

ARTIGO ORIGINAL

Rastreio de conviventes. Análise da actuação de um Serviço de Tuberculose e Doenças Respiratórias (S.T.D.R.)*

GRAÇA RIFES,¹ TERESA SERRA,¹ MIGUEL VILLAR²

RESUMO

A tuberculose continua a ser, em Portugal, um importante problema de Saúde Pública, com uma incidência de 55.8/100.000 habitantes, em 1991.

Sendo os doentes bacilíferos a principal fonte de contágio, os nossos esforços são sempre centralizados no diagnóstico precoce e tratamento efectivo dos mesmos.

Os seus conviventes são um grupo de alto risco pelo que a nossa actividade preventiva deve incidir, preferencialmente, sobre eles.

Os autores propuseram-se avaliar a rentabilidade e eficácia das medidas tomadas no rastreio dos conviventes dos casos de tuberculose pulmonar admitidos entre Julho de 1992 e Junho de 1993. Neste período, foram classificados 275 doentes como tuberculose, 152 (55.3%) dos quais com tuberculose pulmonar.

A taxa de confirmação foi de 84.2%. Identificámos 441 contactos (3.3/caso índice), correspondendo a 131 casos índice. Compareceram ao rastreio 345 (78.2%), sendo o tempo médio decorrido entre a consulta do caso índice e o rastreio dos conviventes de 18.3 dias.

Diagnosticámos tuberculose pulmonar em 9 conviventes (2.6%) e tuberculose infecção em 33 (9.6%).

* Trabalho apresentado, parcialmente, como comunicação, no 1º Congresso de Pneumologia do Norte, em 1994

(1) Assistente graduado de Pneumologia

(2) Assistente graduado de Pneumologia. Médico responsável do C.D.P.

Recebido para publicação: 97.04.18

Aceite para publicação: 97.05.14

Discutimos mais pormenorizadamente os resultados encontrados e concluímos, entre outras, que houve uma boa adesão dos conviventes ao rastreio, da sua importância na detecção da tuberculose doença e infecção e da necessidade de se prolongar a vigilância dos contactos.

Palavras-chave : tuberculose, rastreio de conviventes

SUMMARY

In Portugal, tuberculosis (TB) remains a serious health problem, with an incidence rate of 55.8 in 1991.

As the risk of transmission is mainly from the sputum positive TB cases, our efforts have to be directed towards an early diagnosis and a correct treatment of those cases.

Contacts, as a group, are at a high risk. They are the most important on which to focus preventive intervention.

Working the authors in a Tuberculosis Unit in the Lisbon District, they proposed to evaluate their effectiveness on contacts investigation of pulmonary tuberculosis cases admitted between July 1992 and June 1993. In this period, 275 patients with TB were admitted, 152 (55.3%) with pulmonary tuberculosis. The confirmation rate was of 84.2% of 131 index cases, we identified 441 contacts (3.3 contacts/index case).

Three hundred and forty five attended the investigation (78.2%). The mean time elapsed between consultation of the index case and the investigation of the contacts was of 18.3 days.

Tuberculosis disease was diagnosed in 9 contacts (2.6%) and tuberculosis infection in 33 (9.6%).

The results of both situations are discussed in detail. As conclusions, among others, we can say there was a good participation of the contacts, the importance of their investigation in the detection of tuberculosis disease and infection and the need to prolong the surveillance of the contacts.

Key-words: tuberculosis, contacts investigation

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (Tb) apesar de ser quase tão velha como a própria humanidade, continua a ser um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento e mesmo nos de desenvolvimento intermédio, nos quais podemos incluir Portugal.

Se, após a identificação do agente da tuberculose por Robert Koch em 1882 e, mais tarde, com a descoberta dos antibacilares, se pensou não só diminuir a morbilidade como até erradicar a doença nos anos 2000 (1,2,3), surgem novas doenças, nomeadamente a epidemia do vírus da imunodeficiência humana, que vem

alterar completamente esta ideia optimista voltando a tuberculose a ser um grave problema de saúde mesmo nos países desenvolvidos (4,5,6,7,8).

Segundo a OMS e a UICTDR, as previsões apontam para 8 a 10 milhões de novos casos por ano e muitos países têm uma taxa de mortalidade de 100 a 300 casos por 100.000 habitantes. Na maioria dos países em desenvolvimento, a taxa diminuiu apenas 1 a 3% ao ano e, inclusivamente em alguns, não se verifica qualquer diminuição (4). Por exemplo, nos EUA diminuiu 5% por ano até 1985. Em 1991 o número de novos casos aumentou 2% em relação ao ano anterior (9).

Em 1991, a incidência da tuberculose em Portugal foi de 55.8/100.000 habitantes (10), sendo de 69.7/100.000 no distrito de Lisboa (Fig. 1), fazendo de Portugal um dos países europeus com maior incidência.

Como a principal fonte de contágio são os doentes com tuberculose pulmonar com microscopia positiva, os nossos esforços têm que ser centralizados no diagnóstico precoce e tratamento efectivo das fontes de contágio (11,12,13).

Censos de 1991, um grupo populacional de cerca de 458.000 habitantes (pertencentes não só ao Concelho da Amadora mas também a parte de Sintra e Loures) e encontra-se inserido numa zona em que existe um número razoável de bairros degradados, particularmente de imigrantes, na sua grande maioria cabo verdianos.

O quadro de pessoal do STDR é, actualmente, constituído por 3 assistentes hospitalares de pneumologia, 1 enfermeira do grau I, 2 técnicos de radiologia e 5

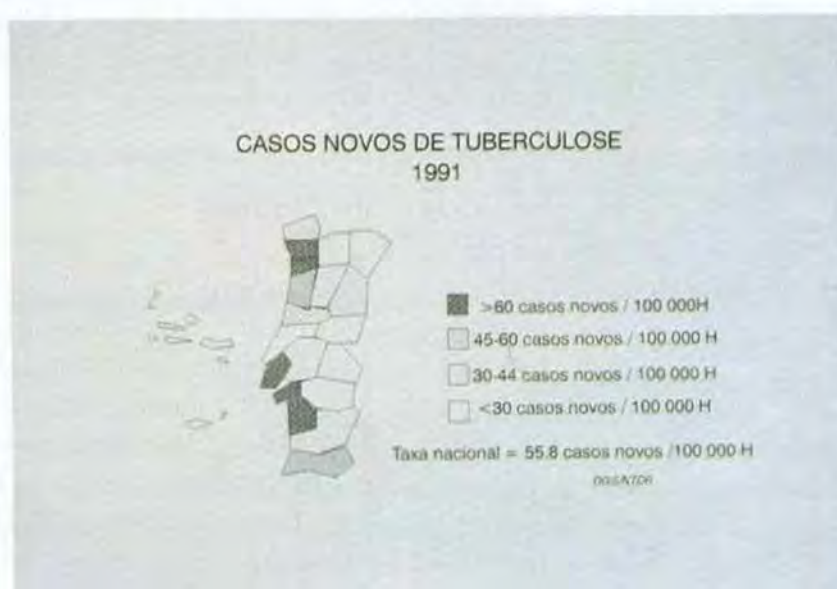


Fig. 1

Todo o doente tuberculoso começou como contacto, o que faz destes um grupo de alto risco. A nossa actividade preventiva deve incidir preferencialmente sobre este grupo.

Trabalhando os AA numa Consulta de Tuberculose, propuseram-se avaliar a rentabilidade e eficiência das medidas tomadas no rastreio dos conviventes, bem como medidas futuras que implementem uma melhor eficiência do mesmo.

MATERIAL E MÉTODOS

O Serviço de Tuberculose e Doenças Respiratórias (STDR) da Venda Nova tem a seu cargo, e mediante o

administrativos.

Após diagnóstico ou início de tratamento do doente tuberculoso (caso índice), é feita a identificação dos conviventes, que se dirigem ao STDR para a realização de prova tuberculínica, microrradiografias do tórax e, se necessário, exame bacteriológico da expectoração.

Após primeira avaliação e, se não houver nada a registar, será feita uma segunda avaliação no fim do tratamento do respectivo caso índice. Quando necessário, repete-se o rastreio 3 meses após a 1ª avaliação.

Fizemos uma análise retrospectiva de todos os processos clínicos dos doentes inscritos no S.T.D.R., entre Julho de 1992 e Junho de 1993, por tuberculose pulmonar assim como das fichas dos respectivos conviventes.

Em relação aos caso índices avaliámos a distribuição da doença por sexo, raça e grupo etário, taxa de confirmação da doença (com referência ao número de bacilos por campo) e tempo decorrido entre o início das queixas e início do tratamento.

Na avaliação dos conviventes, além de alguns destes parâmetros tivemos também em consideração o número de conviventes identificados, se eram "chegados" ou "ocasionais", quantos compareceram, tempo decorrido entre a consulta do caso índice e rastreio, estado vacinal, resposta à prova tuberculínica nos conviventes com idade igual ou inferior a 15 anos e, finalmente, o número de conviventes a quem se diagnosticou tuberculose doença ou infecção.

Considerámos tuberculose infecção quando os indivíduos saudáveis com idade igual ou inferior a 15 anos tinham uma reacção tuberculínica positiva (≥ 6 mm) sem vacinação anterior, igual ou superior a 15mm se vacinados há mais de 3 anos, ou igual ou superior a 20mm se vacinados há menos de 3 anos, ou quando a reacção sofria um aumento de, pelo menos, 6 mm em relação à anterior, quando realizada nos dois últimos anos (14,15,16,17,18,19).

Nos adultos, dado o contexto epidemiológico de Portugal, a prova de Mantoux não constitui elemento

de diagnóstico excepto nos casos em que houve registo, nos dois últimos anos, de uma reacção negativa prévia.

Em relação aos doentes detectados avaliámos ainda qual a forma de apresentação da tuberculose, aspecto radiológico das lesões, tempo decorrido entre a consulta do caso índice e a realização do rastreio, tempo entre o início das queixas e o início do tratamento do caso índice, altura do diagnóstico (se foi feito na 1ª ou 2ª avaliação), percentagem de confirmação e a carga bacilífera do caso índice correspondente.

Os mesmos parâmetros foram também avaliados nos casos de tuberculose infecção, à excepção do aspecto radiológico.

RESULTADOS

De Julho de 1992 a Junho de 1993 foram inscritos 275 doentes com tuberculose (incidência de 60/100.000 habitantes) dos quais 152 (55.3%) com tuberculose pulmonar. Cento e um eram do sexo masculino (66.5%) e 51 do feminino, com idade média de 35.1 anos (min. 15; máx. 79). Destes, 129 (84.9%) eram de raça caucasiana e 23 (15.1%) de raça negra (Fig. 2).

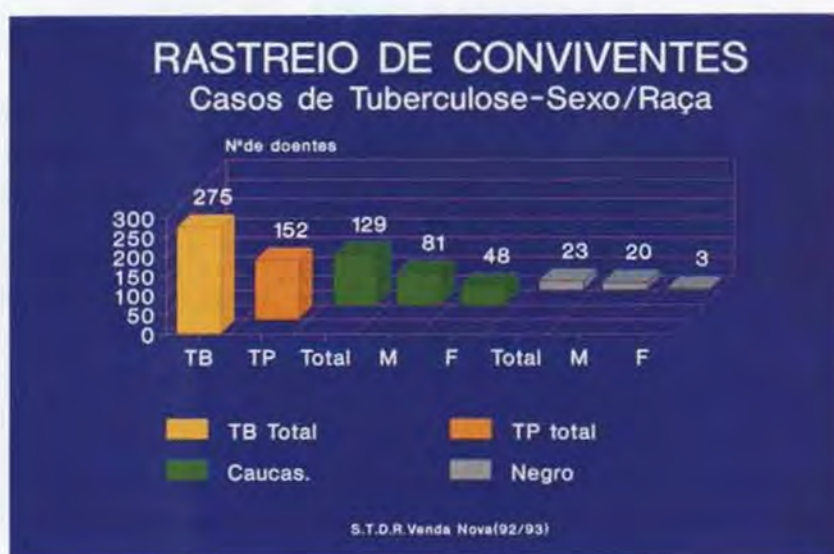


Fig. 2

1. Casos Índice

O diagnóstico da tuberculose pulmonar foi confirmado em 128 doentes – 107 de raça caucasiana (82.9%) e 21 de raça negra (91.3%) – o que corresponde a uma taxa de confirmação de 84.2% (Fig. 3). A confirmação foi bacteriológica em 127 (99.2%) e anátomo-patológica em 1 (0.8%). Em 109 doentes com baciloscopia positiva (85,8%) foi possível saber o número de bacilos por campo em 81 (74.3%): menos de 1 bacilo/campo em 16 doentes, 1 a 10 em 29 e mais de 10 em 36 casos.

forneceram os elementos necessários para a sua identificação, pelo que só foi possível identificar os conviventes de 131 casos índice.

Foram identificados 441 conviventes, correspondendo a uma média de 3.3 conviventes/caso índice, 391 de raça caucasiana (190 do sexo masculino e 201 do feminino, com idade média de 32.3 anos, mínima de 8 meses e máxima de 87 anos) e 50 de raça negra (27 do sexo masculino, 23 do feminino, com idade média de 18.4 anos, mínima de 5 meses e máxima de 79 anos). Destes, 413 eram conviventes “chegados” e 28 “ocasionais”.



Fig. 3

Quanto ao tempo decorrido entre o início das queixas e o início do tratamento verificámos que, em 143 doentes sintomáticos (9 caucasianos assintomáticos) a média foi de 70 dias, com um mínimo de 1 e um máximo de 365 dias. Na raça negra a média foi de 65.7 dias.

2. Conviventes

Verificámos que, dos 152 casos índice, 15 não tinham conviventes. Dos 137 que os tinham, 6 nunca

Compareceram ao rastreio 345 conviventes (78.2% dos identificados - 2.6/caso índice), 301 (77%) de raça caucasiana e 44 (88%) de raça negra (Fig. 4). Compareceram à totalidade do rastreio 258 conviventes (74.8%), 226 de raça caucasiana (75.1%) com idade média de 31.8 anos (mínima de 2 meses; máxima de 81 anos) e um desvio padrão de 20.0 e 32 de raça negra (72.7%) com idade média de 21.8 anos (mínima 6 meses; máxima 79 anos) com um desvio padrão de 14.9.

Compareceram só à microrradiografia 42 conviventes, 38 de raça caucasiana, com idade média de 35 anos



Fig. 4

(mínima de 2 anos; máxima 80 anos) e um desvio padrão de 18.7 e 4 conviventes de raça negra com idade média de 20 anos (mínima 4 anos; máxima 28 anos) e um desvio padrão de 9.8.

Compareceram só à prova tuberculínica 45 conviventes, 37 de raça caucasiana, com idade média de 17.5 anos (mínima 8 meses; máxima 73 anos) e um desvio padrão de 19.6 e 8 conviventes de raça negra, com idade média de 3.6 anos (mínima 5 meses; máxima 8 anos) com um desvio padrão de 2.9.

Faltaram à totalidade do rastreio 96 conviventes (21.8%), 90 de raça caucasiana (23%) com idade de 31.4 anos (mínima 6 meses; máxima 87 anos) e um desvio padrão de 19.8, e 6 de raça negra (12%), com idade média de 22.2 anos (mínima 7 anos; máxima 41 anos) e um desvio padrão de 13.2.

Faltaram apenas à microrradiografia 44 conviventes, 33 de raça caucasiana com idade média de 13.5 anos (mínima 6 meses; máxima 54 anos) e um desvio padrão de 16.6 e 11 conviventes de raça negra, com idade média de 5.1 anos (mínima 5 meses, máxima 22 anos) e um desvio padrão de 5.9.

À prova tuberculínica faltaram 40 conviventes, 36 de raça caucasiana, com idade média de 35.2 anos (mínima 2 anos; máxima 80 anos) e um desvio padrão de 19.1 e 4

de raça negra, com idade média de 20 anos (mínima 4 anos; máxima 28 anos) e um desvio padrão de 9.8.

O tempo médio decorrido entre a consulta do caso índice e a realização do rastreio dos conviventes foi de 18.1 dias, com um mínimo de 0 dias e um máximo de 150 dias. Na raça caucasiana, a média foi de 17 dias (mínima 0 dias; máxima 150 dias) e na raça negra foi de 26.1 dias (mínima 1 dia; máxima 90 dias).

Quanto ao estado vacinal, verificámos que no grupo etário igual ou inferior a 15 anos, 65 conviventes (82.3%) de raça caucasiana eram vacinados, 3 não o eram e desconhecíamos o estado vacinal de 11; na raça negra, 17 conviventes (77.3%) eram vacinados, 3 não e desconhecíamos o estado vacinal de 2 (Fig. 5).

No grupo etário com mais de 15 anos, verificámos que 37 conviventes (16.6%) de raça caucasiana eram vacinados, 15 não o eram e desconhecíamos o estado vacinal de 171; raça negra, 4 conviventes (19%) eram vacinados, 1 não e desconhecíamos o estado vacinal de 16 (Fig. 6).

No que se refere à reacção tuberculínica, no grupo etário de idade igual ou inferior a 15 anos, verificámos que 50% dos conviventes de raça caucasiana e 57.9% dos de raça negra tinham uma reacção igual ou superior a 15mm.



Fig. 5

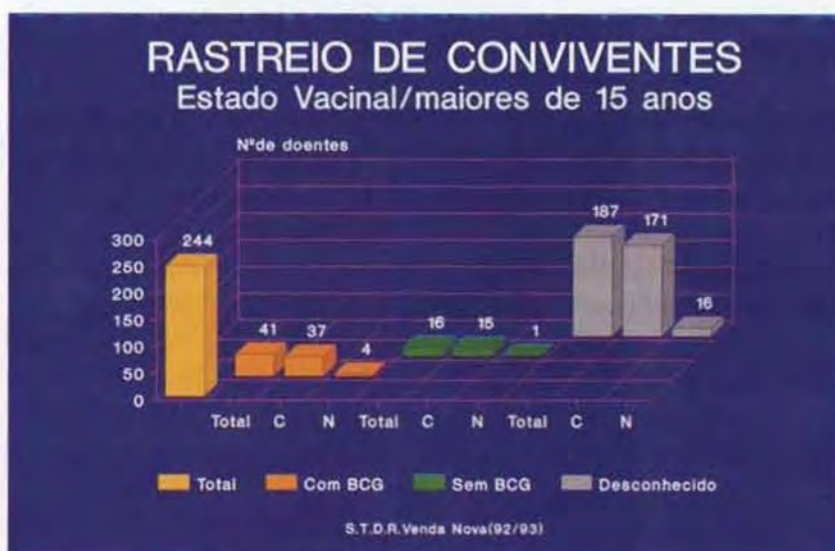


Fig. 6

Diagnosticámos tuberculose doença em 9 conviventes (2.6%) e tuberculose infecção em 33 (9.6%) (Fig. 7). Dois conviventes, que no rastreio não revelaram qualquer alteração, surgiram com tuberculose pulmonar ao fim de 7 e 8 meses, pelo que não foram incluídos no grupo de doentes detectados pelo rastreio.

2.1 Conviventes com tuberculose doença

Os 9 conviventes que adoeceram correspondiam a 8 casos índice, com um total de 45 conviventes (5.6 conviventes/caso índice), tendo um dos casos índice, com SIDA, contagiado 2 conviventes igualmente com SIDA.

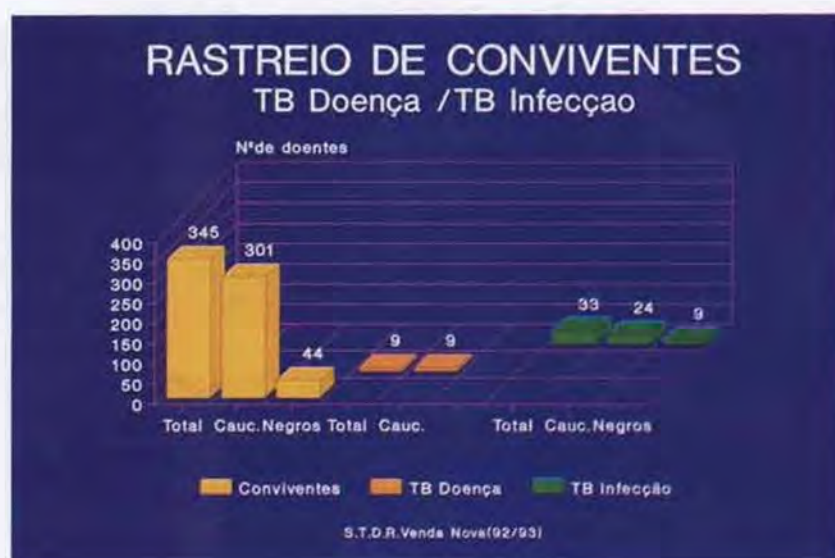


Fig. 7

Eram todos de raça caucasiana, com idade média de 24.8 anos (mínima 8 meses; máxima 49 anos), sendo 5 do sexo masculino (idade média 23.3 anos; mínima 8 meses; máxima 49 anos) e 4 do sexo feminino (idade média 26.7 anos; mínima 18 anos; máxima 47 anos).

Apenas um era oriundo de um bairro degradado e todos eles eram conviventes "chegados".

Sete casos eram de tuberculose pulmonar (um por possível reactivação), um caso de tuberculose miliar e um de tuberculose primária.

Quanto ao estado vacinal, verificámos que 4 eram vacinados (um com 8 meses, dois com 11 anos e um com 22 anos), 1 não o era (20 anos) e desconhecíamos o estado vacinal em 4 (um com 18 anos e três de idade superior a 45 anos).

Dos 9 doentes, a prova de Mantoux foi positiva em sete. Não se realizou esta prova no possível caso de reactivação.

A radiologia das formas pulmonares foi normal em 1 caso, mínima em dois e moderadamente extensa em 4.

O tempo que decorreu entre a consulta do caso índice e a realização do rastreio foi, em média, de 15.1 dias, com um mínimo de 1 dia e um máximo de 90 dias, enquanto que o tempo que decorreu entre o início das queixas e o início do tratamento do caso índice respectivo

foi, em média, de 33.8 dias, com um mínimo de 0 dias e um máximo de 120 dias.

O diagnóstico foi feito logo na 1ª avaliação, em 8 dos doentes detectados.

O exame bacteriológico da expectoração foi positivo em directo e cultura em apenas 1 doente; três doentes tinham só os exames culturais positivos enquanto que nos 3 restantes os exames foram negativos (nestes o diagnóstico baseou-se no aspecto radiológico em conjunto com o contexto epidemiológico).

Analisando os resultados bacteriológicos dos 8 casos índices correspondentes, verificámos que 6 eram positivos em exame directo e cultural da expectoração, 1 apenas em cultural (correspondente ao caso de reactivação) e 1 positivo em exame directo e cultural do suco gástrico.

Dos 6 casos índice com exame directo da expectoração positivo, 2 tinham menos que 1 BAAR/campo, três entre 1 a 10 BAAR/campo (em que 1 caso índice HIV+ contagiou 2 conviventes) e um mais de 10 BAAR/campo

2.2 Conviventes com tuberculose infecção

Diagnosticámos tuberculose infecção em 8% dos

conviventes caucasianos e em 20.5% dos de raça negra, num total de 33 (9.6%), correspondendo a 22 casos índice e a um total de 109 conviventes, o que dá uma média de 5 conviventes/caso índice.

Dos 24 de raça caucasiana, 12 eram do sexo masculino, 12 do feminino, com uma idade média de 10.3 anos, mínima de 1 ano e máxima de 39 anos. Dos 9 de raça negra, 6 eram do sexo masculino e 3 do feminino, com uma idade média de 9.4 anos, mínima de 5 meses e máxima de 18 anos.

Sete habitavam bairros degradados.

Eram todos conviventes chegados, excepto um.

Quanto ao estado vacinal, verificámos que 27 eram vacinados e 5 não (2 com 3 anos, 1 com 12 anos, 1 com 18 anos, 1 com 35 anos). Deconhecíamos o estado vacinal em um.

O tempo decorrido entre a consulta do caso índice e a realização do rastreio foi, em média, 20.2 dias, com um mínimo de 0 dias e um máximo de 90 dias, enquanto que o tempo, que decorreu entre o início das queixas e o início do tratamento do caso índice respectivo foi de 82 dias, com um mínimo de 0 dias e um máximo de 365 dias.

Em 32 dos conviventes infectados, o diagnóstico foi feito logo na 1ª avaliação.

Na análise do exame bacteriológico da expectoração do 22 casos índice, verificámos que todos eles eram positivos em exame directo e cultural. Dois tinham menos que 1 BAAR/campo, 15 entre 1 a 10 BAAR/campo e 5 com mais de 10 BAAR/campo.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados mostra que no S.T.D.R. da Venda Nova temos uma incidência de 60/100.000 habitantes, que se revela inferior à do Distrito de Lisboa.

1. Casos Índice

A tuberculose pulmonar (TP) é a forma dominante,

com principal incidência no sexo masculino e na raça caucasiana. Há uma taxa de confirmação elevada da TP (84.2%), sendo a baciloscopia o exame que confirma o diagnóstico na grande maioria dos casos (85.8%). Naqueles casos a que tivemos acesso ao número de bacilos/campo, verificámos que em apenas uma pequena percentagem (19%) era inferior a 1 bacilo/campo.

A média de tempo decorrido entre o início das queixas e o início do tratamento foi elevada (70 dias), mas ligeiramente melhor na raça negra. Nuns casos por culpa dos próprios doentes, noutros devido à descoordenação entre os vários serviços.

2. Conviventes

Apesar de não ter sido possível rastrear os contactos de todos os casos índice, foram ainda identificados um número significativo (441 conviventes) correspondendo a uma média de 3 conviventes/caso índice.

A maioria era de raça caucasiana (88.7%) e contactos "chegados".

Compareceram para rastrear 78.2% dos conviventes identificados (2.6/caso índice) e ao rastreio completo 74.8%. Tanto num como noutro caso, os conviventes de raça negra compareceram numa percentagem mais elevada.

Faltaram isoladamente à microrradiografia 44 conviventes pertencendo a um grupo etário baixo, fazendo-se o diagnóstico, neste grupo, fundamentalmente pela prova tuberculínica.

À execução da prova de Mantoux isoladamente faltaram 40 conviventes os quais pertenciam a um grupo etário mais elevado.

O tempo médio decorrido entre a consulta do caso índice e a realização do rastreio dos conviventes foi relativamente curto (18.1 dias) mas verificou-se que é um pouco mais prolongado na raça negra (26.1 dias).

Constatámos também que a cobertura vacinal no grupo etário até aos 15 anos é boa na raça caucasiana (82.3%) e razoável na raça negra (77.3%).

2.1 Conviventes com tuberculose doença

Há uma percentagem elevada de tuberculose doença – 9 casos – entre os contactos (2.6% contra 0.069% a nível distrital), o que está de acordo com outros autores. Predominaram as formas pulmonares, havendo também uma forma miliar com SIDA associada.

Todos eram contactos "chegados" e a relação de conviventes/caso índice foi superior à geral (5.6 contra 2.6).

Destes doentes, 44% estavam vacinados, incluindo a forma grave.

Quanto à apresentação radiológica, predominou a moderadamente extensa (57%).

Verificámos que o tempo médio que decorreu entre a consulta do caso índice e a realização do rastreio foi um pouco inferior à média geral (15.1 contra 18.1) e bastante inferior no que se refere ao tempo médio decorrido entre o início das queixas e o início do tratamento do caso índice respectivo (33.8 contra 70 dias), havendo portanto um tempo de contágio inferior ao geral.

Oito foram diagnosticados logo na 1ª avaliação.

O diagnóstico das formas pulmonares foi confirmado em 57.1% dos casos (4 casos) sendo nas restantes baseado no aspecto radiológico em conjunto com o contexto epidemiológico.

Todos os casos índice correspondentes tinham a sua tuberculose confirmada. Seis tinham baciloscopias positivas dos quais 4 (66.7%) com, pelo menos, 1 a 10 bacilos/campo, o que corresponde a uma elevada contagiosidade ($p < 0.001$). Verificou-se que a diferença não era significativa se o número de bacilos/campo era de 1 a 10 ou mais de 10 ($p < 0.01$).

Como já foi referido, surgiram posteriormente mais dois casos de tuberculose nos contactos, que não foram aqui incluídos.

2.2 Conviventes com tuberculose infecção

Utilizando os critérios atrás definidos diagnosticámos logo na 1ª avaliação, um número importante de

casos de tuberculose infecção (33) na população mais jovem (idade média 9.8). Também aqui, constatámos a existência de uma relação convivente/caso índice superior à geral (5 contra 2.6).

Verificámos que cerca de 1/5 dos infectados eram provenientes de bairros degradados, sendo todos, excepto um, contactos "chegados". A maioria era de raça negra (20.5% contra 8% caucasianos) e vacinada (81.8%).

O tempo médio decorrido entre a consulta do caso índice e a realização do rastreio foi sobreponível ao geral (20.2 dias) mas, ao contrário do que acontece nos casos de tuberculose doença, o tempo médio que decorreu entre o início das queixas e o início do tratamento do caso índice respectivo, foi bastante superior (82 contra 70 dias).

Todos os casos índice correspondentes estavam confirmados e todos tinham baciloscopias positivas 91% das quais com, pelo menos, 1 a 10 bacilos/campo, o que corresponde a uma elevada contagiosidade ($p < 0.001$). Verificou-se que a diferença não era significativa se o número de bacilos/campo era de 1 a 10 ou mais de 10 ($p < 0.01$).

CONCLUSÕES

1. Incidência da tuberculose no nosso Serviço superior à nacional mas inferior à do Distrito de Lisboa.
2. Mais de metade eram formas pulmonares, com elevada taxa de confirmação e elevado risco de contágio.
3. Boa adesão dos conviventes ao rastreio, particularmente os da raça negra.
4. Importância do rastreio na detecção da tuberculose infecção.
5. Percentagem de doença entre os conviventes rastreados muito superior à distrital.
6. Agregado familiar dos conviventes que adoeceram e se infectaram duas vezes superior ao geral.
7. Não há relação directa entre o tempo de exposição do convivente com a fonte infectante e o início da doença/infecção.

8. Não se constatou uma relação directa entre o número de bacilos por campo e os contagiados.
9. Taxa elevada (22%) de conviventes doentes com SIDA
10. Predomínio de tuberculose infecção na raça negra e nos bairros degradados.

Pensamos que no grupo etário mais jovem, devemos insistir mais na execução da prova tuberculínica e, no grupo acima dos 35 anos, na radiologia.

Achamos também necessário prolongar, até ao ano, a vigilância dos conviventes.

BIBLIOGRAFIA

1. CHAULET P. La tuberculose de l'enfant, encore aujourd'hui... L'enfant en milieu tropical. "Revue du Centre International de L'Enfance", Paris 1992; 196-197: p.5-6.
2. GROSSET J. Associations antibiotiques classiques et nouveaux antibiotiques pour la chimiothérapie et la chimioprophylaxie de la tuberculose. "Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires". 1990; Vol. 65 n°2-3: p.95-100.
3. LEOWSKI J. Tuberculosis control. The Past. The Present, the Future. "Bulletin of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease". 1988; Vol 63 n°1: p 43-45.
4. STYBLO K. Nouvelles de l'UICTMR. Aperçu général et évaluation épidémiologique de la situation actuelle de la tuberculose dans le monde, et particulièrement de la lutte antituberculeuse dans les pays en développement. "Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires". 1988; Vol 63 n°2: p 41-47.
5. SLUTKIN G, LEOWSKI J, MANN J. Tuberculose et SIDA- Les effets de l'épidémie de SIDA sur la situation de la tuberculose et sur les programmes de lutte antituberculeuse. "Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires". 1988; Vol 63 n°2: p 22-25.
6. STYBLO H. L'impact potentiel du SIDA sur la situation de la tuberculose dans des pays développés et dans les pays en développement. "Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires". 1988; Vol 63 n° 2: p 26-29.
7. CHRÉTIEN J. Tuberculose et VIH. Un couple maudit. "Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires". 1990; Vol 65 n°1: p 27-30.
8. SHAFER RW, GOLDBERG R, SIERRA M, GLATT AE. Frequency of Mycobacterium tuberculosis bacteremia in patients with tuberculosis in an area endemic for AIDS. "Am. Rev. Resp. Dis.". 1989; 140: 1611.
9. AMERICAN THORACIC SOCIETY. Medical section of the American Lung Association. Control of Tuberculosis in the United States. "Am. Rev. Resp. Dis". 1992; 146: 1623.
10. ANTUNES ML, ANTUNES AF, SALEMA A. Tuberculose em Portugal 1991. Direcção-Geral dos Cuidados Saúde Primários. Direcção de Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias. Lisboa.
11. SUPPLEMENT ON FUTURE RESEARCH IN TUBERCULOSIS. Prospects and priorities for elimination. "Am. Rev. Resp. Dis." 1986; 134: 401.
12. GRANGE JM. Prevention of tuberculosis and leprosy. "Current Opinion in Infectious Diseases". 1988; 1: 877.
13. CLANCY L, RIEDER HL, ENARSON DA, SPINACI S. Tuberculosis elimination in the countries of Europe and other industrialized countries. "Eur. Resp. J." 1991; 4: 1288.
14. AMERICAN THORACIC SOCIETY. Medical section of the American Lung Association. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. "Am. Rev. Resp. Dis". 1990; 142: 725.
15. AL-KASSIMI FA, ABDULLAH AK, AL-ORAINY IO, BENAR AB, AL-HAJJAJ MS, AL-MAJED S, AL-WAZZAN A. The significance of positive Mantoux reactions in BCG-vaccinated children. "Tubercle". 1991; 72: 101.
16. PINTO LM. Tuberculose em pediatria. "Rev. Port. Pediatr". 1992; 23: 191.
17. AMERICAN THORACIC SOCIETY. Medical section of the American Lung Association. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. "Am. Rev. Resp. Dis". 1986; 134: 355.
18. FELTEN MK, VAN DER MERWE CA. Random variation in tuberculin sensitivity in schoolchildren. Serial skin testing before and after preventive treatment for tuberculosis. "Am. Rev. Resp. Dis". 1989; 140: 1001.
19. YOING TK, MIRDAD S. Determinants of tuberculin sensitivity in a child population covered by mass BCG vaccination. "Tubercle and Lung Disease". 1992; 73: 94.