

TUBERCULOSE PULMONAR: SINTOMAS E TRATAMENTO

Rosângela Cardoso dos Santos (rosangelacdosantos@hotmail.com)

Valéria Aparecida Natalício da Silva (valeriaap58@hotmail.com)

Me. Andréa Mara de Oliveira (andreamara68@gmail.com)

FACULDADE ALFREDO NASSER

Palavras-chave: *Mycobacterium tuberculosis*. Bactéria. Infectocontagiosa.

1 INTRODUÇÃO

Os conhecimentos atuais a respeito da tuberculose são baseados em evidências arqueológicas e históricas, pois se afirma que os primeiros casos do contágio humano pela tuberculose, a “peste branca”, tenham acontecido em múmias egípcias há mais de 5000 anos a. C., estas apresentavam anormalidades típicas do comprometimento vertebral pela tuberculose (o Mal de Pott), além de fragmentos teciduais contendo o DNA do *Mycobacterium tuberculosis*. É provável, no entanto, que não só o *Mycobacterium tuberculosis*, mas também suas variantes *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canettii* e *Mycobacterium bovis*, tenham tido um ancestral africano comum há 35.000-15.000 anos (MACIEL et al., 2012).

Durante a colonização portuguesa, jesuítas e colonos infectados pela “peste branca” se estabeleceram no Brasil. Este contato dos doentes com os índios proporcionou o adoecimento e a morte de muitos nativos (BELCULFINÉ, 2009).

O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento sobre os sintomas e tratamentos que acometem os pacientes com tuberculose, para que haja uma diminuição no índice de abandono do tratamento, pois quando este ocorre, a doença reincide e o paciente infectado passa a expor novamente não só a si, mas também a comunidade em que vivem.

2 METODOLOGIA

O estudo presente foi feito por meio de pesquisa bibliográfica, com levantamentos de dados através de livros, artigos, publicações em revistas científicas, dissertações. A coleta de dados para este trabalho foi realizada na biblioteca da Faculdade Alfredo Nasser localizada na cidade de Aparecida de Goiânia – GO, e na biblioteca da Faculdade Federal de Goiás- UFG localizada em

Goiânia – GO, além de uma busca em bases de dados virtuais em saúde, como, BIREME, MEDLIN, Periódicos CAPES, LILACS, Portal CNPQ e SCIELO.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A epidemia de tuberculose no Brasil tornou-se realidade na maior parte das cidades, sendo denominada “a praga dos pobres”, por apresentar relação com moradias insalubre, com falta de higiene e com alimentação deficiente, elementos observados na população mais acometida (MACIEL et al., 2012).

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa crônica provocada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), descoberto por Koch, em 1882, que afeta principalmente os pulmões, mas, também podem ocorrer em outros órgãos do corpo como rins, meninges e ossos (COUTINHO et al, 2012).

Apesar de ser uma das patologias mais antigas a ser tratada, a tuberculose ainda provoca grande impacto social (MONTEIRO et al., 2007). Apesar de apresentar amplitude mundial, possui maior incidência nos países emergentes, onde a doença atinge todos os grupos populacionais, porém predomina nos indivíduos considerados economicamente ativos e nos do sexo masculino (BRASIL, 2009).

A transmissão da tuberculose acontece de indivíduo para indivíduo por via aérea. A infecção, localizada no pulmão, poderá ficar latente ou evoluir para estado de doença, inclusive espalhar-se para outras partes do corpo (BURKE, 2011; COUTINHO et al., 2012). Assim que um indivíduo recebe uma carga parasitária pela primeira vez, os bacilos alcançam o pulmão gerando uma reação inflamatória. Esta infecção gera sintomas como os já citados a cima (CONDE et al., 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, dentre as maneiras estudadas para evitar a propagação da doença estão o controle dos fatores associados à tuberculose pulmonar e o diagnóstico precoce. Apresentam-se entre a maior parte de incidência da doença o gênero masculino e as pessoas na faixa etária de 45-50 anos. Os sintomas apresentados pelos pacientes muitas vezes ocorrem de forma sutil (COUTINHO et al., 2012).

A tuberculose primária costuma apresentar febre, já os pacientes que progridem para uma tuberculose pulmonar, o principal sintoma é a tosse persistente, não acompanhada de escarro, nas formas mais leves da doença ou em casos onde a lesão é maior, a tosse é acompanhada de escarro purulento (CONDE et al, 2009).

O diagnóstico desta doença é feito através dos dados clínicos apresentados pelo paciente, por dados laboratoriais e achados radiológicos, sendo fundamentais exames como baciloscopia, que é indicada para todos os pacientes que apresentam sintomas respiratórios, pois este exame identifica os Bacilos-Álcool-Ácido-Resistentes (BAAR), trata-se de um método diagnóstico rápido e barato, eleito pelos serviços de saúde pública, mas que apresenta uma baixa sensibilidade, a cultura de escarro para pacientes suspeitos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, ambos essenciais para a confirmação da doença, além de exames complementares como a prova tuberculínica, anatomopatológico (histológico e citológico), sorológico, bioquímico, biologia molecular (CONDE et al., 2009).

O exame radiológico, em pacientes diagnosticados com baciloscopia positiva, tem como principal função, a exclusão de outra doença pulmonar associada, além de permitir a avaliação dos pacientes, sobretudo daqueles que não responderam à quimioterapia (BRASIL, 2009).

Uma das principais preocupações se tratando da tuberculose é a redução das taxas de abandono de tratamento (CHIRINOS, 2011). Isso é observado no percentual insatisfatório de cura da tuberculose, que não ultrapassa 75% dos casos tratados, embora o Brasil tenha sido o primeiro país a implantar o tratamento de curta duração em 1980, com relativo sucesso inicial (SOUSA et al., 2010).

Diversos fatores levam a dificuldade do efetivo controle da tuberculose, estes são associados a problemas que envolvem prevenção, tratamento, diagnóstico, qualidade dos serviços de saúde e o próprio paciente (ALVES et al., 2012).

A associação medicamentosa adequada e o uso correto das doses sob a supervisão médica por tempo suficiente são os meios para se evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento da resistência às drogas, assegurando assim a cura do paciente (CHIRINOS, 2011).

O paciente deve compreender e aceitar o esquema do tratamento 2RHZE/4RH, este esquema no Brasil é padronizado desde 1979 pelo Ministério da Saúde (ALVES et al., 2012).

Após a confirmação da doença, o tratamento é iniciado através do uso de medicamentos como rifampicina, isoniazida e pirazinamida, além da quimioterapia, podendo ou não gerar algumas reações adversas além de efeitos colaterais. (CONDE et al., 2009; SILVA et al., 2013; FREIRE et al., 2009).

Quando acontece o abandono do tratamento, o paciente continua doente e não deixa de ser fonte de contágio, além de levar à uma resistência medicamentosa e à recidiva da doença, impondo dificuldades ao processo de cura e aumento do tempo e custo do tratamento (CHIRINOS et al., 2011).

Suportar o tratamento medicamentoso parece ser um dos grandes desafios enfrentados pelos pacientes, que relatam uma série de efeitos colaterais: vermelhidão na pele, alteração da coloração da urina, dor no estômago, coceiras pelo corpo, moleza, fraqueza, aumento do apetite, vontade de vomitar, diarreia, câibras. Além de tomar medicamentos, o tratamento também envolve consultas rotineiras e realização de exames. Estas atividades podem modificar o cotidiano do paciente, como por exemplo, perder um dia de trabalho para ir a consultas, por vezes ter descontos salariais ou mesmo demissões decorrentes das faltas (SOUZA, 2013; SILVA, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose é uma doença considerada grave e o tratamento é compreendido como um tratamento complexo, realizado através do uso adequado de drogas antituberculosas como rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. O paciente quando não segue adequadamente ou quando abandona o tratamento, volta a ser fonte de transmissão da doença e a bactéria *Mycobacterium tuberculosis* se torna resistente aos medicamentos, sendo mais difícil obter resultados positivos.

É necessário que haja uma conscientização da sociedade a respeito da importância de ser dar continuidade ao tratamento de forma correta para que os índices de contaminação e reinfecção diminuam.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rayanne Santos et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**, 7ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 809 p.

BURKE, S. D. A. Tuberculosis: Past and Present. **Reviews in Anthropology**, 2011. 40(1):27-52.

CONDE, Marcus Barreto et al . III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 35, n. 10, Oct. 2009 .

COUTINHO, LUIZ Alberto S.R., DANIEL S. O., Giácomo F.S., Gilson M.C.F., Matheus G.S. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de João Pessoa – PB, entre 2007 – 2010. **Ver. Bras. De Ciências da Saúde**. Paraíba, 2012.

CHIRINOS, Narda E. C., Betina H. S. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: Uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 599-406.

FREIRE F. D. et al. Thermal Studies of isoniazid and mixtures with rifampicin. **J therm anal calorim**. Vol. 97, 2009.

Guia de vigilância epidemiológica, caderno 7-TUBERCULOSE. Secretaria de vigilância em saúde/MS, 2009. p.39-60. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf. Acessado em 30 set. 2013.

JUNQUEIRA, Luiz C., José Carneiro. **Histologia básica**. 11^a edição- Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.

MACIEL, Marina de S. M., Plínio D. M., Andréia Patrícia G., Rodrigo S. B. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, 2012 mai-jun;10(3):226-30.

MONTEIRO P. C., GAZZETA C. E. Aspectos epidemiológicos, clínicos e operacionais do controle da tuberculose em um Hospital Escola - 1999 a 2004. **Arq Ciênc. Saúde**, 14(2):99-106, 2007.

PÔRTO A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**. 2007 Set; 41(1):43-49.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira, Anderson Geraldo dos Santos, Edilene Oliveira Amaral. Diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose notificados em Montes claros/ MG durante 2007 a 2009. **Revista Multidisciplinar das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros**, ano 11, n. 17, nov. 2013.

SOUZA, Romeu R. **Anatomia humana**. 1^a edição- Ed. Manole. São Paulo. 2001. Pg 311-321.

SOUSA S.S., Silva M.G.V., Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm**. 2010 Out-Dez; 19(4):636-43.