.D.* 63 (2): 21, 1988.
28. SUDRE P, HIRSCHL BJ, GATELL JM, SCWANDER S, VELLA S, KATLAMA C, LEDERGERBER B, ARMINIO-MONFORTE A, GOEBEL FD, PEHRSON PO, PEDERSEN C, LUNDGREN JD. Tuberculosis among European patients with the acquired immune deficiency syndrome. *Tubercle and Lung Disease* 77: 322, 1996.
29. THEUER CP, CHAISSON RE, SCHECTER GF, HOPEWELL PC. Human Immunodeficiency virus infection in tuberculosis patients in San Francisco. *Am. Rev. Respir. Dis.* 137: A121, 1988.
30. VARELDZIS BP, GROSSET J, DEKANTOR I, CROFTON J, LASZLO A, FELTEN M, RAVIGLIONE MC, KOCHI A. Drug-resistant tuberculosis: laboratory issues. *Tubercle and Lung Disease* 75: 1, 1984.
31. ZIMENT I. Epidemiology of mycobacterial infection. *European Respiratory Review* 5: 91, 1995.