



**ENTREVISTA COM ISABEL CARVALHO,
DIRETORA DO PROGRAMA NACIONAL
PARA A TUBERCULOSE**

“A TUBERCULOSE CONTINUA ENTRE AS DEZ MAIORES CAUSAS DE MORTE A NÍVEL MUNDIAL”

Apesar do sucesso evidenciado ao longo dos últimos anos, em que a incidência tem vindo a baixar um pouco por todo o país graças a um bom trabalho desenvolvido em articulação, o panorama da tuberculose em Portugal ainda abre espaço a um longo e árduo trabalho. Com uma incidência de cerca de 16,9 casos por 100 mil habitantes, continuamos acima dos países da Europa Central, numa altura em que estamos a baixar a incidência em 5% ao ano, ainda longe dos 10% definidos como meta pela OMS. Numa altura em que deixou de constituir uma verdadeira preocupação entre os portugueses, importa sobretudo rastrear, particularmente em grupos vulneráveis, potenciando assim a adoção de tratamentos preventivos que evitam que a infeção se transforme em doença, o que obriga a tratamento prolongado e por vezes, de difícil adesão. Em entrevista à Dependências, Isabel Carvalho, Diretora do Programa Nacional para a Tuberculose, traça-nos a radiografia do país em matéria de tuberculose.

Faz sentido, em pleno século XXI, ainda falarmos sobre problemas relacionados com a tuberculose?

Isabel Carvalho (IC) – Claro que sim... A tuberculose continua a ser uma das causas mais prevalentes de mortalidade a nível global. Sendo óbvio que é em associação com o VIH que a prevalência mais cresce, o facto é que continua entre as dez maiores causas de morte a nível mundial. Portanto, tem obrigatoriamente de estar englobada entre as estratégias promotoras de saúde. Na verdade, mesmo em países com maior sucesso financeiro e com índices económicos mais elevados, a tuberculose continua a existir. O que tem vindo a mudar sobretudo nos países Europeus de menor incidência de Tuberculose, é a preocupação com as existência de formas multiresistentes e a sua associação com VIH, nomeadamente nos indivíduos provenientes de países de alta incidência.

Continua a verificar-se uma associação à fome, à miséria, à falta de salubridade?

IC – Sem dúvida que continua a existir a tuberculose associada a uma altura de maior fragilidade imunológica. Em alguma altura fomos expostos a um caso de tuberculose ativa, fomos infetados, por algum motivo não fomos incluídos num rastreio, não fizemos tratamento preventivo e, numa altura com maior fragilidade das nossas defesas, a doença desenvolve-se. Claro que, se soubermos atempadamente que a pessoa vive com VIH ou que tem um problema de dependências de drogas ou álcool e conseqüente maior risco de um sistema imunológico mais deficitário, saberemos também que terá maior probabilidade de evoluir para tuberculose quando infetada. Por isso é tão importante fazermos o rastreio destes grupos vulneráveis, porque detetamos e tratamos a infeção ainda antes de evoluir para doença.

Que estratégias está o país a desenvolver, no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose, para minimizar este problema?

IC – A tuberculose mantém-se no topo das prioridades, reconhecendo a existência de grupos vulneráveis, com maior risco de desenvolverem a doença. Devemos atuar preventivamente nesses grupos, ou seja, rastreá-los e tratar a infeção latente para que não desenvolvam doença. Existe um projeto muito interessante “Menos Tuberculose Pedreiras”, no concelho de Penafiel, região do Vale de Sousa que apresenta a maior incidência no país (70,9 casos por 100 mil habitantes). Entre 2018 e 2020, procedeu-se ao rastreio desses trabalhadores, permitindo identificar vários casos de infeção latente e iniciar tratamento preventivo e até identificar casos de tuberculose ativa e que ainda não tinham diagnóstico. Existe outra grande preocupação: uma vez que a incidência da tuberculose está a diminuir, os profissionais de saúde veem cada vez menos tuberculose, o que se reflete num aumento do tempo ao diagnóstico. Obviamente, preocupa-nos que uma pessoa

possa estar doente durante cerca de 80 dias com risco de contagiar amigos e família e que possa ter sido observada em vários níveis de cuidados de saúde, sem se pensar em tuberculose. Sabemos que em dois terços dos casos, o atraso se relaciona com o próprio utente, desvalorizando sintomas e não procurando ajuda médica. No entanto, em cerca de um terço dos casos, o atraso atribui-se à falha no diagnóstico apesar da observação numa instituição de saúde.

Lisboa e Porto tiveram uma baixa de incidência... A que fatores atribui este sucesso nas duas grandes cidades?

IC – Todo o país está a baixar... atribuímos o sucesso precisamente ao trabalho nas consultas de Tuberculose, nos Centros de Diagnóstico Pneumológico e na articulação com os profissionais e com a população. No entanto, a diminuição é mais acentuada na região Norte do que na de Lisboa e Vale do Tejo, onde existe uma maior proporção de grupos vulneráveis como os migrantes e pessoas que vivem com VIH. Na região Norte, predominam como factores de risco a dependência de álcool, os sem-abrigo e a silicose. Ao nível da tuberculose multirresistente, Portugal tem feito um trabalho exemplar, com uma redução sustentada de casos e começámos a concentrar progressivamente a maioria dos casos na região de Lisboa e Vale do Tejo, o que resulta da maior proporção de migrantes e a maior possibilidade de resistências.

No caso dos utilizadores de drogas, também temos muitas pessoas que vivem em vulnerabilidade e em condições de insalubridade ou até como sem-abrigo, o que também aumentará o risco...

IC – Por isso temos atualmente um protocolo de articulação com o SICAD, que tem funcionado muito bem, em que se aproveita a observação nos locais de seguimento para se fazer a aplicação do inquérito de sintomas e promover a toma da medicação da tuberculose. O acompanhamento de, profissionais que os conhecem e em que acreditam, permite aceitar mais facilmente as suas indicações. A observação por um médico que nunca viram, e que a dado momento, lhe dá informação de que estão doentes e que terão de tomar vários comprimidos durante vários meses, com possibilidade de efeitos laterais, será sempre mais fácil com a ajuda dos profissionais que os acompanham. Em reuniões regulares com o SICAD procuramos monitorizar essa articulação e que tem sido muito positiva, sendo de salientar o esforço dos profissionais para além da atividade assistencial diária.

Além dos grupos de risco que já mencionou, que outras comorbilidades poderão contribuir para o surgimento da tuberculose?

IC – Uma comorbilidade que se encontra em crescendo (daí que o tratamento da infeção latente também esteja) é nas pessoas com doenças crónicas imunológicas e que estão a fazer medicação biológica. É muito frequente nas pessoas com doenças inflamatórias articulares, como a artrite reumatóide ou lúpus, a necessidade destes tratamentos, podendo aumentar até cerca de 20 vezes o risco de tuberculose. Por isso, é importantíssimo realizarem o rastreio de tuberculose antes de iniciarem esse tratamento, diagnosticando infeção e iniciando tratamento preventivo. Mais: devem ficar acuteladas de que, sempre que houver exposição a um caso de tuberculose, devem ser prioritárias no rastreio para que façam medicação preventiva. Os grupos vulneráveis são sempre prioritários no rastreio.

Atualmente, constata-se que o problema da tuberculose começa a preocupar a nível global... Teremos andado distraídos durante vários anos?

IC – Sim, um pouco... Quando começamos a assistir a uma diminuição da incidência, inevitavelmente, desligamos um pouco das doenças que já não nos preocupam tanto. Passámos de uma fase em que toda a gente tinha tuberculose, toda a gente pensava que poderia ter tuberculose face a uma tosse ou emagrecimento, até uma altura em que

não pensamos nisso porque, de facto, está mais controlada. E ainda bem. Mas está mais controlada porque existiram centros de tratamento, porque se cumprem tratamentos padronizados, porque se garante que se termina o tratamento e porque se fazem rastreios a pessoas com maior risco de ter tuberculose. No entanto, se começamos a achar que a tuberculose já não é importante, que já não vale a pena investir no rastreio e que se faltar ao rastreio ou não fizer tratamento preventivo não há problema, vamos ter como reflexo um aumento. Portugal continua com valores abaixo dos 20 casos por 100 mil habitantes, com uma incidência de 16,9% mas, na realidade, a nossa redução anual tem sido de 5% quando precisávamos de reduzir 10% para atingirmos a meta da OMS para 2035. Portanto, ainda estamos muito aquém. Os restantes países europeus também revelam dificuldades em acelerar a diminuição da incidência mas, de facto, Portugal, que continua a ser um dos países Europeus com maior incidência, terá que trabalhar mais do que os outros.

Para terminar, como avalia o estado da arte quanto à intervenção da tuberculose em Portugal, sabendo-se que essa mesma intervenção não depende apenas do clínico mas engloba as ONG, as autarquias, a família, os amigos, os demais profissionais de saúde...

IC – Creio que o que nos tem ajudado muito é motivar o doente para o levar à consulta de Tuberculose ou ao hospital porque, de facto, a doença tem que ser diagnosticada. Mas também fazer com que as pessoas que estiveram expostas e não são obrigadas a fazer rastreio ou a ser tratadas preventivamente, o façam na mesma... incentivar, ajudar... Para além disso, toda esta articulação tem dado a possibilidade de a toma da medicação ser realizada num local próximo do doente, evitando deslocações do utente e facilitando a adesão ao tratamento. Os Cuidados de Saúde Primários têm sido fundamentais na ajuda para a toma da medicação. Porquê a toma diária observada? Porque todos nós já passámos pela situação de nos esquecermos de uma toma de um antibiótico ou até, porque nos sentimos bem, interrompemos o tratamento Além disso, o aparecimento de efeitos laterais pode ser um factor de abandono do tratamento, sendo muito importante a presença de um profissional de saúde que nos informe e motive. Na situação atual da COVID-19, iniciamos a promoção de outras estratégias de monitorização da toma, nomeadamente, o recurso às plataformas electrónicas com toma monitorizada por vídeo. Outro aspeto, positivo da COVID-19 e que se reflete na diminuição do contágio da Tuberculose, é o uso da máscara. Assim, embora o atraso no diagnóstico seja um dos fatores determinantes para o contágio, o uso de máscara e o isolamento social permitem reduzir o número de familiares e amigos expostos à tuberculose.

Perspetivas para o futuro?

IC – Infelizmente, creio que iremos assistir a um aumento da incidência à custa dos casos que ainda não foram diagnosticados durante este tempo de pico da pandemia, mas que poderá depois diluir-se ao longo do resto do ano. Havendo simultaneamente uma pandemia por este vírus, corremos o risco de ainda pensarmos menos em tuberculose e de que os utentes tenham receio de recorrer aos cuidados de saúde, potenciando o atraso de diagnóstico. Neste momento, o número de notificações tem sido inferior face aos anos anteriores pelo que estamos preocupados. E ficamos também preocupados com as consequências potenciais na tuberculose infantil pois, se demormos muito a diagnosticar os adultos, vamos ter maior probabilidade das crianças serem infetadas. Com a agravante de ambos de poderem ter menos sintomas e sofrerem ainda mais o atraso no diagnóstico. Resumindo e concluindo, temos que pensar em tuberculose e questionar o doente ativamente sobre sintomas que ele próprio ainda não valorizou para nos podermos antecipar à necessidade de o mesmo procurar ajuda médica.