

# EDITORIAL

---

## A TUBERCULOSE NOS PRIMEIROS ANOS DO SÉCULO XXI

Diante das novas diretrizes editoriais da Revista HUPE, com a publicação de números monotêmáticos visando à atualização de doenças e tópicos importantes de interesse geral para os médicos, apresentamos este *state of the art* sobre tuberculose.

Com efeito, estamos diante de uma doença muito importante no Brasil, em termos de sua incidência e de amplo alcance social.

Costuma-se ouvir que “a tuberculose está voltando”. Na realidade, esta é uma meia-verdade e é um conceito propalado pelos momentos de exaltação da mídia, escandalizada pela descoberta de bolsões de miséria. Para voltar, a tuberculose precisaria antes ter desaparecido e, no Brasil, como em muitos outros lugares do mundo, ela nunca foi embora. Há muitas décadas, esperamos sua partida, mas esse fato reluta em acontecer, mesmo com todos os progressos feitos em Microbiologia, métodos de imagem,

diagnóstico por técnicas moleculares, técnicas de DNA e terapêutica.

A tuberculose sobrevive e com múltiplas e algumas recentes roupagens. No início do século XXI, apresenta-se multifacetada, como procuramos demonstrar abaixo, quando revisamos brevemente suas diversas maneiras de apresentação clínica:

a) A tuberculose de sempre – A forma de tuberculose que mais nos aflige é filha da pobreza, da má distribuição de renda, das iniquidades e da desigualdade entre os povos. São vítimas preferenciais as crianças (complexo primário) e os adultos jovens (tuberculose secundária), com as formas anatomopatológicas e radiológicas clássicas, mostrando tendência à disseminação e à caquexia.

b) A tuberculose da AIDS – A imunodeficiência dessa doença facilita o aparecimento

de quadros graves e progressivos em organismos sem memória imunológica contra o *M. tuberculosis*, levando a apresentações semelhantes às do complexo primário, porém em adultos, suas complicações e formas generalizadas.

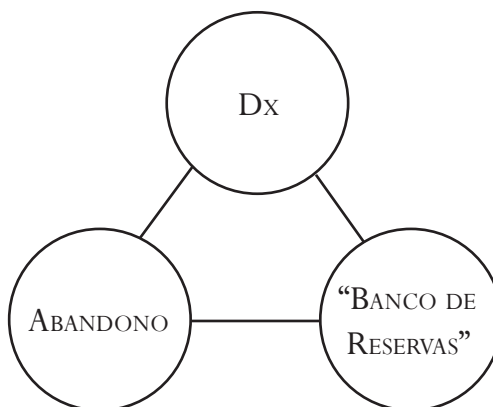
c) A tuberculose de outras formas de imunodepressão – Todas as doenças, terapêuticas modernas e situações envolvidas em diminuição das defesas imunológicas, especialmente as relacionadas aos linfócitos T, podem facilitar a ocorrência da doença de Koch. Aí estão incluídas doenças crônicas como diabetes *mellitus* e também hemopatias, nefropatias, hepatopatias, transplantes, terapêutica anti-TNF-alfa, etc.

d) A tuberculose dos ricos – As melhores condições nutricionais e sociais das classes médias e ricas alteram a história natural da tuberculose. Condições favorecedoras da infecção podem ocorrer relacionadas a doenças de base (diabetes e outras citadas acima), alcoolismo, dietas de emagrecimento, atividades extenuantes, depressão e o próprio envelhecimento. O principal fenômeno observado é o deslocamento da época de ocorrência dos picos de incidência; assim, o complexo primário passa a ser observado na adolescência, em vez da infância, e a tuberculose secundária, na velhice, em vez de no período adulto jovem.

e) Não esquecer que a tuberculose já foi chamada de a grande imitadora. Assim, pode ser confundida com pneumonias, abscessos, neoplasias (formas tumorais), bronquiectasias e muitas outras doenças.

f) Os resíduos pulmonares da tuberculose são os mais variados, desde pequenas cicatrizes até extensas lesões pulmonares (fibroses intensas, bronquiectasias, “destruição pulmonar”) e pleurais. Aqui, além de ser necessário determinar a gênese tuberculosa da lesão, resta sempre o dilema

FIGURA 1. **OS GRANDES DESAFIOS MÉDICOS MODERNOS EM TERMOS DO COMBATE À TUBERCULOSE.** (DX = DIAGNÓSTICO)



de determinar se a mesma encontra-se, ou não, em atividade.

g) A tuberculose extrapulmonar deve ser uma preocupação constante, em tempos de AIDS e outras imunodepressões. Neste tópico, a tuberculose firma-se como doença sistêmica, permeando todas as especialidades. Daí também o interesse geral sobre a doença e a necessidade de fazê-la tópico de estudo geral entre todos os médicos. Se o conhecimento da apresentação clínica mais freqüente da doença (a pulmonar) já é mandatório na formação e no exercício médicos, a ocorrência das várias formas extrapulmonares amplia essa necessidade.

Além dos grandes problemas sociológicos que mantêm a tuberculose como altamente prevalente, há três problemas mais diretamente ligados à atividade médica que contribuem enormemente para a persistência da mesma (Fig.1).

Em primeiro lugar, o diagnóstico. Embora muitos esforços e avanços tenham sido feitos nesse terreno como técnicas Bactec, PCR, sondas genéticas, sorologias, nenhum deles é aplicável na prática em larga escala. Temos a sensação de que, em termos de Saúde Pública, continuamos fazendo o diagnóstico como nos tempos de Koch (final do século XIX). Decorrencia disso é o fato de que pelo

menos 30 a 40% dos casos recebam o diagnóstico da doença sem comprovação bacteriológica. Fazemos, no entanto, algumas ressalvas. A radiologia torácica foi avanço substancial e amplamente utilizado na avaliação dos pacientes, sendo, muitas vezes, decisiva na formulação do diagnóstico de alta presunção. (Relembremos que o R-X foi descoberto também no final do século XIX). A tomografia computadorizada de alta resolução trouxe extraordinária contribuição, esta bem mais precisa e detalhada que a radiografia panorâmica, ao diagnóstico de tuberculose pulmonar, permitindo, nos casos de exame bacteriológico negativo de secreções brônquicas, firmar o diagnóstico de atividade da doença e iniciar o tratamento. A dosagem da enzima adenosina deaminase (ADA) em derrame pleural (além de outros líquidos inflamatórios como ascite) é de grande auxílio, e isto foi uma determinação das últimas décadas.

Um segundo óbice médico à boa condução dos casos é o alto índice de abandono de tratamento por parte de pacientes mal informados, rebeldes ou que não tenham capacidade social de cumprir todos os requerimentos de consultas, exames e de tomar medicamentos. Para se contrapor a esse fenômeno, tem-se que melhorar o nível de instrução sobre a doença e a relação médico-paciente ou sistema de saúde-paciente. Está em curso no Brasil a experimentação, que parece já ter mostrado bons resultados em outros países, da estratégia DOTS, com administração diretamente observada de remédios aos pacientes.

Finalmente, o terceiro obstáculo médico ao controle da tuberculose é o fato de que possuímos e utilizamos excelentes tuberculostáticos apenas para o tratamento de primeira linha. Como há a necessidade de esquema tríptico ou quádruplo com a finalidade de evitar a resistência adquirida, aquele paciente que abandonar o tratamento ou em quem este venha a falhar, terá apenas alguns outros, muito menos potentes e eficazes, para serem utilizados. E aí, estamos diante de uma situação semelhante à de um excelente time de futebol que tem um “banco

de reservas” medíocre: se algum jogador se machucar ou não puder jogar por outro motivo, a substituição deverá ser desastrosa. Usamos “o máximo” como primeira linha, a reserva é fraca, e isso essencialmente porque estamos diante de doença geralmente de pobres, sem grande apelo financeiro que possa servir de atrativo para investimentos em pesquisa.

Assim, em pleno século XXI, temos a sensação de fazer muito menos do que seria de esperar para o controle da tuberculose. É como se ainda estivéssemos atrás da carruagem, sem poder dirigi-la. A primeira e mais importante arma médica para sairmos dessa situação é, sem dúvida, o conhecimento (sem contar com as melhorias sociais e financeiras). Sabemos que é vital instituir o tratamento adequado o mais precocemente possível nos casos bacilíferos de tuberculose pulmonar, se queremos ser mais efetivos na cadeia epidemiológica.

E conhecimento sobre diagnóstico e tratamento é a nossa intenção de marca deste material que trazemos para consideração dos colegas do início do século XXI. Seria muito bom que ele pudesse contribuir para a formação dos estudantes de Medicina e para a reflexão dos colegas.

Desejamos expressar nossos agradecimentos à direção da revista e seu conselho editorial nas pessoas das professoras Edna Ferreira da Cunha e Maria Christina Paixão Maioli.

O reitor da UERJ, professor Nival Nunes de Almeida, foi decisivo em oferecer condições à edição deste número da Revista HUPE. A ele, nosso sincero reconhecimento.

Dedicamos este trabalho à memória do Prof. Munir Rafful, nosso colega, que empenhou grande parcela de sua vida a contribuir no combate à tuberculose, com entusiasmo, conhecimento e arte.

**JOSÉ MANOEL JANSEN  
DOMENICO CAPONE  
AGNALDO JOSÉ LOPES**