

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

SITUAÇÃO EM PORTUGAL EM 31 DE DEZEMBRO DE 1985

Documento da responsabilidade
do Grupo de Trabalho da SIDA

L. AYRES
J. BANDEIRA COSTA
J. M. CALDEIRA DA SILVA
P. FRANCO
J. MACHADO CAETANO

ABRIL, 1986

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

LISBOA

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) assenta, entre outros princípios fundamentais, na vigilância epidemiológica da situação.

A vigilância epidemiológica, em geral, é definida como um "sistema dinâmico que permite observar de forma permanente todos os aspectos de conduta da infecção e da doença e todos os factores que condicionam o fenómeno saúde-doença"; tem por fim "fazer recomendações com bases objectivas sobre as medidas necessárias para controlar ou prevenir o problema"; compreende "uma série básica de tarefas que incluem a identificação das fontes de informação, a recolha e o tratamento de dados, a formulação de recomendações às autoridades e a distribuição de informação".

Nesta conformidade, e de acordo com o apelo da OMS de 30 de Maio de 1985, foi criado em Junho 1985, pelo Ministro da Saúde, um Grupo de Trabalho para o estudo da SIDA com a tarefa, entre outras, de estabelecer um Programa de Vigilância Epidemiológica daquela situação. O Grupo de Trabalho, integrado no Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, é constituído por representantes das Direcções Gerais dos Cuidados Primários de Saúde e dos Hospitais, do Instituto Nacional de Sangue, do Centro de Histo-Compatibilidade do Sul e do Instituto Nacional de Saúde, com funções de coordenação.

Os objectivos do Programa de Vigilância Epidemiológica da SIDA são:

1. Detectar casos de SIDA e para-SIDA em Portugal e monitorizar a sua incidência
2. Descrever a epidemiologia básica da situação
3. Fornecer informações de retorno sobre a situação no País aos Serviços de Saúde
4. Fornecer dados ao Ministério, à Organização Mundial de Saúde e ao Centro Cooperativo, em França

A vigilância depende principalmente, como em outros países da notificação confidencial, feita por clínicos hospitalares e outros. A notificação tem sido, até ao momento, limitada a casos de SIDA completamente desenvolvida. Está a proceder-se à revisão do protocolo de notificação, no sentido de englobar, também, casos de ARC (Aids Related Complex) ou para-SIDA (notificados por Serviços hospitalares e clínicos gerais) e de portadores assintomáticos (notificados por laboratórios, onde sejam executados os exames de pesquisa de anticorpos anti HTLV-III).

Em todos os casos, a notificação é estritamente confidencial, sem referência a nomes. Com este sistema de notificação, espera-se obter uma informação, o mais completa possível, acerca das tendências da infecção pelo vírus HTLV-III, em relação à época do ano, à sua distribuição geográfica, aos indivíduos pertencentes, ou não, a grupos em risco especial, e a outros factores que condicionem a situação.

Se bem que Portugal tenha aderido ao Programa de Vigilância da SIDA da OMS, em Julho de 1985, não foi possível enviar para o Centro Cooperativo da SIDA, da Organização Mundial de Saúde, situado em França, o relatório trimestral correspondente a 30 de Setembro de 1985 por, nessa data, termos recebido apenas 1 notificação. Tivemos então conhecimen

to de que a informação relativa ao Programa de Vigilância não tinha sido recebida em tempo oportuno nos serviços hospitalares onde, segundo comunicações orais, tinham sido diagnosticados alguns casos de SIDA.

Para fins puramente epidemiológicos, um caso de SIDA é definido, de acordo com o critério estabelecido pelos Centers for Disease Control (CDC), de Atlanta, como um caso de doença caracterizado por:

1. uma ou mais doenças oportunistas, diagnosticadas por métodos considerados de confiança, que sejam moderadamente indicativas de uma imunodeficiência celular subjacente e
2. ausência de qualquer das causas conhecidas de imunodeficiência celular (além da infecção pelo vírus causador da SIDA) e ausência de todas as outras causas de resistência diminuída que tenham sido descritas, associadas com pelo menos uma daquelas doenças oportunistas.

Em anexo, juntam-se os critérios para definição de um caso de SIDA, emitidos pelos Centers for Disease Control (CDC), de Atlanta e adoptados pelo Centro Cooperativo da OMS e pela maior parte dos países do mundo, incluindo Portugal.

Oportunamente, será enviada uma adenda aos critérios, contendo indicações sobre outras doenças oportunistas recentemente incluídas na lista.

SITUAÇÃO EM PORTUGAL EM 31 DE DEZEMBRO DE 1985

Até 31.12.85 foram recebidas 26 notificações de doentes suspeitos de sofrerem de SIDA, provenientes dos Hospitais Curry Cabral, Capuchos, Estefânea, Santa Maria e Universidade de Coimbra, Instituto Português de Oncologia (Lisboa) e do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto de S. Braz de Alportel.

Os doentes residiam em Portugal (zona da grande Lisboa, Coimbra e Algarve), no Zaire e em França. Considera-se como residência o local onde o doente vivia antes do início dos primeiros sintomas.

O número de notificações foi reduzido a 24 por, em 2 casos, a notificação ter sido feita por dois hospitais diferentes, onde os doentes estiveram internados.

Dos 24 casos notificados, 19 foram confirmados, de acordo com os critérios do Centro Colaborativo da OMS; incluíram-se também 2 casos de infecção pelo Mycobacterium tuberculosis.

No total, consideram-se 21 casos, todos do sexo masculino, com excepção de 1 caso, observado numa mulher.

As características dos casos são indicadas nos quadros seguintes:

QUADRO 1 — SIDA — Distribuição por data de diagnóstico

ANO	SEMESTRE			CASOS	MORTES
	1º	2º	?		
1983	—	—	1	1	—
1984	2	—	—	2	1
1985	6	11	1	18	6
TOTAL	8	11	2	21	7

85,7% dos casos foram diagnosticados em 1985 o que pode ser devido a uma maior atenção dos clínicos, em época recente e/ou ao facto de não terem sido notificados todos os casos diagnosticados em 1983 e 1984.

QUADRO 2 — SIDA — Distribuição por idades e sexo

GRUPO ETÁRIO	H	M	?	TOTAL
0 - 11 meses				
1 - 4 anos				
5 - 9 anos				
10 - 14 anos	1	—	—	1
15 - 19 anos	1	—	—	1
20 - 29 anos	3	—	—	3
30 - 39 anos	6	—	—	6
40 - 49 anos	4	—	—	4
50 - 59 anos	2	—	—	2
60 ou mais anos	1	—	—	1
Desconhecido	2	1	—	3
TOTAL	20	1	—	21

H — Homens

M — Mulheres

? — Ignorado

Os homens representam 95,2% dos casos, de acordo com o que se observa no total da Europa em que 92% dos casos são do sexo masculino.

61,9% dos casos são dos grupos etários 20-49 anos. No grupo etário 30-39 anos observaram-se 28,5% dos casos, percentagem inferior à observada no total da Europa em que se registaram 42% dos casos neste grupo etário

QUADRO 3 — SIDA — Distribuição por categorias de doença e número de mortes

CATEGORIA DA DOENÇA	CASOS	MORTES
IO	11 (52%)	2
SK	4 (19%)	1
IO + SK	4 (19%)	3
OUTRA	2*	—
DESCONHECIDA	—	—
TOTAL	21	6

IO - Infecção oportunista

SK - Sarcoma de Kaposi

* Casos de infecção generalizada pelo Mycobacterium tuberculosis

52,3% dos casos tinham uma ou mais infecções oportunistas, 19% Sarcoma de Kaposi só e 19% associações de infecção oportunista com Sarcoma de Kaposi. Na Europa verificaram-se, respectivamente percentagens de 65% (IO), 20% (SK) e 13% (IO + SK).

A patologia mais frequente é representada pelas infecções oportunistas, sós ou associadas ao Sarcoma de Kaposi.

As infecções oportunistas mais frequentemente encontradas foram a pneumonia por Pneumocystis carinii (5 casos, 1 associado a Sarcoma de Kaposi), Criptococos (2 casos, não associados a Sarcoma de Kaposi).

Foram ainda referidos casos de herpes zoster, candidíase

oral e traqueobrônquica, citomegalovírus.

O Sarcoma de Kaposi observou-se em 8 casos, 4 dos quais as sociados a infecções oportunistas.

A mortalidade é mais elevada nos casos em que há associação de infecções oportunistas com Sarcoma de Kaposi (75% dos casos em que a associação se verificou). No entanto, os números são ainda muito pequenos para conclusões definitivas

QUADRO 4 — SIDA — Distribuição Patologia/Grupos em risco

GRUPO DE RISCO	PATOLOGIA			TOTAL
	IO	SK	IO + SK	
Homossexuais ou Bissexuais	8*	3	3	14*
Tóxico-dependentes	—	—	—	—
Hemofilicos	1	—	—	1
Homo ou Bissexuais + Tóxico-dependentes				
TOTAL	9*	3	3	15

5 casos em Heterossexuais masculinos

1 caso em mulher

*Estão incluídos os 2 casos de infecção pelo Mycobacterium tuberculosis

66,6% observaram-se em homens homossexuais ou bissexuais (na Europa observaram-se 77,5% de casos neste grupo em risco).

Não se verificaram casos em tóxico-dependentes, situação oposta à que se observa em Itália (49% dos casos) e Espanha (43% dos casos)

NOTA — As referências à Europa reportam-se a 30. Setembro. 1985

oral e traqueobrônquica, citomegalovírus.

O Sarcoma de Kaposi observou-se em 8 casos, 4 dos quais as sociados a infecções oportunistas.

A mortalidade é mais elevada nos casos em que há associação de infecções oportunistas com Sarcoma de Kaposi (75% dos casos em que a associação se verificou). No entanto, os números são ainda muito pequenos para conclusões definitivas

QUADRO 4 — SIDA — Distribuição Patologia/Grupos em risco

GRUPO DE RISCO	PATOLOGIA			TOTAL
	IO	SK	IO + SK	
Homossexuais ou Bissexuais	8*	3	3	14*
Tóxico-dependentes	—	—	—	—
Hemofilicos	1	—	—	1
Homo ou Bissexuais + Tóxico-dependentes				
TOTAL	9*	3	3	15

5 casos em Heterossexuais masculinos

1 caso em mulher

*Estão incluídos os 2 casos de infecção pelo Mycobacterium tuberculosis

66,6% observaram-se em homens homossexuais ou bissexuais (na Europa observaram-se 77,5% de casos neste grupo em risco).

Não se verificaram casos em tóxico-dependentes, situação oposta à que se observa em Itália (49% dos casos) e Espanha (43% dos casos)

NOTA — As referências à Europa reportam-se a 30. Setembro. 1985

Entre os 19 casos que preenchem os critérios do CDC contam-se:

1. Português sexo masculino, 37 anos, bissexual
Emigrante em França desde 1968, onde adoeceu
2. Português, sexo masculino, idade desconhecida, homossexual
No Canadá de 1981 a 1984, onde adoeceu
3. Português (?), sexo masculino, 44 anos, heterossexual
Viveu 18 anos em Angola e 8 no Zaire
4. Portuguesa (?), sexo feminino, idade ignorada
Viveu em Angola (1972 a 1975) e no Zaire de 1980 a 1985
5. Cabo verdiano, sexo masculino, heterossexual
Notificado em França
6. 5 casos de portugueses em que são referidas viagens frequentes aos
Estados Unidos e vários países da Europa e África.

RESUMO DA SITUAÇÃO NA EUROPA EM 30.SETEMBRO.1985

1. Até 30.09.85 foram notificados 1573 casos, pelos 18 países participantes no Programa.

O maior aumento de casos, em relação a 30 de Junho, verificou-se na República Federal Alemã, França, Reino Unido e Itália.

Não foi declarado nenhum caso por 5 países participantes — Checoslováquia, Hungria, Islandia, Polónia e União Soviética.

As mais elevadas taxas por milhão de habitantes foram observadas na Suíça (11.8), Dinamarca (11.2) e França (8.5).

Em relação aos 15 países que notificaram a doença em Outubro de 1984 verificou-se um aumento do número de casos de cerca de 160%.

2. A patologia mais frequentemente observada foi a de infecções oportunistas (65% sós e 13% associadas ao Sarcoma de Kaposi); o Sarcoma de Kaposi, só, observou-se em 20% dos casos.

Verificaram-se casos de leucoencefalite (4), linfoma cerebral isolado (6), linfoma de Burkitt cerebral (3), linfoma não Hodgkin (7).

A mortalidade mais elevada verificou-se no grupo com infecção oportunista associada ao Sarcoma de Kaposi (59%).

3. Os homens representam 92% dos casos, com maior incidência no grupo 30-39 anos.

Observaram-se 36 casos em crianças abaixo dos 15 anos (24 cujos pais tinham SIDA ou pertenciam a grupos em risco; 5 hemofílicos, 5 que tinham recebido transfusões de sangue, 2 sem risco conhecido).

4. Observaram-se casos em:

- 1330 europeus, vivendo na Europa ou fora dela
- 39 originários das Caraíbas
- 157 originários de países africanos, especialmente Zaire e Congo
- 47 originários de outros países, principalmente do continente americano

5. 77,5% dos casos europeus observaram-se em homens homo ou bissexuais, 7% em toxico-dependentes, 4% em hemofílicos, 2% em indivíduos que tinham recebido transfusões de sangue, sem outros factores de risco, 7% não referem factores de risco e em 16 casos não se obteve qualquer informação.

Dos 39 casos das Caraíbas, 4 eram homossexuais, 34 não tinham factor de risco, 1 não se obteve informação.

Dos 157 casos africanos, 11 eram homossexuais, 5 tinha recebido transfusões de sangue, 1 era homossexual e toxico-dependente; em 124 não se detectou qualquer factor de risco e em 16 não se obteve informação.

Dos 47 casos de várias outras origens geográficas, 39 eram homossexuais, 2 eram homossexuais e toxico-dependentes, 1 era hemofílico, 2 não tinham factores de risco e em 3 casos não se obteve informação.

