

<b>Editorial</b>
------------------

## Tuberculose

Marcus B. Conde

Professor Associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Diretor Adjunto de Pesquisas do Instituto de Doenças de Tórax da UFRJ

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), houve queda ou estabilização no número de casos de TB “per capita” em várias regiões do mundo nos últimos anos. (1) No Brasil, esta queda também vem sendo notada. Em 1990 a OMS estimou 125.064 novos casos de TB (taxa de incidência de 84/100.000 habitantes) e para 2009 estimou entre 72 e 100 mil novos casos (taxa de incidência entre 36 e 51 casos para cada 100.000 habitantes). (1) No entanto, a despeito da significativa redução do número de casos entre 1990 e 2009, as variáveis de desfecho dos casos confirmados de TB pulmonar (forma mais importante da doença do ponto de vista de saúde coletiva) notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net nos últimos anos se mantiveram semelhantes. (2) No quadro 1 estão apresentadas as taxas de cura, abandono, óbito e de TB multi resistente (TBMR) que, conforme pode ser visto, variaram de 70% para 65%, de 11% para 12%, de 6% para 7% e de 0,2% para 0,4% de 2003 para 2009, respectivamente.

Quadro 1 - Desfecho do tratamento dos casos de tuberculose pulmonar confirmados notificados no Brasil entre 2003 e 2009

Desfecho	Ano						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>N total*</b>	78.565	76.978	76.090	73.574	71.601	70.785	73.815
<b>Cura</b>	53.696	52.786	53.736	51.547	47.490	39.750	48.010
<b>Abandono</b>	8.937	8.578	8.148	8.064	7.795	6.457	8.629
<b>Óbitos</b>	4.746	4.519	4.726	4.964	4.940	4.151	4.933
<b>TBMR**</b>	125	160	177	195	213	149	307
<b>Transferidos</b>	6.444	6.041	6.040	5.257	5.041	4.054	5.852
<b>Ignorados</b>	4.617	4.894	3.263	3.547	6.122	15.424	6.084

\*N total: número total de casos de tuberculose pulmonar notificados; \*\* TBMR: tuberculose multirresistente

A redução do número total de casos em um cenário em que as variáveis de desfecho de tratamento pouco se alteram pode ser explicado pela estabilidade econômica alcançada pelo país nas duas últimas décadas. De fato, um estudo utilizando estimativas da OMS e do Banco Mundial avaliou a relação entre a incidência de TB e o produto interno bruto “per capita” em diferentes países e demonstrou que a duplicação deste indicador se associou a uma redução de 38,5% na incidência de TB. (3). Interessantemente, embora a taxa de incidência média no país tenha se reduzido para cerca de 37 novos casos para cada 100.000 habitantes em 2009,

esta taxa varia muito nas diferentes regiões do país ou mesmo nas cidades. O Rio de Janeiro, uma cidade com grandes bolsões de pobreza e aglomerados humanos, tem uma incidência de 95/100.000 habitantes e o bairro onde se localiza a comunidade da Maré, por exemplo, tem uma taxa de incidência de 150/100.000 habitantes.(4)

Outro dado que chama atenção é o fato de que em 2009 apenas 63% (46.628/73.815) dos casos de TB pulmonar notificados tinham pesquisa direta de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) positiva no escarro, porcentagem inferior a meta da OMS de 70% de casos com BAAR positivo no escarro. (2) Isto significa que 37%, ou seja, 27.187 pacientes notificados como caso de TB pulmonar tiveram pesquisa de BAAR no escarro negativa (16.810) ou não realizada (10.377) e foram diagnosticados a partir de critérios clínicos e/ou radiológicos. (2) Adicionalmente, no mesmo ano foram realizadas 17.928 culturas de escarro para TB, das quais apenas 8.807 foram positivas. Ou seja, apenas 12% (8.807/73.815) dos novos casos de TB pulmonar notificados realizaram cultura e teste de sensibilidade aos fármacos, apesar do crescente número de casos com resistência primária à rifampicina (prevalência aumentou de 1,3% para 6,6%) e à isoniazida (de 4,4% para 11,3%) no Brasil na última década. (5) Estes números refletem a limitada rede laboratorial existente para o diagnóstico de TB no sistema público de saúde. Não tem sentido que um país com os recursos do Brasil ainda baseie seu Programa de TB em um exame (baciloscopia direta) cuja sensibilidade para diagnosticar TB varia de 50 a 60% e não universalize a cultura com teste de sensibilidade aos antibióticos.

Investimentos e pesquisas em novas tecnologias como, por exemplo, o Xpert MTB/Rif, são bem vindos no sentido de agilizar o diagnóstico da TB. (6) No entanto, em um sistema de saúde que apresenta ainda grandes limitações de infra estrutura e uma rede laboratorial precária isto pode não ter o impacto esperado em termos de saúde pública. Um estudo recente realizado em Nova Iguaçu (RJ) avaliou o tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento em 200 pacientes com TB pulmonar. (7) Nestes pacientes, todos com doença radiologicamente avançada e pesquisa direta de BAAR no escarro positiva (exame que leva poucas horas para ser realizado e tem baixo custo), a principal causa para a demora no diagnóstico da TB foi apresentação tardia do paciente à unidade básica de saúde. Os motivos alegados pelos pacientes para apresentação tardia foram a falta de percepção de estar doente por parte do paciente e a dificuldade de acesso à unidades básicas de saúde, motivo que levou 70% deles a terem o primeiro atendimento em serviços de emergência da região. O estudo constatou ainda que o tempo médio entre o resultado do exame de escarro positivo (baciloscopia direta) e o início do tratamento anti-TB foi de uma semana. (7) Estes dados sugerem a necessidade urgente da implementação de estratégias de busca ativa de casos de TB em adição a atual estratégia de busca passiva de casos, bem como de investimentos em infra estrutura, em informatização (visando o acesso rápido aos resultados dos exames laboratoriais) e em recursos humanos. (8)

O presente número da Pulmão RJ é uma contribuição da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOPTE RJ) ao estudo desta doença tão prevalente no nosso meio. Ao longo dos quatorze artigos que compõe este número da Pulmão RJ, colegas com grande expertise em TB nos apresentam textos objetivos com o que existe de novo e de prático sobre a TB no momento. Certamente os artigos servirão como referência e motivo de reflexão para todos.

**REFERÊNCIAS**

1. [WHO]. World Health Organization Global Tuberculosis Control 2010. Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2011/gtbr11\\_full.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf), consultado em 21 de novembro de 2011.
2. Portal da Saúde. SUS. TUBERCULOSE. Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>, consultado em 21 de novembro de 2011.
3. Janssens JP, Rieder HL. An ecological analysis of incidence of tuberculosis and per capita gross domestic product. *Eur Respir J* 2008; 32: 1415–1416.
4. Piller R. Epidemiologia da tuberculose. Pulmão RJ 2011.
5. PNCT: Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2010, disponível no endereço: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_de\\_recomendacoes\\_controle\\_tb\\_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf), consultado em 21 de novembro de 2011.
6. Mello FCQ. Abordagem diagnóstica da tuberculose pulmonar. Pulmão RJ 2011.
7. Maior ML, Guerra RL, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e do tratamento da tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. 2011. Artigo submetido.
8. Soares ECC. Estratégias de Busca de Casos de Tuberculose Pulmão RJ 2011.