

Time...Bomb – A Tuberculose de hoje!

Wanir José Barroso

Sanitarista, especialista em Pneumologia
Sanitária pela Ensp-Fiocruz.
E-mail: wbarroso@netyet.com.br

Com estatísticas crescentes, a tuberculose infecção e a tuberculose doença vêm representando há alguns anos um retrato fiel da saúde pública praticada nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a notificação de casos girou em torno de constantes 85.000 casos anuais de 1980 a 2000 (MS) e nenhuma estratégia ou medida de impacto epidemiológico visando seu controle alterou seu perfil oficial nos últimos 23 anos. A mortalidade hoje, principalmente associada à AIDS e a multirresistência bacteriana silenciou oficialmente mais de seis mil brasileiros em 1998 (MS). E ainda mais, segundo a OMS em 2002, o Brasil foi o 15º país dentre os 22 países com o maior número de casos novos de tuberculose no planeta, com sub-estimados 116.000 casos e coeficiente de incidência de 68/100.000 hab.

A tuberculose além de doença da miséria no Brasil e no mundo, não respeita fronteiras, classe social, cor da pele, sexo ou idade e continua historicamente negligenciada, mantendo seu nível endêmico principalmente através dos pobres, dos famintos e dos imunodeprimidos. Não devemos acreditar que contrair, adoecer ou morrer de tuberculose seja porque Deus assim quer. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e técnicos de laboratório que estão à frente do diagnóstico e tratamento da tuberculose nas Unidades de Saúde engrossam estas estatísticas.

A transmissão da tuberculose pulmonar se dá de forma lenta, silenciosa e invisível aos nossos olhos, pelas pequenas gotículas (aerossóis) expelidas durante a fala, espirro ou tosse do paciente doente em ambientes pouco arejados. Todos somos suscetíveis diante de tais gotículas infectantes.

O não pensar em tuberculose diante de pacientes com sintomas respiratórios, não apenas retarda o diagnóstico e a inserção desses pacientes nos programas institucionais de tratamento, como também compromete a dimensão do risco ocupacional, subestima o risco biológico e coloca a biossegurança em tuberculose em um plano secundário.

Pensar em tuberculose e investir em biossegurança na Unidade de Saúde representa investir em qualidade, representa investir na proteção daqueles que estão na linha de frente do controle da tuberculose, representa investir na contenção de riscos. O uso de proteção respiratória adequada e a adoção de medidas administrativas e de controle ambiental nas Unidades de Saúde podem minimizar o risco biológico e deixar o ambiente de trabalho com níveis aceitáveis de risco ocupacional e de biossegurança.

Cada caso de tuberculose não diagnosticado, perdido no seio da população, gera cerca de 20 novos casos de tuberculose infecção ou doença no período de um ano. Entre todos os infectados, uns desenvolvem a doença e outros apenas a viragem tuberculínica. Quanto mais aglomerada viver a população, maiores as chances de transmissão do bacilo entre os que estão entorno do caso.

Cada caso que abandona o tratamento seqüencial de seis meses, além da possibilidade de gerar novos casos, possibilita transformar o bacilo inicialmente sensível em um bacilo multirresistente (TBMR) às drogas prescritas em sua fase inicial.

Um paciente abandonador de tratamento, além de encurtar suas chances de cura, transforma seu novo tratamento em um tratamento doloroso, caro para os

cofres públicos e penoso para a saúde pública, pois a possibilidade de surgirem novos casos de tuberculose primariamente multirresistentes a partir deste, passa a ser uma realidade. Não são raros, pacientes abandonadores de tratamento transformarem-se em pacientes sem possibilidades terapêuticas. Estes casos representam a pena de morte silenciosamente imposta pelo bacilo diante do abandono do tratamento. Não são raros também, pacientes serem abandonados pelas Instituições de Saúde.

O abandono de tratamento tem múltiplas causas, que vão desde a desinformação sobre a doença, a prevenção e o tratamento, a falsa sensação de cura logo após o início do tratamento, os efeitos colaterais dos medicamentos, e principalmente a impossibilidade da Unidade de Saúde dar solução aos demais problemas que afligem o paciente doente, como a fome, o desemprego, o uso de drogas lícitas e ilícitas, o transporte, a educação e a moradia digna, arejada, limpa e com certo conforto.

Para controlar a tuberculose hoje no Brasil e no mundo, não basta apenas retirar o bacilo dos pulmões

daqueles que conseguem suportar o tratamento nas Unidades de Saúde, mas lhes fornecer junto com o tratamento, alimentos, transporte inclusive para retornar periodicamente à Unidade de Saúde, moradia digna e arejada, esperanças de cura, de vida e de dias melhores.

Não basta também apenas esperar que a tuberculose chegue à Unidade de Saúde em busca de socorro pelas próprias pernas. Ir ao seu encontro, localizá-la, mapeá-la, facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento dos infectados e doentes, aumentar o nível de informações sobre a doença além de promover o estabelecimento de parcerias comunitárias e institucionais deve ser meta e estratégia dos Programas de Controle. Caso contrário estaremos transformando os Programas de Controle de Tuberculose (PCT) em simples Programas de Tratamento de Casos que Aparecem. E a cada caso que aparece e consegue chegar, tem ainda atrás dele possivelmente muitos outros ainda por chegar. Este é o risco de explosão dessa Time Bomb, a tuberculose de hoje!

Artigo publicado inicialmente no Jornal da Anbio, ano 3, nº 11, out-dez 2003 e aqui republicado com a autorização do autor.