

# SIDA A VISÃO DE ÁFRICA\*

MARIA HELENA FONSECA DE VICTORIA PEREIRA

## RESUMO

São apresentados os dados epidemiológicos da SIDA em África, considerando as suas diversas zonas. Analisam-se os aspectos clínicos e de diagnóstico da infecção HIV em África, com base na definição de SIDA de Bangui (1986), cujos critérios se apresentam. Discute-se o tratamento e o seguimento do doente com infecção por HIV no contexto Africano. São depois comentados alguns dados da situação da SIDA em Angola.

## SUMMARY

### AIDS in Africa

Epidemiological data on AIDS in several zones in Africa is presented. The clinical and diagnostic aspects of HIV infection in Africa, based on the definition of Bangui's AIDS (1986), are analysed and the criteria is presented. The treatment and *follow-up* of a patient with infection by HIV in the African context is discussed. Reference is then made to some data on the status of AIDS in Angola.

\* Comunicação apresentada nas Jornadas Médicas Luso-Brasileiras, Africanas. Lisboa, Ordem dos Médicos. Novembro de 1994.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Desde o fim dos anos 70 até 30 de Junho de 1994, foram notificados à OMS 985.1119 casos de SIDA, dos quais 331.376 de África (33,5%).

Considerando no entanto, os casos não diagnosticados, as sub-notificações e os atrasos nas notificações e com base nos dados recolhidos no resto do mundo, a OMS calcula que tenha havido cerca de 4.000.000 de casos de SIDA (em adultos e crianças) desde que a pandemia começou, dos quais **67% ocorreram em África (Gráfico 1)**.

Calcula também a OMS que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) incluindo a SIDA tenha ocorrido em **16.000.000 de adultos** e cerca de **1.000.000 de crianças** de todo o mundo.

África teria tido até 30 de Junho de 1994, por estes cálculos, cerca de 10.100.000 casos de infecção de HIV em adultos e 80 a 90% das infecções por HIV em crianças a nível mundial.

A **África Subsahariana** é a mais atingida pela pandemia, especialmente nos países da **África Central e Oriental**, seguida dos países da **África Austral**.

A África Ocidental (exceptuando o Ghana e a Côte d'Ivoire) parece estar menos atingida (*Fig. 1*).

Na África Central predomina o VIH-1 e na África Ocidental predomina o VIH-2.

As notificações e os estudos feitos em África revelam um aumento progressivo do número de casos de infecção por HIV e SIDA. Se há anos atrás a infecção por VIH era considerada um problema essencialmente de centros urbanos, há dados recentes de um aumento do número de casos também em áreas rurais.

O modo de transmissão da infecção por HIV em África é **predominantemente sexual**.

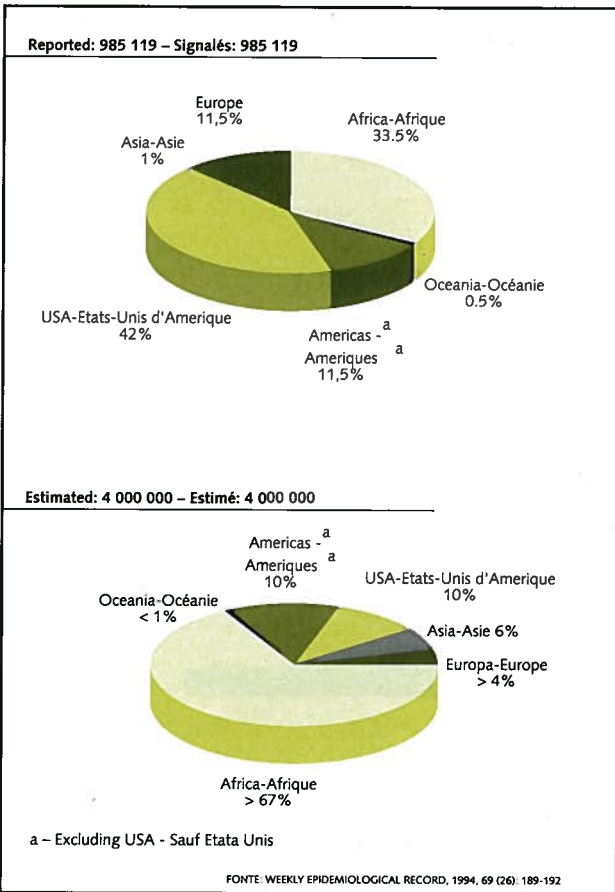
**85 a 90%** das infecções em adultos e adolescentes ocorrem por meio de relações heterossexuais.

A **transmissão por sangue contaminado** é responsável por cerca de 10% dos casos.

Há poucos dados sobre a transmissão da infecção por **material infectado** como agulhas, seringas e material usado em medicina convencional ou tradicional. Há no entanto factores que indicam que esse modo de transmissão não se pode desprezar.

A transmissão vertical **transplacentária** é apontada como relacionável com menos de 3%, mas os estudos sobre este modo de transmissão são ainda insuficientes e por lado, 25 a 30% dos casos mais recentes de SIDA registados em crianças ocorreram em crianças de **menos de 5 anos** de idade.

Os estudos de seroprevalência feitos em diversos países de África mostram que a população mais atingida é a de **adolescentes e adultos** em idades que correspondem a um período de actividade sexual (15 aos 49 anos).



Graf. 1 – Número total de casos de Sida em adultos e crianças desde o fim dos anos 79/ Início dos anos 80 até metade 1994

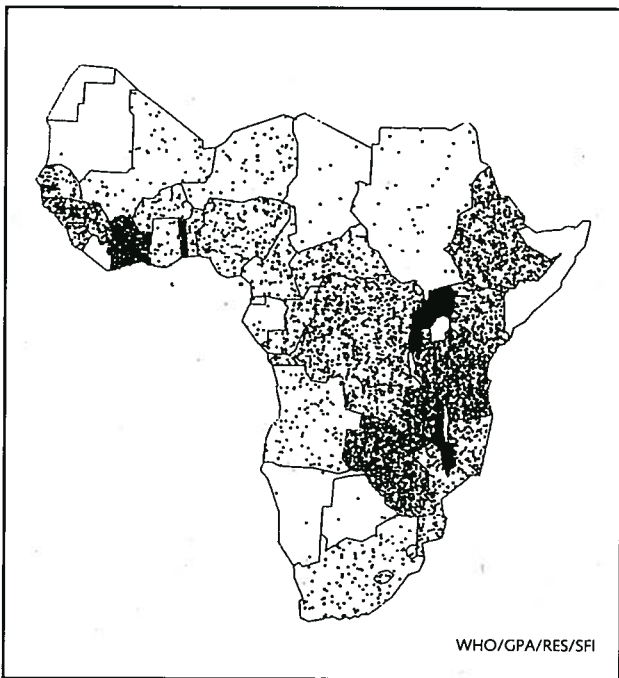


Fig. 1 – Estimativa de casos de Infecção por VIH acumulados na África Sub-Sahariana, início de 1991  
1 PONTO = 500 INFECÇÕES

As mulheres são atingidas numa faixa etária **mais jovem** que os homens.

A sroepvalência nas mulheres explicará de certo a sroepvalência nas crianças dos 0 aos 5 anos.

### Aspectos Clínicos e de diagnóstico da Infecção HIV e SIDA em África

A **primo-infecção** a HIV, ou retrovirose aguda passa despercebida clinicamente, na maioria das vezes ou é confundida pelo doente ou pelo profissional de saúde com outras doenças endémicas na região quando se manifesta por febre e adenomegalias.

A essa primo-infecção segue-se uma **fase assintomática**. Nessa fase o diagnóstico pode ser feito por acaso ou se o indivíduo é incluído em estudos de seroprevalência.

Em África, independentemente destes estudos, a maioria dos indivíduos com infecção VIH recorre ao médico quando tem **sintomatologia**, que poderá corresponder a uma **linfadenopatia crónica persistente ou a SIDA**.

A expressão clínica da infecção por VIH varia conforme o quadro nosológico da região, em doenças endémicas.

É por ser variável a expressão clínica da infecção que vai havendo necessidade de reunir critérios e criar classificações que permitam, com alguma segurança, definir os casos de infecção por HIV, com fins epidemiológicos ou de seguimento e avaliação de prognóstico.

Há diversas classificações conhecidas.

Mas, o que é importante frisar, em relação a África, é que são geralmente aplicáveis as que se baseiam em critérios clínicos, complementadas ou não, por testes laboratoriais simples para a confirmação do diagnóstico.

É por isso que a definição de SIDA de Bangui (1986) continua a ser adequada por ser aplicável em locais sem recursos laboratoriais (*Quadros 1 e 2*).

Os inconvenientes são:

- Só ser aplicável a indivíduos sintomáticos, não permitindo a suspeita do diagnóstico em estádios mas precoces.
- Poder classificar como SIDA um caso de tuberculose dissiminada, ou outro cujos critérios clínicos encaixem nos apontados como critérios MAJOR ou MINOR, até poder ser feito o diagnóstico diferencial com meios laboratoriais, onde e quando for possível.
- Usar o termo SIDA como pressuposto, quando se sabe que é mais correcto falar em estádios ou grupos homogénios de infecção HIV.

Desde que as classificações exijam **apoio laboratorial** tornam-se mais dificilmente aplicáveis em África, de uma forma generalizada.

Assim vejamos as dificuldades que podem surgir ao tentar usar a classificação do CDC (*Quadro 3*).

As outras classificações e definições têm as mesmas dificuldades de aplicação em África, de uma forma geral e vamos só mencioná-las:

- Definição CDC/OMS (1987) ou 3ª Definição.
- Classificação do Walter Reed Institute.
- Classificação OMS (1990) (Estádios clínicos e nosológicos). VIH-1 e VIH-2

**Quadro 1 – Definição Clínica da Sida (adulto)**  
(Bangui-1986)

**CRITÉRIOS MAJOR**

- Emagrecimento > 10% do peso corporal
- Diarreia > 1 mês
- Febre > 1 mês (contínua ou intermitente)

**CRITÉRIOS MINOR**

- Tosse > 1 mês
- Dermatite pruriginosa generalizada
- Zona recidivante
- Cardídiase orofaríngea
- Infecção crónica a Herpesvirus
- Linfadenopatia generalizada

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Cancer
- Malnutrição Grave
- Outra etiologia

**A PRESENÇA DE**

- Pelo menos 2 critérios major e um critério minor
- Sarcoma de Kaposi, forma agressiva
- Meningite a *Criptococos* confirmada

**PERMITE AFIRMAR O DIAGNÓSTICO DE SIDA**

Traduzido de Gentilini, M. *Médecine Tropicale* 5ª Ed. 1993, pág 440

**Quadro 2 – Definição Clínica da Sida (crianças)**  
(Bangui-1986)

**CRITÉRIOS MAJOR**

- Emagrecimento > 10% do peso corporal
- Diarreia > 1 mês
- Febre > 1 mês (contínua ou intermitente)

**CRITÉRIOS MINOR**

- Tosse persistente
- Dermatite pruriginosa generalizada
- Cardídiase orofaríngea
- Infecção banais recidivantes (otites, faringites, etc)
- Infecção HIV cinfirmada na mãe
- Linfadenopatia generalizada

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Cancer
- Malnutrição Grave
- Outra etiologia

**A PRESENÇA DE**

- Pelo menos 2 critérios major e um critério minor
- Sarcoma de Kaposi, forma agressiva
- Meningite a *Criptococos* confirmada

**PERMITE AFIRMAR O DIAGNÓSTICO DE SIDA**

Traduzido de Gentilini, M. *Médecine Tropicale* 5ª Ed. 1993, pág 440

Após a identificação do VIH tipo 2 foram estudadas as evoluções clínicas das infecções com VIH-1 e VIH-2 e comparadas.

Há concordância nos autores consultados, em que na infecção por VIH-2 há um período de incubação mais prolongado e uma menor transmissão vertical.

**Quadro 3 – Classificação das Manifestações da Infecção a HIV**  
(CDC, 1986)

**QUATRO GRUPOS QUE SE EXCLUEM ENTRE SÍ (I A IV)**

I – Primo infecção

II – Assintomático

III – Linfadenopatia Generalizada persistente

III-A – Sem Anomalias Biológicas

III-B – Com Anomalias Biológicas

IV – Sintomático

(Com 5 subgrupos que se excluem entre si)

IV-A – Doença Constitucional

IV-B – Doença Neurológica

B<sub>1</sub>

B<sub>2</sub>

IV-C – Infecções Oportunistas

C<sub>1</sub>

C<sub>2</sub>

IV-D – Neoplasias

IV-E – Outras Manifestações

Resumido e adaptado Farthing, C. *A Colour Atlas of AIDS and HIV Disease* 2.ª Ed. 1989 pág 24 e de Gentilini, M. *Médecine Tropicale* 5.ª Ed. 1993 pág 442.

Alguns referem que a percentagem de indivíduos com infecção por VIH-2 em adenomegalias é menor.

No entanto, a compreensão das manifestações clínicas dos indivíduos infectados por VIH requer séries maiores de estudo, pois parece haver ainda interrogações sobre a atribuição de certas manifestações clínicas ao VIH ou a infecções oportunistas.

**Infecções Oportunistas e Cancer**

Em relação a estas, sabe-se que a tuberculose tem uma prevalência maior na infecção VIH em África do que na Europa mas há dificuldades concretas quanto ao seu estudo em África.

Quanto aos tumores, o sarcoma de Kaposi é menos frequente em África e esse facto não está totalmente explicado.

**Aspectos Clínicos Particulares da Criança**

Na criança, independentemente dos critérios de definição clínica já referidos, é importante conhecer dados sobre a **mãe** (infectada por VIH ou não) se ele tem menos de 5 anos de idade.

A **malnutrição**, as infecções **ORL** repetidas, a **febre** e a diarreia, o atraso de desenvolvimento podem ser manifestações clínicas de infecção por VIH.

Os **drepanocíticos** e os **transfundidos** são grupos de risco. Em relação à criança e ao adulto infectados por VIH desenvolvem-se estudos sobre a interacção entre a infecção por VIH e as diversas doenças endémicas em África, para avaliar até que ponto a infecção VIH susceptibiliza o indivíduo a essas doenças, na sua maioria infecciosas e, até que ponto a evolução e prognóstico destas se modifica pela existência da infecção por VIH.

### **Apoio Laboratorial ao Diagnóstico de Infecção por VIH**

O melhor método para confirmar o diagnóstico é a **deteção de anticorpos** contra o VIH.

Usa-se para confirmar o diagnóstico clínico, excluir a presença do vírus nos dadores de sangue e para estudos epidemiológicos.

#### **Testes iniciais**

Inicialmente recomenda-se o teste ELISA (imunoenzimático) de que há várias versões.

Embora a execução seja relativamente simples, está seriamente limitada em muitas regiões pelo custo dos reagentes, investimento necessário em equipamento laboratorial e necessidade de energia eléctrica estável.

Há outros testes com a mesma indicação:

- Aglutinação em partículas de gelatina
- Hemaglutinação passiva- Imunotransfert (*dot test*)

Estes, embora menos dispendiosos e de resposta mais rápida, exigem operadores bem formados.

Todos os testes mencionados como testes iniciais são úteis para a selecção de dadores de sangue mas, não são suficientes para afirmar como infectado um indivíduo assintomático cujo teste inicial tenha sido positivo.

#### **Testes complementares**

Sabe-se que os testes iniciais podem dar uma proporção pequena de falsos positivos.

É preciso confirmar o resultado positiva antes de informar o interessado.

Em primeiro lugar, repete-se a mesma técnica. Se o teste inicial se mantém positivo, deve fazer-se a confirmação por imunotransfert (Western-Blot), imunofluorescência indirecta, radioimunoprecipitação (RIPA) ou outro tipo de prova complementar. (ELISA baseado em antigénios obtidos por engenharia genética ou por síntese, aglutinação de partículas ou provas rápidas de imunotransfert).

A mais usada das técnicas complementares é a de *imunotransfert*.

Não é, no entanto, acessível em África à maioria dos locais onde é necessária.

A existência do VIH-2 complicou o serodiagnóstico em África. Segundo a técnica ELISA habitualmente utilizada foi feita também a avaliação da sensibilidade da maioria dos testes usados.

Com a identificação do novo subtipo do VIH-1 (subtipo O) surgiram novas preocupações que levaram a uma avaliação da maioria dos testes de diagnóstico para VIH usados num grande número de regiões geográficas.

Essa avaliação detectou testes que não identificam o subtipo O e levou a OMS a fazer recomendações e esclarecimentos sobre o novo subtipo.

No apoio laboratorial ao diagnóstico nos doentes com infecção por VIH, não queremos deixar de salientar, uma vez mais, que o **diagnóstico de certeza das infecções e tumores** que acompanham a evolução da infecção é muito importante e que desse diagnóstico depende um tratamento adequado dessas doenças.

O seu diagnóstico permite o tratamento adequado e aumenta a sobrevivência e a qualidade de vida no indivíduo com infecção VIH.

Infelizmente em África não há de uma forma geral condições para o diagnóstico, que requer laboratórios de microbiologia, histopatologia e imunologia devidamente equipados.

### **TRATAMENTO E SEGUIMENTO DO DOENTE COM INFECCÃO POR VIH EM ÁFRICA**

#### **Tratamento**

##### **a) Tratamento da Infecção por VIH**

Não acessível à grande maioria dos países de África, que inclusive têm limitações laboratoriais para delinear os critérios de tratamento e avaliar os efeitos terapêuticos e o prognóstico do doente.

##### **b) Tratamento das Infecções Oportunistas e Tumores**

Há grandes limitações, começando na confirmação do diagnóstico, passando pela inacessibilidade da maioria dos fármacos, pelo seu preço ou não planeamento adequado e terminando nas dificuldades de controlo terapêutico, com parâmetros laboratoriais adequados.

##### **c) Profilaxia Primária e Secundária das Infecções Oportunistas**

Limitações pelas mesmas razões.

#### **Seguimento, Aconselhamento e Suporte Psico-Social**

Um seguimento bem organizado é essencial para os doentes de SIDA, seropositivos, seus familiares e amigos próximos.

Em África, recomenda-se que os centros de seguimento dos doentes sejam integrados no sistema de cuidados de saúde, para economia de recursos humanos e materiais.

Os profissionais de saúde que ligam com o conjunto de pessoas que precisam de ser acompanhadas têm de ser preparados para isso, para se manterem próximos sem preconceitos nem angústias.

O problema do VIH/SIDA não é só um problema de saúde mas um problema da sociedade.

Tem que partir dos profissionais de saúde a atitude perfeita, que permita ao indivíduo com infecção VIH ou seu relacionado manter-se esclarecido, tão tranquilo quanto possível e preservado na sua dignidade e direitos humanos.

Em África há ainda muita discriminação, ignorância e obscurantismo que têm que ser vencidos. Mas não podem ser vencidos destruindo conceitos culturais em estruturas sociais, pois isso não é eficaz.

O caminho é aglutinar a cultura e sociedade africanas na luta contra a SIDA.

A **Medicina Tradicional** por exemplo, pode ser uma componente importante no seguimento, aconselhamento e prevenção da infecção VIH/SIDA, se forem definidas as suas áreas de intervenção e competências.

A **Família Africana**, tradicionalmente unida e grande, pode ser preparada para o suporte psicológico do doente e seropositivo e apoiar os serviços de saúde e sociais no controlo e prevenção.

#### **Prevenção e Controlo da Doença**

Deve envolver toda a sociedade que, tem de ser educada para tal, contrariando práticas ancestrais de poligamia, de submissão da mulher e de miséria e independente-



mente de guerras, deslocações de populações, catástrofes naturais e cuidados médicos insuficientes.

**SITUAÇÃO DA SIDA EM ANGOLA E COMENTÁRIOS**

**a) Modos de transmissão**

Gráfico 2 - 26% dos casos sem informação

**b) Distribuição por grupos etários**

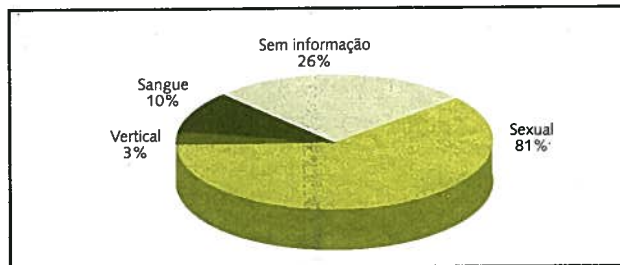
Gráfico 3 - preocupação sobre o futuro despovoamento de Angola e África

**c) Tendência**

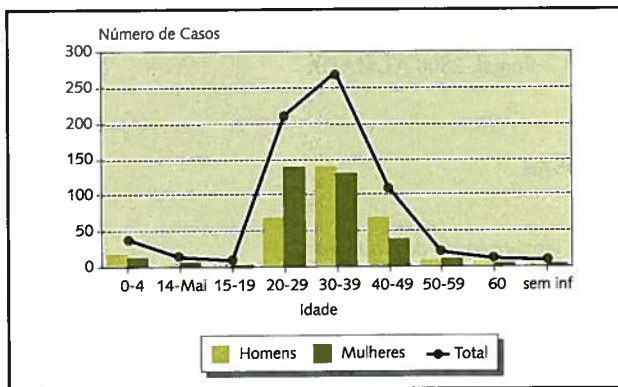
Salientar a tendência crescente do número de casos

**d) Dados de notificação de Angola e dados de notificação dos países limítrofes.**

Subnotificação em Angola?



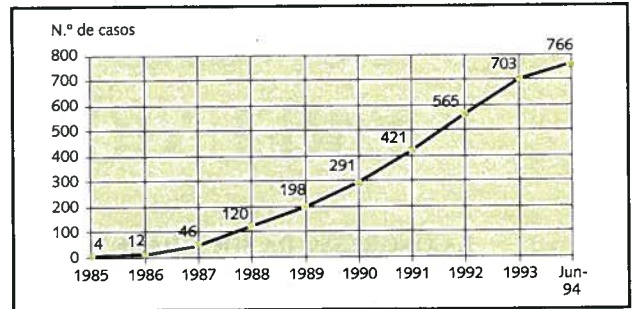
Gráf. 2 – Modos de transmissão dos casos sida Angola 1985 a 1983  
Programa Nacional de Luta contra a sida, Ministério da Saúde, Fev. 94



Gráf. 3 – Distribuição dos Grupos Etário. Casos de Sida 1985 a 1993 - Angola  
Programa Nacional de Luta contra a sida, Ministério da Saúde, Fev. 94

**BIBLIOGRAFIA SELECIONADA**

- 1- FARTHING, O., BROWN, S., STRAUGHTON, R.- A Colour Atlas of AIDS and HIV disease- Roche, Basle, 2ª Edição 1989
- 2- GENTILINI, M.- Medicine Tropicale- Flammarion, 1993
- 3- HEMBE, A.- Formulário para o relatório da Vigilância Epidemiológica dos Casos de SIDA- OMS/GPA- 06/07/94
- 4- HOPE, R., LONGMORE, J., HOGETTS, T., RAMRAKHA, P.- Oxford Handbook of Clinical Medicine- 3ª Ed. 1994, Oxford University Press- Pag.212-215
- 5- KALIBALA, S., ANDERSON, S.- Le SIDA en Afrique: impact familial- Santé du Monde-46e Année, Nº6, Novembre-Décember 1993
- 6- OMS- Conséquences de la découverte d'un nouveau sous-type de



Gráf. 4 – Tendência dos casos de sida acumulados. Angola 1985/Jun. 94  
Programa Nacional de Luta contra a sida, Ministério da Saúde, Fev. 94



Fig 2 – Casos de Sida registados e enviados à OMS até 30 de Junho de 1994

|              |        |
|--------------|--------|
| Congo.....   | 6 393  |
| Zaire.....   | 22 747 |
| Zâmbia.....  | 29 734 |
| Namíbia..... | 5 101  |
| Angola.....  | 703    |

FONTE: Weekly Epidemiological Record, 1994; 69 (26): 189-192 (Adaptado)

- VIH-1 (VIH sous type O) pour le diagnostic de l'infection à VIH: Réunion Consultative Technique.
- 7- OMS (Sede Regional em África)- Actividades da OMS na região africana em 1993- Relatório sucinto de Director Regional- AFR/RC 44/3, 1/JUL/93
- 8- OMS (Sede Regional em África)- Projecto de orçamento Programa 1996/1997 (4ª Sessão do Comité Regional) AFR/RC 44/2- Brazzaville, Set.1994
- 9- OMS (Gabinete do Representante da OMS em Angola) SAÚDE em ANGOLA- ponto da situação, junho 1994- pag.82 a 88
- 10- PIOT. P e col.- Le SIDA en Afrique- Manual du Praticien- Ed. OMS Genève, 1992
- 11- SCHWALBACH, J- Carta de Moçambique- No tempo dos direitos humanos... ainda a falta do respeito por eles- Acção SIDA Nº17