

TUBERCULOSE, AINDA UMA REALIDADE



Foto DR



**MARIA
DA GRAÇA
FREITAS**

Especialista em Pneumologia
Hospital da Luz

Ando com tosse desde há vários meses. Tenho tosse e expectoração com sangue. Perdi o apetite, emagreci, tenho suores nocturnos. São estas as queixas habituais dos doentes; no entanto, raramente colocam a possibilidade de tuberculose.

As conotações negativas associadas à tuberculose persistem ainda como um estigma no imaginário de todos nós. Assim, no dia-a-dia da prática clínica, constatamos que os doentes desvalorizam os sintomas que podem estar associados à tuberculose ou estabelecem uma relação fácil, e socialmente aceite, entre a tosse e uma alergia. Esta atitude contribui decisivamente para os atrasos do diagnóstico e tratamento de uma doença curável - o tempo de demora do diagnóstico da infecção após a manifestação dos sintomas, em média, ultrapassa os 40 dias.

E será que a tuberculose está a aumentar no nosso país? Será que há mais casos de tuberculose?

Não, em Portugal a incidência de tuberculose, que reflecte o número anual de novos casos diagnosticados, tem vindo a diminuir progressivamente (ver gráfico). Lisboa, Porto e Algarve são as regiões do país com maior incidência. Apesar da ten-

dência decrescente, Portugal é um dos países da União Europeia com uma incidência elevada da doença. De acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS), em 2008 registaram-se 2.916 casos, menos 7,2% quando comparado com 2007. A meta apontada pela (DGS) é de 18 casos por cada cem mil habitantes em 2011.

São factores chave no diagnóstico desta doença, muitas vezes esquecida, a valorização dos sintomas descritos pelo doente, a radiografia do tórax e a comprovação da presença do bacilo da tuberculose (Bacilo de Koch ou *Mycobacterium tuberculosis*), mais frequentemente na análise da expectoração.

Perante um diagnóstico positivo, o doente é encaminhado para um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) onde, após confirmação da doença, inicia um tratamento com pelo menos três fármacos e durante um período de tempo nunca inferior a seis meses. A necessidade de utilizar mais do que um fármaco e de um tratamento prolongado deve-se a duas características do Bacilo de Koch: a sua multiplicação lenta e a facilidade com que adquire resistência aos fármacos.

Pouco tempo depois de ter iniciado o tratamento, o doente deixa de ser contagioso. No entanto, passou por um período, mais ou menos longo, em que teve possibilidade de transmitir a doença a outros, sobretudo se tinha tosse e expectoração.

No caso da tuberculose, as taxas de sucesso terapêutico são elevadas - próximo de 90%. No entanto, a recidiva da doença é sempre possível, especialmente quando os mecanismos de defesa naturais se tor-

nam menos activos, o que acontece com o avançar da idade, com doenças como a diabetes e VIH ou pela acção de fármacos imunossupressores.

A erradicação da tuberculose implica a identificação de todos os protagonistas na cadeia de transmissão e o cumprimento do tratamento. Por esta razão, os CDP fazem o rastreio da doença entre os familiares e contactos próximos do doente, so-

bretudo no local de trabalho.

No que diz respeito ao cumprimento do tratamento, nos CDP os fármacos são disponibilizados aos doentes de forma gratuita e sob observação. Esta medida pretende evitar casos de tuberculose multiresistente, uma das piores formas da doença e com uma prevalência importante nos doentes seropositivos para o VIH.

NÚMERO DE NOVOS CASOS DE TUBERCULOSE POR 100.000 HABITANTES EM PORTUGAL (FONTE: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE)

