

Tuberculose nos Países de Língua Portuguesa (PLP)

A Fonseca Antunes*

Síntese

Os países e territórios de língua portuguesa representam, em conjunto, mais de 200 milhões de pessoas, estimando-se que tenham uma incidência de tuberculose 10 vezes a da União Europeia. Alguns milhões destas pessoas não têm acesso aos cuidados básicos de saúde nem estão ao alcance da ajuda humanitária externa. A pobreza e o baixo nível de desenvolvimento inviabilizam até as vias clássicas de implementação da estratégia da OMS, cujos objectivos estão longe de ser atingidos. Entre uma série de linhas de acção com o objectivo prioritário de reduzir a mortalidade por tuberculose, ressaltam quatro pontos que consideramos da maior importância estratégica e pertinência no futuro imediato: 1. Criação de instrumentos para a georreferenciação de casos de forma a eliminar os desperdícios da actuação indiscriminada; 2. Consenso entre os programas de luta contra a tuberculose e da SIDA, sobre a adopção das infraestruturas geradas pela da estratégia DOTS como um excelente modelo para aumentar o acesso aos antirretrovirais e de mais cuidados aos infectados pelo VIH; 3. Acesso de toda a população a regimes terapêuticos contendo Rifampicina; 4. Acesso de toda a população aos meios de diagnóstico extensivos à radiologia, tirando partido das vantagens logísticas das novas tecnologias.

Introdução

Consideramos nove países ou territórios que têm em comum o idioma Português. Estão dispersos por cinco das regiões de saúde da OMS: Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe na Região África, Brasil nas Américas, Macau na Região do Pacífico Ocidental, Timor Leste no Sudeste Asiático, e Portugal na Europa.

A informação disponível sobre a situação epidemiológica e sobre os programas de controlo nos PLP é muito variável, quer no tipo, qualidade e disponibilidade dos dados, pelo que a análise que efectuamos se baseia em diversas fontes, de que destacamos: 1. Relatório Global sobre a TB da OMS em 2002¹; 2. Consenso sobre morbidade e mortalidade publicada pela OMS em 1999²; 3. Relatório do Desenvolvimento Humano das Nações Unidas³. A consulta de relatórios nacionais ou sectoriais revela frequentemente discrepância nas definições de caso, definições de resultado e nos conceitos estratégicos, pelo que baseamos a nossa exposição nas definições internacionais revistas pela OMS/IUATLD/KNCV⁴.

Magnitude do Problema da TB

No seu conjunto, os PLP têm uma população de 215 milhões de pessoas, estimando-se que mais de 243,8 mil contraíam tuberculose activa (TB) todos os anos, 113,4 por 100000 habitantes, uma proporção 4 vezes superior à de Portugal e 10 vezes a da União Europeia. Entre os PLP, os dois mais populosos figuram na lista dos 22 países com os maiores problemas por TB no mundo (22 *High Burden Countries*): Brasil (15º lugar) e Moçambique (19º).

A incidências estimadas variam de 51/100000 em Portugal e 431/100000 em Moçambique (quadro 1). É também em Moçambique que a proporção de casos com coinfeção pelo VIH parece ser maior. A TB/SIDA é ainda muito frequente nos restantes PLP da África.

A proporção de casos de TB Multirresistente (TB MR), ou é desconhecida ou apresenta índices moderados. Apenas em Moçambique ultrapassa 3%.

PLP	Casos Estimados*	Taxa Estimada TB*	TB/SIDA (%)**	TB MR (%)***
Angola	36083	290	20	nd
Brasil	116182	68	11	0,9
Cabo Verde	777	182	25	nd
Guiné Bissau	3251	271	30	nd
Macau*	972	218	nd	2
Moçambique	79144	432	30	3,5
Portugal	5186	51	15	1,7
S Tomé e Príncipe	183	132	0	nd
Timor	nd	500	<10	nd

Quadro1. Casos de TB estimados, Taxa por 100000 habitantes, proporção de TB associada a Sida e Multirresistência por PLP. (*)Fonte WHO report 2002, excepto Timor (Ref World Health Organization. Project Progress Report to Commonwealth of Austrália, Maio de 2000.);(**)Fonte: WHO (Christ Dye) excepto Portugal (SVIG-TB) e Timor (Ministério da Saúde); (***)Fonte: WHO Global Project for Drug Resistance;(nd): dados não disponíveis.

* Coordenador Nacional do Programa de Controlo da Tuberculose em Portugal

A tendência da notificação de novos casos na última década, ou é estável com alto nível endémico (Brasil, Angola, Guiné Bissau, Moçambique e Macau), ou evidencia redução ligeira (Portugal e Timor), ou redução acentuada em Cabo Verde (quadro 5).

Os PLP, dispersos pelo mundo, sofrem de forma diversa a influência da evolução da TB e do desenvolvimento dos países vizinhos nessas mesmas regiões. Enquanto em Portugal e na Europa Ocidental, o risco de contrair TB reduziu para metade, nas últimas duas décadas o número de casos de TB aumentou 300 a 400% no conjunto dos países de alta prevalência de infecção VIH. De acordo com o relatório da UNAIDS⁵ no final de 2000 estima-se que mais de 36 milhões de pessoas estavam infectadas pelo VIH, dos quais 25,3 milhões vivem na África Sub-Shariana. É também nesta região que as taxas de casos de TB são mais elevadas⁶.

A situação dos PLP em relação à TB é extremamente diversa, assim como o são os seus estados de desenvolvimento humano (quadro 2), não permitindo um diagnóstico global comum, pressupondo-se, por isso perspectivas estratégicas bastante distintas. Os grandes determinantes para o diagnóstico e intervenção em cada país deverão se, em nosso entender: 1º. A taxa de mortalidade; 2º. A proporção de casos de TB associada a VIH/SIDA; 3º. O número absoluto de casos de TB e a extensão geográfica, e, 4º. As condições sociais e económicas primordiais para a saúde pública. No quadro 2 apresentam-se os países e as respectivas situações relativas à mortalidade por TB, à co-morbilidade com a Sida, ao peso dos números absolutos de casos incidentes, ordenados pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Verifica-se que, na generalidade dos casos, a gravidade dos problemas variam na razão inversa do IDH

PLP	Mortal por TB (%)**	TB/SIDA (%)**	Casos Estimados*	IDH***
Portugal	10	15	5186	0,880
Brasil	15	11	116182	0,757
Cabo Verde	28	25	777	0,715
S Tomé e Príncipe	24	0	183	0,632
Angola	31	20	36083	0,403
Guiné Bissau	35	30	3251	0,349
Moçambique	30	30	79144	0,322
Macau*	16	nd	972	na
Timor	nd	<10	nd	na

Quadro 2. Indicadores de mortalidade e morbilidade por PLP ordenados por IDH. (*)Fonte WHO report 2002, excepto Timor (Ref World Health Organization. Project Progress Report to Commonwealth of Austrália, Maio de 2000.)

(**)Fonte: WHO (Christ) excepto Portugal (SVIG-TB) e Timor (Ministério da Saúde)

(***)Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (PNUD 2002)

Em síntese, colocamos Angola e Moçambique destacados, por acumularem altos índices em todos estes determinantes, considerando-os, alvos prioritários de planos de acção de emergência fortemente apoiados:

1. **Mortalidade por TB** – Angola e Moçambique têm, segundo o projecto de monitorização da OMS, as maiores taxas de mortalidade, juntamente com a Guiné Bissau, Cabo Verde e São Tomé. Mortalidade mais elevada, só mesmo em outros países Africanos, particularmente a República Centro-Africana, o Zimbabwe e Malawi (as mais elevadas taxas de mortalidade por TB do mundo). Nestas regiões do globo os doentes coinfectedos têm 20 a 30 % de probabilidade de morrer nos primeiros 12 meses de TB activa. Estudos de autópsia revelam que a TB é a causa de mais de 1/3 das mortes por SIDA. Situação que pode ser significativamente modificada pelo uso de regimes contendo Rifampicina⁷, além da necessária articulação efectiva entre os programas da SIDA e TB, o que, mesmo na África acontece muito raramente⁸.

Referimo-nos a articulação, não só operacional, mas também estratégica.

2. **Proporção de casos com TB/SIDA** –Na África Sub-Sahariana, se a coinfeção não for controlada, os casos de TB duplicarão no decorrer da próxima década. Esta perspectiva obriga a antever um colapso total dos serviços de saúde (onde o próprio pessoal da saúde é vítima destas doenças), rotura do sistema produtivo e catástrofe social com a emergência de cerca de 40 milhões de órfãos. Angola e Moçambique, juntamente com a Guiné Bissau são, entre os PLP os países com maiores proporções de TB associada a SIDA (vidé quadro 2). De resto, a África Sub-Sahariana, onde estão inseridos, é, de longe a região com maior percentagem de pessoas coinfectedas pelo *Mycobacterium tuberculosis* e pelo VIH (cerca de 1,2% da população geral) e com a mais elevada proporção de casos de TB com VIH+ (32%). Em dez dos países desta

região, ultrapassa os 50%. Portugal é, provavelmente, dos PLPs não africanos, o que apresenta maior intercepção entre as duas epidemias: 15% dos casos de TB ocorrem em doentes de SIDA e 52% dos casos de SIDA têm a TB com doença indicadora⁹.

3. Número absoluto de casos de TB e a extensão geográfica – Não tendo as mesmas implicações humanitárias da mortalidade ou da prevalência da infecção VIH, a simples dimensão do problema é de importância crucial para os aspectos logísticos da implementação e expansão da estratégia de controlo (provisão de drogas, apoio laboratorial e radiológico, referenciação técnica e sistema de informação). O Brasil, apesar de ser um país com uma das mais baixas taxas de casos notificados, figura em 15º lugar no ranking mundial dos países com maior peso de TB (*22 High Burden Countries*), devido à sua extensão e número total de casos estimados (116 mil casos / ano). Moçambique é o outro PLP pertencente ao grupo *22 High Burden Countries*, em 19º lugar. Entre os PLPs, o Brasil e Moçambique e Angola reúnem um número estimado de 233,4 mil casos / ano, ou seja, 96% do conjunto. A secção AFRO da OMS tem um sistema próprio de classificação dos países quanto à prevalência e dimensão populacional¹⁰. Neste sistema, Todos os PLP da África Sub – Sahariana estão incluídos no grupo 3 (o de mais alta prevalência).

PLP	População*	Casos Estimados*	Taxa Estimada TB*	Taxa TB Notif*
Portugal	10116000	36083	51	42
Brasil	170406000	116182	68	47
Cabo Verde	427000	777	182	nd
S Tomé e Príncipe	138000	3251	132	70
Angola	13134000	972	290	122
Guiné Bissau	1199000	79144	271	106
Moçambique	18292000	5186	432	116
Macau*	437500	183	218	101
Timor	750000	nd	500	nd

Quadro 3. Casos de TB estimados, Taxa por 100000 habitantes, proporção de TB associada a Sida e Multirresistência por PLP. ()Fonte WHO report 2002, excepto Timor (Ref World Health Organization. Project Progress Report to Commonwealth of Austrália, Maio de 2000;(nd): dados não disponíveis*

A magnitude e extensão territorial são factores determinantes para a gestão dos recursos. A tuberculose não se distribui uniformemente – tende a concentrar-se em aglomerados maiores ou menores que interessa identificar para focalizar a intervenção. De outra forma, uma intervenção eficaz é insustentável, principalmente em territórios como os de Angola, Brasil ou Moçambique. Em Portugal, depois de se dispor dum Sistema de Identificação Geográfica (SIG), foi possível concluir que as populações de alto risco, com mais de 100 casos por 100 mil habitantes¹¹, correspondem a apenas 1,4% do território e que em 60 % das freguesias não foi notificado um único caso nos últimos três anos (1999-2001). A colaboração dos serviços militares pode ser de grande valor para a aplicação do SIG nos grandes países com graves sequelas de guerras civis.

4. Determinantes primordiais para a Saúde Pública – O advento das drogas antituberculosas potentes, o apoio da OMS e da UICT, e os resultados dos famosos estudos de MADRAS¹² no início da década de 60, na Índia, fizeram crer que, mesmo em nas condições sociais e económicas mais difíceis, era possível controlar a TB. Previu-se mesmo que a TB seria irradicada por volta do ano 2000. Hoje percebemos que, onde as condições primordiais para a saúde não existem, a situação relativa à TB está pior do que então. Estão bem documentadas as relações entre a pobreza e a TB: 1. maior risco de infecção; maior risco de desenvolvimento de TB activa; menor oportunidade de diagnóstico e tratamento oportunos. A fome, a guerra, o crescimento populacional e a deslocamentos em massa de refugiados são factores de insucesso da luta contra a tuberculose que atingiram recentemente várias áreas dos globo incluindo alguns dos PLP, com especial incidência em Angola, Guiné Bissau e Timor, afectando drasticamente o acesso ao tratamento completo, ao diagnóstico radiológico e bacteriológico¹³.

Outros condicionalismos a obstaculizar o sucesso do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNT) e a influência da estratégia da OMS, são:

1. O crescimento anual da população, com maior expressão na Guiné–Bissau e Moçambique;
2. A concentração nos subúrbios das grandes cidades de que se destaca o Brasil (81% da população reside em meio urbano);
3. Deficiências nos meios de telecomunicações básicas – as linhas telefónicas em Portugal, são por cada 1000 habitantes duas vezes mais do que no Brasil e cem vezes as de Angola, Cabo Verde ou Moçambique;
4. O compromisso governamental em

relação à saúde - em Portugal a despesa da Saúde é 5,1% do PIB, no Brasil 2,5, em Moçambique 2,8 e Cabo Verde 1,8.

A associação da epidemia de TB com o estado de desenvolvimento dos países está bem expressa no quadro 4, onde se comparam os PLP quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) com a incidência estimada e com a mortalidade.

PLP	Taxa Estimada TB 2000*	PIB/Capita 2000 US\$	Alfabetização Adultos 2000 (%)	Médicos 1998 Ratio/100000
Portugal	51	17290	92,2	312
Brasil	68	7625	85,2	127
Cabo Verde	182	4863	73,8	17
S T e Príncipe	132	1792	nd	47
Angola	200	2187	nd	8
Guiné Bissau	349	755	38,5	17
Moçambique	432	854	44	6
Macau	218	nd	nd	nd
Timor	500	nd	nd	nd

Quadro 4. Taxa de casos de TB estimados 100000 habitantes e indicadores de desenvolvimento humano por PLP. (*)Fonte: World Health Organization . WHO Report 2002; (**) Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2002;(nd): dados não disponíveis.

Objectivos Programáticos Prioritários para o progresso dos PNT

O objectivo prioritário dos programas para controlar a TB é a Cura dos casos infecciosos. Para atingir a meta proposta pela OMS é necessário manter em funcionamento “uma máquina de cura” de forma a garantir sucesso terapêutico em, pelo menos, 85% dos casos. Para a redução efectiva da força de infecção, o segundo objectivo é detectar o máximo número de casos possível, para reduzir ao mínimo os casos não diagnosticados / não tratados, que, no seio da comunidade constituem “as cifras negras” da situação epidemiológica, inacessível directamente, e cuja magnitude é habitualmente negligenciada pelos gestores dos programas. A proposta da OMS para todo o mundo é a detecção de mais de 70% dos casos infecciosos, ou seja, obtenção dum sistema de detecção, basicamente, detecção passiva, que alimente a “máquina de cura”. Desde Karel Styblo que estas metas mínimas se mantêm incontestadas como meio indispensável para inverter a tendência negativa da TB.

A taxa de sucesso terapêutico dos casos infecciosos, indicador essencial para monitorizar o progresso dum PNT, está ainda aquém das metas desejadas em quase todos os PLP (quadro 5). Apenas Portugal relatou resultados com mais de 85% de sucesso a partir de 1999^{14 15}. Dos restantes PLP que monitorizam os resultados do tratamento, a taxa de sucesso terapêutico varia de 37% (Guiné Bissau) a 81% (em S Tomé e Príncipe e Macau). De Angola, Cabo Verde e Timor não temos dados disponíveis.

PLP	Acesso DOTS Pop (%)*	Suc Terapêutico (%)*	Taxa Detecção (%)*	Tend notifs*
Portugal	100	85	80	Redução (-)
Brasil	7	51	79	Estabilizada
Cabo Verde	30	nd	nd	Redução (-)
S T e Príncipe	0	85	37	nd
Angola	0	nd	57	Estabilizada
Guiné Bissau	95	35	37	Estabilizada
Moçambique	100	71	40	Estabilizada
Macau	100	81	30	Estabilizada
Timor	<30	nd	nd	Redução

Quadro 5. Sucesso terapêutico e capacidade de detecção de casos novos de TB infecciosa, estadió declarado de implementação da DOTS e tendência da evolução de casos notificados por PLP. (*)Fonte WHO report 2002, excepto Timor (Ref World Health Organization. Project Progress Report to Commonwealth of Austrália, Maio de 2000) e excepto tendência de notificações¹⁶.

A taxa de detecção, calculada com base no valor da incidência estimada, por diversos métodos (Chris Dye¹⁷) dá uma imagem do peso dos casos nunca tratados, causa principal de manutenção da epidemia. Dos dados disponíveis conclui-se apenas que Portugal e o Brasil atingiram e ultrapassaram a meta OMS. As baixas taxas de detecção que se verificam em vários países, traduz provavelmente deficiência de implementação efectiva da estratégia DOTS, centrada tendencialmente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Da conjugação dos dois objectivos (cura e detecção), resulta que a situação ideal só foi ainda atingida por Portugal desde 1999.

A Prevenção do desenvolvimento da resistência, mais precisamente a multirresistência (MR) aos antibacilares é o 3º objectivo programático em Portugal. Os países ou regiões em que as resistências não têm ainda expressão muito importante (MR<3%) deverão investir o máximo na prevenção. A resistência aos antituberculosos (AT) é uma ameaça muito séria em vários países do mundo, particularmente na América Latina e Leste Europeu. Porém, desenvolveu-se em todo o mundo, em parte, devido ao progresso desordenado dos PNT com mau uso da acessibilidade aos AT mais potentes (Isoniazida e Rifampicina) gerando-se a TB Multirresistente (MR). A MR não é um problema sério, por enquanto, na África Sub-Sahariana¹⁸. Mas é um risco potencial, sobretudo em regiões sem condições para o uso das drogas de 2ª linha. Dos dados disponíveis, entre os PLP, Moçambique parece ser o país com maior proporção de casos de TB MR (quadro 1).

Estratégia Global de Controlo da TB - DOTS

Em termos gerais, consideramos que, apesar das diferentes situações sócio-económicas, de força de infecção e da magnitude da TB nos PLP, a implementação da Estratégia DOTS da OMS^{19 20} é condição indispensável para haver progresso no controlo da TB. A OMS e a UNAIDS recomendam a rápida expansão da DOTS.

O que é a DOTS? É um pacote de cinco medidas que encerram o princípio chave de incrementar o uso de regimes de tratamento standardizados, dispensados num ambiente de apoio assistencial amigável e atractivo para os doentes, com toma observada directamente, para maximizar a adesão e reduzir a resistência.

A efectiva implantação da estratégia DOTS está dependente de certos pilares estruturais²¹ e da difusão da chamada cultura DOTS entre os profissionais da saúde.

A expansão da DOTS é um questão vital nos países de África não só para curar os casos de TB, mas também para se organizar a infraestrutura nos seio das comunidades, para a futura provisão das drogas antiretrovirais para os doentes por VIH²². Nos PLP a efectiva implementação da DOTS é muito variável e provavelmente inferior à declarada. Alguns países assumem que os “Serviços DOTS” só parcialmente cobrem as respectivas populações (quadro 6).

PLP	Microscopia	Trat. Curto	TOD	Monitor Resultados
Angola	Algumas áreas	Algumas áreas	Algumas áreas	Algumas áreas
Brasil	Todo Território	Todo Território	Algumas áreas	Todo Território
Cabo Verde	Todo Território	Todo Território	Todo Território	Algumas áreas
Guiné Bissau	Todo Território	Todo Território	Todo Território	Algumas áreas
Macau	Todo Território	Todo Território	Todo Território	Algumas áreas
Moçambique	Todo Território	Todo Território	Todo Território	Todo Território
Portugal	Todo Território	Todo Território	Todo Território	Todo Território
S Tomé e Príncipe	Todo Território	Todo Território	Todo Território	Não implementada
Timor	Algumas áreas	Algumas áreas	Algumas áreas	Algumas áreas

Quadro 6. Implementação dos principais componentes técnicos da DOTS por PLP. Fonte WHO report 2002, excepto Timor, Cabo Verde e Macau (Informação do director do PNT). TOD:Toma Observada Directamente.

Porém o forte peso da epidemia da Sida implica, por outro lado, que, em alguns países de África, além da implementação da DOTS se proceda ao redesenho dos regimes de tratamento curativo e preventivo, assim como a criação de condições básicas para o desenvolvimento de investigação, pelo menos a que designamos por operacional, baseada na análise do processo e dos resultados.

As complicações geradas pela a epidemia VIH/SIDA no tratamento da TB, devem-se a uma multiplicidade de mecanismos²³, e afectam com expressão maior os países de África Sub-Sahariana onde se situam cerca de 70% dos caos de SIDA do mundo e onde a TB atinge os mais elevados níveis de prevalência, com um aumento anual de 10% da tuberculose em geral, e um crescimento desproporcional da TB pulmonar com microscopia negativa.

Este enorme crescimento associado a altos índices de co-morbilidade (infecções respiratórias, diarreia recorrente, candidíase, criptococose e sarcoma de Kaposi), conferindo maior dificuldade de monitorizar, veio tornar mais gravosa a prática usual, naqueles países, de internamento hospitalar (com a duração de 2 ou 3 meses para, pelo menos assegurar a fase inicial do tratamento), na maioria das vezes em condições de sobrelotação grave com elevadíssimo risco de infecção nosocomial. Os regimes terapêuticos “clássicos” implicam maior

risco de efeitos secundários graves pela inclusão da Tiacetazona e riscos de transmissão por picada com o largo uso da Estreptomicina. Os condicionalismos deste aumento de incidência e complicações atinge particularmente as populações da Guiné Bissau, Angola e Moçambique.

Estratégias específicas

Nestes países em situação grave, a par da expansão da DOTS é imperativo desenvolver esforços para enfrentar prioritariamente alguns desafios específicos, para os quais os conhecimentos da epidemiologia clássica não dão respostas claras, pressupondo a criação de condições logísticas para a investigação operacional, em exercício da assistência, e para estudos controlados e de epidemiologia molecular. Em nossa opinião, dos desafios específicos a que nos referimos são prioritários:

1. Redução de alta mortalidade por TB/SIDA;
2. Redução das taxas de casos recorrentes da TB;
3. Protecção dos VIH+ pelo risco acrescido de desenvolver TB activa;
4. Criação de formas inovadoras para a descentralização dos cuidados à TB.

Redução da alta mortalidade por TB/SIDA – independentemente dos diferentes níveis de implementação de programas de tratamento específico dirigido à SIDA (HAART) (Depois de VIII conf. Mundial da AIDS em 2000 há clara intenção dos países ricos tentarem melhorar o acesso aos antirretrovirais nos países em desenvolvimento), as linhas força para a redução da mortalidade parece assentar em 2 vertentes: expansão dos regimes terapêuticos da TB com Rifampicina e a disponibilidade de tratamento coadjuvante: tratamento para a anemia²⁴, corticoterapia^{25 26}, cotrimoxazol²⁷ etc. A expansão dos regimes terapêuticos potentes prende-se, em grande parte com a capacidade de aquisição e dispensa das drogas até ao final do tratamento. No sentido de ultrapassar estas e outras dificuldades para o controlo efectivo da TB nasceu no seio da OMS a iniciativa STOP TB²⁸ (www.stoptb.org) que inclui, entre sete grupos de trabalho em parceria, o “Global Drug Facility” (GDF) criado em 24 de março de 2001 para aumentar o acesso às drogas antituberculosas e acelerar a expansão da DOTS. Até à data, 11 países estão já a receber drogas via GDF, e outros 10 passarão a receber muito em breve. O acesso das populações às drogas antituberculosas é ainda muito deficiente em largas áreas dos PLP, conforme o resultado de um inquérito que realizamos, pelo que, o recurso ao GDF pode constituir um passo decisivo para a efectiva implementação da DOTS. A existência em cada país de um PNT bem estruturado é obviamente um factor facilitador para beneficiar deste apoio. O GDF, mediante um mecanismo de gestão eficiente de “Farmácia Virtual” obteve uma redução significativa dos custos do tratamento standard de 6 a 8 meses para menos de 10 US\$. A maior parte dos países em desenvolvimento pagam o dobro, e por vezes o triplo ou o quádruplo deste custo²⁹.

Redução das taxas de casos recorrentes da TB – objectivo da máxima importância pelo risco de emergência de casos crónicos intratáveis, mas que, pela magnitude do problema, e ao contrário do que se passa nos países de baixa prevalência, precisa de se suportar em dados de investigação local para discernir entre o predomínio da recorrência por reactivação e o da recorrência por reinfeção. Em qualquer dos casos é preciso assegurar a dispensa de tratamentos estandardizados, potentes, aos casos novos. Para os retratamentos, nas regiões com predomínio de recaída, adoptar os “Regimes Standard da OMS para os Retratamentos”. Se a situação local for de elevada taxa de reinfeção, a opção estratégica pode ser a do uso dos mesmos regimes para os primeiros e para os segundos tratamentos, ao mesmo tempo que se investe na prática de prevenção secundária com Isoniazida após a cura clínica.

Protecção dos VIH+ pelo risco acrescido de desenvolver TB activa - O tratamento preventivo com H nos VIH+ com Mantoux positivo é benéfico, pelo menos a curto e longo prazo³⁰. O tratamento preventivo secundário pós-tratamento dos casos de TB activa, com Isoniazida, mostrou-se vantajoso nos VIH+, conforme evidencia um estudo recente nos Haiti, aplicado após regimes de 6 meses contendo Rifampicina. Em Portugal, onde há regiões com proporção de casos de TB associada ao VIH é superior a 25%, estas medidas de quimioprevenção não estão sistematizadas, incompreensivelmente, procedendo-se ainda individualmente, com uso de tratamentos preventivos em situações muito pontuais. Dos restantes PLP temos conhecimento de que a quimioprevenção nos VIH+ é praticada sistematicamente, apenas em Macau.

Criação de formas inovadoras para a descentralização dos cuidados à TB - Há imenso trabalho a desenvolver neste âmbito. É absolutamente necessário desenvolver projectos de demonstração que permitam investigar a sua exequibilidade de acordo com as especificidade de cada país, com os seguintes objectivos: 1. a manutenção de capacidade de monitorização; 2. segurança e bom uso de Rifampicina; 3. escolha dos regimes mais aplicáveis com o mesmo resultado e 4. Impacto-social e económico para os doentes e familiares e comunidade. Uma das abordagens com possível sucesso á do sistema “COMBI” (Communication for Behavioural Impact), sistema desenhado para a eliminação da lepra na Índia e Moçambique, e prevenção da filiríase e do dengue em vários países, e que parece ser aplicável ao controlo da TB nos países de muito alta prevalência. Não conhecemos profundamente este projecto mas parece-nos do maior interesse e devemos atender ao incitamento do Dr Jacob Kamaresan (STOP TB) para a sua expansão.

Investigação Biomédica e Social

São vários os pressupostos que justificam um vasto programa de investigação adequado a países de alta prevalência mas interessa definir as prioridades da investigação operacional, dos estudos controlados, e dos estudos epidemiológicos e dos estudos da área das ciências sociais. Estudos operacionais para a adequação dos regimes terapêuticos e tratamentos coadjuvantes em ambulatório versos hospital, com bom uso dos dados históricos e comparações inter-regionais; Estudos controlados para a terapêutica preventiva e coadjuvante; Estudos epidemiológicos clássico e molecular para a investigação da recorrência e resistência; Estudos na área das ciências sociais são de importância crítica para perceber o impacto e receptividade para os cuidados descentralizados.

No âmbito da investigação operacional, é de particular pertinência, a análise aplicacional de sistemas de gestão das actividades de detecção activa de casos envolvendo populações alvo numerosas, baseados em algoritmos de procedimento, passo a passo, no qual, cada passo é explicitamente declarado, de forma que um problema possa ser resolvido “cegamente” por um pessoal treinado mas pouco diferenciado. Em Portugal, está em implementação um destes sistemas para acompanhamento dos rastreios sequenciais em Reclusos, toxicodependentes e contactos recentes de doentes bacilíferos³¹, podendo ser aplicado num largo espectro de situações de risco.

Controlo da tuberculose nas pessoas deslocadas entre os PLP

Sem prejuízo da valorização de queixas que levem as pessoas a procurar os serviços de saúde e que, no espírito da estratégia DOTS, poderão motivar a realização de exames, sem constrangimentos de natureza legal, administrativos, ou discriminatórios, a abordagem de populações deslocadas deve ser diferente conforme se trata de visitantes, imigrantes ou refugiados.

Visitantes

Seja qual for o gradiente entre a prevalência do país de origem e a do país receptor, não recomendamos qualquer medida activa nos visitantes (estadia inferior a 6 meses, excluída a condição de refugiado).

Refugiados

A actuação nos refugiados depende, como é obvio, das condições do país acolhedor. Se se trata de refugiados num país de médio ou alto desenvolvimento, recomendamos o rastreio radiológico (tele ou microrradiografia do tórax) aos refugiados, duas vezes em cada ano de permanência. Devem reservar-se os testes bacteriológicos apenas para as pessoas com imagens radiológicas suspeitas de TB ou com infecção VIH. Os testes tuberculínicos para as crianças em contacto recente com TB. Os casos com resultados positivos ou duvidosos devem ser referenciados aos serviços de saúde competentes em TB para decisão terapêutica individual. Se na região acolhedora as condições forem muito más, há que contar com a variedade de problemas muito graves, para além da TB e a escassez extrema de meios. É o caso paradigmático do que se passou nos últimos anos em Moçambique, Angola e Timor. Nestas condições, a pesquisa centra-se no exame microscópico da expectoração dos casos que, por critério sumários, são suspeitos.

Imigrantes

Os gradientes de prevalência de TB entre os PLP fazem com que as medidas de de vigilância especiais na imigração entre eles só tenham justificação quando o país receptor for Portugal ou Brasil e quando e o país de origem for qualquer dos outros.

Se o país de origem tem incidência estimada 4 ou mais vezes que o país receptor, os imigrantes deverão ser radiografados, mesmo se estiverem assintomáticos, no contexto dos cuidados de saúde primários, ou em consulta de oportunidade, inclusivamente quando acorram ao serviço de urgência. Às crianças com menos de 16 anos deverá ser, também, o feito teste tuberculínico. Os casos com resultados positivos ou duvidosos devem ser referenciados aos serviços de saúde competentes em TB para decisão terapêutica individual. Não há qualquer vantagem em programa de rastreio na fronteira, à entrada e as medidas de rastreio na origem não parecem realistas.^{32 33}

Se o país de origem tem incidência estimada inferior a 4 vezes a do receptor, os testes para a TB ficam reservados para as pessoas que referem sintomas sugestivos (com particular ênfase para os que referem tosse há mais de 3 semanas), ou seja, desencadeia-se o processo para a detecção passiva.

- ¹ World Health Organization . WHO Report 2002: Global Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/2002.295.
- ² Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC, for the WHO Global Surveillance and monitoring Project Global Burden of Tuberculosis: Estimated Incidence, Prevalence, and Mortality by Country. JAMA 1999; 282(7):677-686
- ³ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2002. Mensagem, Serviço de Recursos Editoriais, Edição em Língua Portuguesa, 2002. <http://.undp.org/undp/hdro>
- ⁴ World Health Organization, International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases and the Royal Netherlands Tuberculosis Association. Revised International Definitions in Tuberculosis Control. Int Tuberc Lung Dis, 2001; 5(3): 213-215.
- ⁵ 02-UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS Epidemic update: December 2000. Geneva, Switzerland:UNAIDS,2000.
- ⁶ Harries AD, Hargreaves NJ, Salanifoni FM. Design of regimens for treating tuberculosis in patients with HIV infectin with particular reference to Sub-Saharan Africa. Int Tuberc Lung Dis, 2001; 5 (12): 1109-1115.
- ⁷ Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC, for the WHO Global Surveillance and monitoring Project Global Burden of Tuberculosis: Estimated Incidence, Prevalence, and Mortality by Country. JAMA 1999; 282(7):677-686
- ⁸ Stop TB Partnership. World Health Organization. The Global Plan to Stop Tuberculosis. WHO/CDSTSTB/2001.16. Geneve: WHO,2002.
- ⁹ Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, Infecção VIH/SIDA: A situação em portugal, 30 de Junho de 2002, Doc 128, Centro de Vigilância das Doenças Transmissíveis, INSA, 2002.
- ¹⁰ Wilfred Nkhoma. AFROTB Burden Country Gruping. TB/AFRO; WHO (informação não publicada)
- ¹¹ Clancy L, Rieder HI, Enarson Da, Spinaci S.Tuberculosis Elimination In The Countries Of Europe And Other Industrialized Countries (Report). Eur Respir J, 1991;4:1288-95
- ¹² Toman K. Tuberculosis, Case-Finding and Chemotherapy. Ed. WHO, Geneva 1979.
- ¹³ *Ref World Health Organization. Project Progress Report to Commonwealth of Austrália, Maio de 2000.*
- ¹⁴ Direcção Geral da Saúde. Dia Mundial da Tuberculose, 2002. DGS, 2002
- ¹⁵ World Health Organization . WHO Report 2002: Global Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/2002.295.
- ¹⁶ Hijjar MA, Oliveira MJPR, Teixeira GM. A Tuberculose no Brasil e no Mundo. Bol Pneum Sanitária 2001; 9 (2):9-20.
- ¹⁷ Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC, for the WHO Global Surveillance and monitoring Project Global Burden of Tuberculosis: Estimated Incidence, Prevalence, and Mortality by Country. JAMA 1999; 282(7):677-686
- ¹⁸ Pablos-Mendez A, Raviglione MC, Laslo A, et al. Global Surveillance for antituberculosis- drug resistance, 1994-1997. N Eng J Med 1998; 338:1641-1649.
- ¹⁹ World Health Organization. WHO Tuberculosis Programme Framework for effective Tuberculosis Control. WHO/TB/94.179. Geneve: WHO,1994.
- ²⁰ Maher D, Mikulencak M. What is DOTS? A Guide to understanding the WHO – Rcommended TB Control Strategy known as DOTS.WHO/CDS/TB/99.270. Geneva: WHO, 1999
- ²¹ World Health Organization . Report on a WHO Meeting, Helsinki, Finland 8-10 June 2000. Doc. EUR/00/5017613
- ²² Lee, Jong-Wook (Director do Departamento STOP TB na OMS – Press Release 21, Abril 2001.
- ²³ Raviglione MC, Harries AD, Msiska R, Wilkinson D, Nunn P. Tuberculosis and HIV: Current status in Africa. AIDS 1997; 11 (suppl B): S115-S123
- ²⁴ Gilks CF, Brindle RJ, Otieno LS, et al. Life treating bacteraemia in HIV-1 sero-positive adults admitted to hospital in Nairobi, Kenya. Lancet 1990; 336: 545-549.
- ²⁵ Ellis ME, Webb AK. Cause of death in patients amitted to hospital for tuberculosis tuberculosis. Lancet, 1983; I: 665-667.

-
- ²⁶ Alzeer AH, FitzGerald JM. Corticoides and Tuberculosis: Risks and use in adjunct therapy. *Tuberc Lung Dis* 1993; 74: 6-11.
- ²⁷ Provisional WHO/UNAIDS secretariat recommendations on the use of cotrimoxazol prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2000.
- ²⁸ www.stoptb.org
- ²⁹ Jacob Kumaresan. Secretário Executivo para o STOP TB. Conferência plenária no 33ª Conferência Mundial da IUATLD, Montreal, 2002.
- ³⁰ Wilkinson D, Squire SB, Garner P. Effect of preventive treatment for tuberculosis in adults infected with HIV: systematic review of randomised placebo controlled trials. *BMJ* 1998; 317:625-629.
- ³¹ Direcção Geral da Saúde. Sistema de vigilância de populações de alto risco:SVIG-ALTORISCO. DGS 2002.
- ³² Verver S, Bwire R, Bordonoff MW. Screening for pulmonary tuberculosis among immigrants: estimated effect on severity of disease and duration of infectiousness. *Int J Tuberc Lung*: 2001; 5(5):419-425.
- ³² Hargreaves S, Holmes A, Friedland JS. Refugees – Europ’s health-care lottery. *Lancet*, 2001; 357: 1434-35.