

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

## SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

# SITUAÇÃO EM PORTUGAL EM 31 DE DEZEMBRO DE 1986

Documento da responsabilidade  
do Grupo de Trabalho da SIDA

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

JANEIRO DE 1987  
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE  
LISBOA

INFORMAÇÃO 4 / 86

Informação elaborada por  
J. TORGAL GARCIA, do C.V.E.D.T.

Agradecemos a colaboração de :

ELisa Machado,  
no tratamento dos dados da informação

Lígia Franco e José Manuel Gomes,  
na composição e impressão do texto

## 1 - SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

## SITUAÇÃO EM PORTUGAL EM 31 DE DEZEMBRO DE 1986

As notificações recebidas no Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, até 31 de Dezembro de 1986, totalizaram 46 casos de SIDA, segundo os critérios definidos pelo C.D.C. e pela O.M.S., e considerados como os válidos em Portugal ( ver Documentos nº 3 e nº 8 do C.V.E.D.T. ).

Como mostra o Quadro 1, no último trimestre de 1986 foram assinalados a este Centro 6 novos casos, tendo sido igualmente conhecido o óbito de um doente anteriormente notificado. Verifica-se assim, que durante o ano de 1986 foram notificados o dobro dos casos de 1985, havendo, actualmente, a assinalar uma mortalidade de 54 %.

QUADRO 1

## SIDA - Casos notificados

ano	casos	mortes
1983	1	—
1984	2	2
1985	15	6
1986		
1º trimestre	6	6
2º trimestre	4	2
3º trimestre	12	8
4º trimestre	6	1
total 1986	28	17
TOTAL	46	25

A quase totalidade dos casos verificou-se em indivíduos do sexo masculino, e, grosso modo, um em cada dois doentes tem entre 20 e 40 anos de idade. O Quadro 2 promenoriza a situação.

#### QUADRO 2

##### **SIDA - Distribuição por grupos etários e por sexo**

grupo etário	H	M	total
0 - 11 m	-	-	-
1 - 4 anos	-	-	-
5 - 9	-	-	-
10 - 14	1	-	1
15 - 19	1	-	1
20 - 29	10	1	11
30 - 39	14	-	14
40 - 49	10	1	11
50 - 59	3	-	3
mais de 60	3	-	3
desconhecido	2	-	2
total	44	2	46

#### QUADRO 3

##### **SIDA - Distribuição de casos e de mortes por tipos de doença**

tipos de doença	casos	mortes
Infecção Oportunista	30	16
Sarcoma de Kaposi	5	2
I. O. + S. de K.	8	4
Outras *	3	3
total	46	25

- \* a) leucoencefalopatia multifocal progressiva  
b) linfoma de células B  
c) leucoencefalopatia

As infecções oportunistas isoladamente, 65 % dos doentes, ou quando acompanhadas por Sarcoma de Kaposi, 17 % dos doentes, constituem a principal patologia observada. Em três casos verificou-se uma patologia menos frequente. O Quadro 3 apresenta a situação de forma detalhada.

No Quadro 4 assinalam-se os principais grupos de risco observados.

#### QUADRO 4

#### **SIDA - Distribuição por grupos de risco**

<b>grupo de risco</b>	<b>nº de doentes</b>	<b>% do total</b>
homo ou bissexuais masc.	29	63
tóxico - dependentes	3	7
hemofílicos	5	11
homo ou bissexuais + + tóxico - dependentes	-	
transfusionado *	1	2
desconhecido **	8	17
total	46	100

\* no estrangeiro

\*\* indivíduos não integrando nenhum dos grupos de risco assinalados;

3 residiam no Zaire há mais de 5 anos; um residia no Congo há 3 anos; 3 viajavam com frequência para a região equatorial africana.

#### **NOTA SOBRE OS CASOS NOTIFICADOS NO 4º TRIMESTRE DE 1986**

Caso a - homem, 28 anos, homossexual, residente na Suíça desde 1982; pneumopatia por *P. carinii*; candidíase orofaríngea, enterite por *Cryptococcus neoformans*.

( S. de D. Infecto - Contagiosas, H. de S. João, Porto )

Caso b - Homem, 28 anos, homossexual; pneumopatia por

*Pneumocystis carinii*.

( S. de D. Infecto - Contagiosas, H. de S. Maria, Lisboa )

Caso c - Mulher, 28 anos, tóxicomana; encefalite por

*Toxoplasma gondii*

( S. de D. Infecto - Contagiosas, H. de S. Maria, Lisboa )

Caso d - Homem, 52 anos, transfusionado, residente no Brasil;

esofagite a *Candida albicans*

( S. de D. Infecto - Contagiosas, H. de S. Maria, Lisboa )

Caso e - Homem, 36 anos, tóxicomano, heterossexual;

pneumopatia por *P. carinii*

( S. de D. Infecto - Contagiosas, H. de S. Maria, Lisboa )

Caso f - Homem, 44 anos, homossexual, viagens frequentes ao

estrangeiro, Europa; sarcoma de Kaposi.

( S. de Dermatologia, H. do Desterro, H.C.L., Lisboa )

## **Comentário à situação observada em Portugal, em 31 de Dezembro de 1986, no domínio da SIDA**

Face aos dados atrás assinalados, múltiplas questões se podem pôr. Porque nem todos os elementos colhidos são passíveis de explanação, dado que o conhecimento detalhado dos boletins de notificação nos permite uma visão global mais precisa que a reflectida na aridez dos números, e porque entendemos útil um comentário à situação actual da SIDA entre nós, fazemos, seguidamente, alguns juízos de valor, devidamente fundamentados.

Uma primeira questão, pertinente, interroga sobre a *verdade* das notificações, isto é, a sua correspondência à situação real. Tendo presente o intervalo de tempo, natural e necessário, que medeia o diagnóstico de um caso de SIDA, num Serviço hospitalar, e a sua completa documentação, indispensável para a efectiva notificação do caso, consideramos que a totalidade, ou a quase totalidade dos casos diagnosticados são aqueles que realmente foram objecto de notificação, e atrás se assinalaram. E, a gravidade clínica da Síndrome dificilmente passará despercebida aos Clínicos. A reduzida dimensão do País e da sua rede hospitalar, o bom relacionamento existente entre o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e os Directores dos Serviços hospitalares em que os doentes são internados, e o nosso sentimento, fruto de contactos frequentes, do interesse que todos põem no conhecimento global da situação real existente em Portugal, permitem-nos supor, que os elementos apresentados são uma imagem objectiva da SIDA em Portugal. É importante que assim seja, para que a planificação de medidas de Saúde Pública, de organização hospitalar e de dimensionamento laboratorial possam ser correctas e prover às necessidades presentes e futuras.



Uma segunda pergunta, consequente, questiona se, face aos elementos descritos, a situação em Portugal é, actualmente, preocupante. Em nosso entender, de momento, a situação que se observa em Portugal, no respeitante à SIDA, não é preocupante. Por várias razões:

a) a taxa de incidência observada, em dados cumulados, até 31 de Dezembro de 1986, de 4,2 casos por milhão de habitantes, é relativamente baixa; a taxa de incidência para o ano de 1986 foi de 2,9 casos por milhão de habitantes;

b) alguns dos factores de risco foram já eliminados ou objecto de rigorosas medidas de controle; é admissível afirmar que não se verificarão, entre nós, novos casos entre os hemofílicos, e que a possibilidade de contrair a infecção por via de uma transfusão sanguínea, é hoje muito baixa, digamos mesmo, teóricamente impossível, face às medidas de rastreio postas em prática nos Serviços de Sangue. O mesmo se pode afirmar para os hemodializados e os transplantados;

c) uma percentagem importante de doentes, 37 % ( 17 casos ), não residia em Portugal quando se infectou, só tendo regressado ao País em situações terminais da sua doença; duas facetas, significativamente relevantes, numa perspectiva de contagiosidade, decorrem deste facto: por um lado são casos importados, contraídos no estrangeiro; por outro, a muito degradada condição de saúde destes doentes quando do seu regresso a Portugal, faz presumir a não existência de contactos sexuais após a chegada ao País, não constituindo assim um factor de risco relevante.

d) até à presente data, em Portugal, apenas foram assinalados três casos de SIDA, 7 % do total, em toxicómanos; comparando com a situação na vizinha Espanha, onde 50 % dos casos notificados são de toxicómanos, a situação actual não é alarmante.

e) os elementos disponíveis, de ordem sociológica, fazem crer ser reduzida, entre nós, a população homossexual masculina, quando sujeita à comparação com a dos Estados Unidos da América; entendemos, assim, que os dados epidemiológicos de base obtidos nos E.U.A. e utilizados para esboçar o quadro evolutivo da epidemia - como o número médio de contactos sexuais por homossexual, o número de indivíduos infectados por doente, a percentagem de população em risco, por exemplo, não são reproduzíveis para aplicação directa entre nós.

Perguntar-se-á, então, se não há motivo para inquietação, isto é, se a SIDA não é um problema actual e urgente, prioritário, no domínio da Saúde Pública, em Portugal. Em nossa opinião, há múltiplos motivos para inquietação.

a) A SIDA é uma doença nova, infecto - contagiosa, de elevada letalidade, para a qual não há, actualmente, terapêuticas eficazes ; embora muito se tenha progredido no seu conhecimento - descoberta do seu / seus agentes etiológicos, das vias de contaminação, do tempo médio de incubação da infecção, dos grupos de risco, da importância dos portadores assintomáticos, da sua transmissão pela mãe ao feto, da existência de métodos serológicos de detecção de anticorpos - muito há ainda a saber, nomeadamente, no respeitante à sua prevenção, ao diagnóstico precoce e à terapêutica, por exemplo; entretanto, a sua difusão continua, e, apesar das actividades do Grupo de Trabalho da Sida, muito há a conhecer, um mundo de desconhecido existe a descobrir.

b) Malgrado que 37 % dos doentes se tenham, seguramente, infectado no estrangeiro, onde residiam, como atrás assinalámos, e 11% dos casos notificados sejam de hemofílicos , restam 52 % dos doentes,

os quais se terão infectado, por via sexual ou como tóxicomanos, em Portugal; estamos perante um quadro endémico, a contagiosidade interna é superior à importada.

c) As nossas relações privilegiadas com África, a importância das colónias de portugueses residentes na África Central, Zaire e Congo, principalmente, fazem temer que outros cidadãos portugueses venham aí a contrair a doença, e a possam transmitir entre nós. Este grupo de risco compreende já sete, 15 %, dos doentes notificados.

d) Os toxicómanos, pela sua condição, pela ambiência e mística características que os envolvem, em que o desrespeito pela própria saúde, sem temor à doença, é uma constante, pelo seu carácter associal, pela perseguição policial de que são objecto, são um grupo de risco de abordagem praticamente inviável, no respeitante à difusão e à aceitação de medidas preventivas da contagiosidade da SIDA. O ritual do partilhar das seringas é um exemplo da dificuldade de introdução de medidas de assépsia que cortem a cadeia de transmissão. O aumento progressivo de importância deste grupo de risco na Europa - 6 % dos doentes em Setembro de 1985 ( 90 casos declarados por 7 Países ), 12 % dos doentes em Setembro de 1986 (421 casos declarados por 12 Países ), sendo mesmo a situação alarmante em Espanha e em Itália ( 57 % dos casos ) - e o elevado número de toxicómanos que se injectam que se estima existirem em Portugal, 13 500, justificam uma particular atenção.

e) As débeis estruturas educativas e formativas do País, bem como o peso actuante dos tabús sociais, morais e religiosos, dificultam a informação, principalmente dos jovens, e a formação dos educadores e do pessoal de Saúde. Sendo a educação, a todos os níveis, a arma disponível, o meio primordial para evitar a difusão da epidemia, compreende-se o receio e a inquietação naturalmente decorrentes das dificuldades de efectivar programas de informação e educacionais junto dos grupos de risco, para os profissionais de Saúde, para os professores, para os jovens.

Os estigmas que Impendem sobre as doenças de transmissão sexual, e que são uma das causas primeiras do seu aumento de incidência, têm, no caso da SIDA, um peso acrescido.

Perguntar-se-á, então, que atitude tomar para, numa perspectiva de procurar obter a máxima vantagem da actualmente favorável situação que hoje existe em Portugal - comparativamente à generalidade dos países europeus, obviar ao estabelecimento de uma situação de difícil controle, de elevados custos humanos, sociais e económicos, que fazer para evitar um quadro epidémico de grande gravidade.

Em nosso entender, devem ser desenvolvidos esforços em três áreas fundamentais:

### 1 - EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO, FORMAÇÃO

- dos profissionais da Saúde, com uma especial atenção para os que maior contacto têm com a população, como os Clínicos Gerais, os Enfermeiros e os Assistentes Sociais;
- dos professores de todos os graus de Ensino;
- dos indivíduos integrando os grupos de risco;
- dos jovens;
- dos portugueses deslocando-se ou regressando de áreas de alta endemicidade, como os países da África Equatorial;
- do público em geral.

### 2 - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Incrementando a notificação dos casos de SIDA, reforçando as relações com os Serviços Hospitalares Interessados;
- estabelecendo programas de vigilância para os casos de Para - SIDA (AIDS- Related -Complex), e outros quadros clínicos relacionados com a Infecção pelo vírus H.I.V.;

- mantendo o rastreio sistemático de todos os dadores de sangue e de órgãos, dos hemofílicos e dos hemodialisados, bem como dos produtos derivados do sangue;
- efectuando rastreios em grupos populacionais com características particulares, como, por exemplo, os detidos em estabelecimentos prisionais;
- organizando programas de rastreio, da infecção pelos vírus H.I.V. e por L.A.V. 2, a título voluntário, para os cidadãos regressados de Países africanos;
- montar programas de vigilância epidemiológica de populações de alto risco, como os toxicómanos e as prostitutas;
- rastrear, sistematicamente as grávidas toxicómanas, assim como adoptar as medidas convenientes em relação ao feto ou aos filhos;
- estabelecer programas especiais de vigilância para os portadores assintomáticos, para os indivíduos seropositivos, para os contactos homossexuais e heterossexuais conhecidos de doentes ou de indivíduos seropositivos.

### **3 - PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES E DESENVOLVIMENTO DOS MEIOS DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

- Face à evolução previsível da epidemia em Portugal, providenciar para que os Serviço Hospitalares directamente envolvidos tenham a aptidão e os meios adequados às necessidades;
- Desenvolver e apetrechar humana e tecnicamente Laboratórios, para que haja capacidade de acompanhar os desenvolvimentos tecnológicos e científicos, de modo a possibilitar uma correcta resposta às solicitações dos clínicos e dos epidemiologistas.

