

Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença crónica causada por uma bactéria chamada bacilo de Koch (BK).

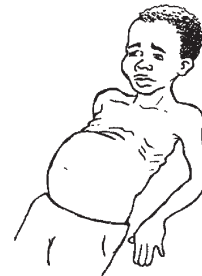
A tuberculose transmite-se facilmente duma pessoa para outra através da tosse.

A forma mais frequente de TB é a pulmonar (TP). Quando o bacilo se instala no pulmão, reproduz-se e vai destruindo o tecido pulmonar provocando lesões em forma de cavidades (buracos).

O BK também se pode instalar e reproduzir em outro órgãos, especialmente nos doentes com o HIV e SIDA e nas crianças pequenas. As localizações mais frequentes da tuberculose extrapulmonar (fora dos pulmões) incluem: os gânglios do pescoço (tuberculose ganglionar); as meninges (meningite tuberculosa); o abdómen e a coluna.



Tuberculose da coluna



Tuberculose do abdómen

Nem todas as pessoas que são contaminadas pelo BK, contraem TB. As pessoas com boas defesas do organismo, podem ficar durante muitos anos com o bacilo “adormecido” no seu corpo, sem ficarem doentes. As pessoas que têm as defesas do organismo enfraquecidas, por exemplo, as malnutridas, diabéticas, e HIV-positivas, desenvolvem TB muito facilmente.

Cerca de metade das pessoas com o HIV desenvolvem tuberculose. Mas, nem todos os doentes com tuberculose são HIV-positivos.

A tuberculose é uma doença curável, mesmo na presença do HIV, desde que o doente tenha uma boa adesão ao tratamento.

Infelizmente, muitas pessoas morrem desta doença, principalmente porque não se tratam, e/ou porque não cumprem o tratamento que é relativamente prolongado (6 meses ou mais). Para a prevenção e cura da tuberculose, é muito importante que o doente seja **tratado no início da doença**. Por isso, é preciso **conhecer bem os sintomas e sinais da tuberculose e estar atento a eles**.

Existem muitas crenças sobre a tuberculose. É importante saber que o curandeiro não cura esta doença. Sem fazer o tratamento adequado, prescrito e seguido numa unidade sanitária, o doente muitas vezes acaba por morrer.

Sintomas e sinais:

Um **adulto** com tuberculose apresenta os seguintes **sintomas e sinais gerais**:

- Febre.
- Sudação intensa à noite (suores nocturnos).
- Falta de apetite.
- Emagrecimento progressivo.
- Cansaço.



Sintomas mais frequentes de tuberculose pulmonar (TP):

- Tosse crónica (2 semanas ou mais).
- Pode haver dor no tórax (peito e/ou parte superior das costas).

Nos casos graves ou avançados:

- Expectoração com sangue (em geral pouco, mas às vezes em grande quantidade).
- Dificuldade em respirar.
- A voz fica rouca (é muito grave).

Na **criança**, a tuberculose, muitas vezes, começa muito lentamente e sem sintomas. Deve-se suspeitar de tuberculose quando há:

- Febre durante 2 semanas ou mais.
- Tosse que dura há mais de 2 semanas.
- Perda de peso persistente.

Além disso, a criança pode apresentar alterações do comportamento (apatia ou irritabilidade); falência do crescimento; falta de apetite e de vontade de brincar.

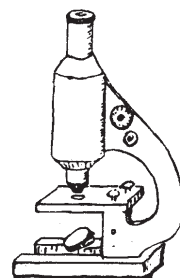
Se há doentes com tuberculose na família, é provável que as crianças possam ter tuberculose.

Tratamento do doente com tuberculose

Quando uma pessoa apresenta sintomas e sinais suspeitos de serem devidos a tuberculose deve ir, ou ser levada pelos familiares, à unidade sanitária mais próxima. Para curar a doença e prevenir a sua transmissão a outras pessoas, é fundamental garantir a **confirmação precoce do diagnóstico** e que o doente inicie o **tratamento adequado, o mais rápido possível**.

Diagnóstico

O diagnóstico de tuberculose pulmonar (TP) é feito por exame microscópico da expectoração (escarro), para ver se nela existem os bacilos de Koch. Este exame chama-se **baciloscopia** e deve ser repetido em 3 dias consecutivos.



Os doentes com forte suspeita de TP e baciloscopia negativa (sem bacilos de Koch) e as crianças devem ser transferidos para uma unidade sanitária com mais recursos. A baciloscopia negativa é frequente na tuberculose disseminada pelos outros órgãos do corpo todo, nas crianças e em adultos HIV-positivos.

Tratamento

Medicamentos antituberculose

O tratamento depende do tipo de tuberculose e dos regimes adoptados ao nível de cada país. Seja qual for o regime adoptado, o tratamento da TB é sempre prolongado e dura normalmente **6 a 8 meses**. É habitualmente feito em 2 fases: a **fase intensiva** e a **fase de manutenção**.

O doente deve iniciar o tratamento **o mais cedo possível** e seguir as instruções dadas na unidade sanitária, tomando diariamente os comprimidos recomendados, até ao fim do tratamento. Em muitos países o tratamento e o seguimento dos doentes com TB é gratuito (não se paga nada!).

O tratamento da TB é sempre feito com mais do que um medicamento, em combinações de 2 a 4, dependendo da fase do tratamento. Actualmente, os medicamentos recomendados e mais utilizados são: a rifampicina (R), a isoniazida (H), o etambutol (E) e a pirazinamida (Z).

Para detalhes sobre os **medicamentos antituberculose** e suas combinações, doses, riscos e precauções, ver pág. 707.

Um regime de tratamento da TB, com uma duração de 6 meses, é o **4DFC – 4 medicamentos em Doses Fixas Combinadas** – em que os comprimidos contêm todos os medicamentos e são apresentados em carteiras plastificadas (*blisters*). O regime tem duas fases: uma fase intensiva de 2 meses, com 4 medicamentos; e uma fase de manutenção de 4 meses, com 2 medicamentos (ver pág. 707).

As estratégias e regimes de tratamento da tuberculose variam de país para país. Sempre que existam normas nacionais de tratamento da TB, estas devem ser seguidas!

Recomenda-se que nos **primeiros 2 meses** de tratamento (**fase intensiva**) o doente tome os medicamentos sob o olhar do trabalhador de saúde, ou duma pessoa da comunidade treinada. Esta medida chama-se **DOTS – Directa Observação do Tratamento**.

Depois dos primeiros 2 meses, o doente recebe os medicamentos mensalmente – **fase de manutenção** – e a sua toma pode ser controlada de forma indirecta (por exemplo, verificando a quantidade dos restantes comprimidos).

Geralmente, a partir do segundo mês de tratamento, o doente começa a sentir-se melhor, a tosse desaparece e o doente começa a recuperar o peso. Os bacilos (BK) ficam enfraquecidos, mas ainda não morreram e continuam no corpo do doente. O doente não está curado!

Se, nesta altura, o doente parar de tomar os medicamento os bacilos voltam a ficar activos, o doente volta a piorar e a doença torna-se muito mais difícil de curar porque os bacilos já ganharam resistências aos medicamentos.

Por isso, é muito importante tomar os medicamentos como foi recomendado na unidade sanitária e até que o trabalhador de saúde diga ao doente que já está curado. O doente deve comunicar ao pessoal da unidade sanitária sempre que tiver algum problema que o impeça de tomar os medicamentos.

O tratamento da TB é prolongado (6 a 8 meses), mas o doente pode ficar curado se aderir ao tratamento!

O doente com TB nunca deve deixar de tomar os medicamentos, mesmo que se sinta melhor. Deve continuar o tratamento sem falhar, até ao fim!

Outras medidas importantes para os doentes em tratamento da TB

1. O doente deve alimentar-se o melhor possível: comer alimentos ricos em proteínas e vitaminas, e os que dão energia (ver pág. 155).

2. Não deve fumar, nem ingerir bebidas alcoólicas.

3. O repouso é importante, mas recomenda-se que o doente faça algum exercício físico, por exemplo andar a pé regularmente.

4. O doente deve deixar de trabalhar (geralmente os doentes com TB recebem um atestado de doença de cerca de 2 meses), repousar e dormir o suficiente até começar a melhorar. Depois, começar com trabalhos moderados, de modo a não se cansar ou respirar com dificuldade.

5. Os doentes com bacilos na expectoração (BK+) devem fazer controlo (baciloscopia) ao segundo e quinto mês do tratamento.

6. O doente que esteja em tratamento de TB pode viajar, mudar de residência ou de local de tratamento, mas deve levar uma guia de transferência da unidade sanitária onde está a ser tratado, para continuar o tratamento na unidade sanitária do local onde vai morar.

7. Nem todas os doentes com tuberculose estão infectados pelo HIV!

Mas, é recomendável que todas as pessoas com TB façam o teste do HIV. Quanto mais cedo se descobrir que a pessoa tem o HIV, melhor será o seu tratamento e seguimento.

8. As crianças devem ser seguidas na Consulta da Criança em Risco (ver pág. 570).



Sempre que possível, os doentes que abandonaram o tratamento devem ser procurados e visitados em casa!

A tuberculose pulmonar (TP) é muito contagiosa. As pessoas que vivem na mesma casa com alguém que tem TP, principalmente as crianças, correm um risco elevado de apanhar a doença. As crianças, em geral, não transmitem a doença mas podem apanhá-la facilmente.

Quando o doente se começa a tratar, geralmente, ao fim de 2 semanas, já não é contagioso (já não transmite a doença aos outros porque já não espalha muitos bacilos).

QUANDO ALGUÉM EM CASA TEM TP

- É preciso que os outros membros da família (**contactos**), sobretudo as crianças com menos de 5 anos, sejam também examinados numa unidade sanitária.
- As crianças devem ser vacinadas contra a tuberculose (BCG, ver pág. 226).
- Todos os membros da família, principalmente as crianças, devem comer alimentos nutritivos.
- Enquanto tiver tosse, a pessoa que tem TP deve comer e dormir afastada das crianças. Se for possível, dormir num quarto separado.
- O doente com TP, deve ter sempre o cuidado de cobrir a boca, com um lenço, quando tosse. Também deve ter o cuidado de cobrir o nariz quando espirra e nunca deve cuspir para o chão. Se tem que cuspir, deve fazê-lo para uma latinha ou recipiente próprio e enterrar o seu conteúdo.
- Todos os membros da família, crianças e adultos, devem pesar-se regularmente (se for possível, 1 vez por mês), até que o perigo passe.

A tuberculose nos membros da família muitas vezes começa muito lentamente e sem sintomas. Deve-se suspeitar quando:

- Houver uma perda de peso persistente.
- Houver febre por 2 semanas ou mais.
- Ocorrer tosse que dure mais de 2 semanas.

Se alguns destes sinais aparecem, a pessoa deve ser encaminhada para uma unidade sanitária para avaliação e diagnóstico.

Na criança – contactos com casos de TP

Mesmo sem os referidos sintomas, as **crianças com menos de 5 anos** que estão em contacto com doentes de TP devem ser transferidas para uma unidade sanitária onde seja possível fazer o chamado teste da tuberculina (Mantoux), para avaliar a situação e decidir os procedimentos a seguir.

Estas crianças devem receber isoniazida (ver pág. 708) para a prevenção da tuberculose. Se ainda não fizeram a vacina BCG, devem fazê-la.

Estas crianças devem ser seguidas na Consulta da Criança em Risco (ver pág. 570).

Os recém-nascidos de mãe com tuberculose:

- Devem ser amamentados. Uma mãe com tuberculose pode amamentar o seu filho, desde que não tussa sobre ele.
- Devem tomar isoniazida (ver pág. 708).
- Devem fazer a vacina BCG (ver pág. 226).
- Devem fazer o teste de Mantoux aos 3 meses para decidir se é necessário tratamento.

Prevenção da tuberculose

Se for possível curar todas as pessoas que sofrem de TP, numa comunidade, consegue-se parar a transmissão da tuberculose. Isto porque deixa de haver pessoas que estão a espalhar o bacilo entre as pessoas da comunidade. A melhoria das condições de vida contribuirá para a prevenção de tuberculose.

Ao nascer, as crianças devem ser vacinadas contra a tuberculose (BCG), que protege contra as formas graves da doença.

Começar o tratamento da TB no início da doença constitui um ponto-chave para a prevenção da sua transmissão!

Lepra

A lepra é uma doença causada por um micróbio chamado bacilo de Hansen. A lepra evolui lentamente, muitas vezes no decorrer de muitos anos.

A lepra já foi eliminada em muitos países mas em países pobres ainda há muitos casos.

O maior perigo da doença está nas suas complicações, que podem levar a deformidades.

Quanto mais cedo o doente for diagnosticado e tratado menos possibilidades tem de desenvolver deformidades.

Transmissão:

A transmissão faz-se por via aérea quando um doente, que não esteja a fazer tratamento, tosse ou espirra, ou por contacto directo (lesão da pele dum doente para uma ferida aberta dum pessoa saudável). Contudo, a maioria das pessoas infectadas não contrai a doença, devido ao sistema de defesa do organismo.

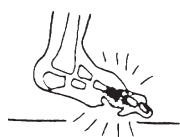
A lepra é pouco infecciosa

Sinais clínicos:

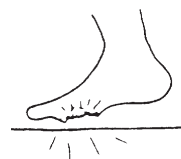
A lepra pode causar:

- problemas de pele: manchas e nódulos (caroços)
- lesões nos nervos: nervos engrossados, perda de sensibilidade nas mãos e pés, paralisias

As grandes feridas abertas que muitas vezes se vêm nas mãos e nos pés das pessoas com lepra, não são causadas pela própria doença e podem ser prevenidas. Ocorrem porque a pessoa perdeu a sensibilidade e não consegue proteger-se contra lesões.



Por exemplo, se uma pessoa com a sensibilidade normal anda uma grande distância e fica com uma bolha nos pés, dói-lhe, e assim a pessoa deixa de andar ou coxeia.



Mas o doente com perda de sensibilidade devido à lepra, continua a andar e fica com feridas. Eventualmente estas feridas podem piorar até os ossos serem atingidos e o pé fica deformado.



A lepra pode causar várias **deformidades**, por exemplo:

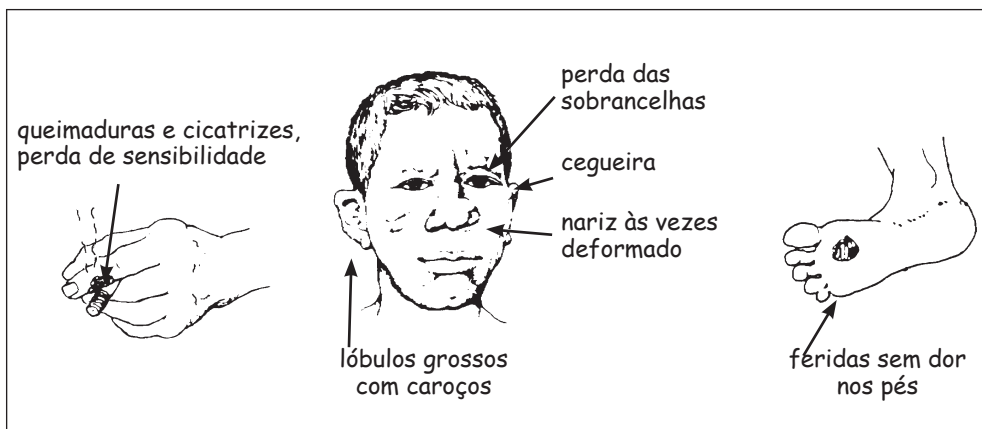


deformidade nas mãos



dedos dos pés em garra
pé descaído

Sinais na fase avançada podem incluir:



Diagnóstico

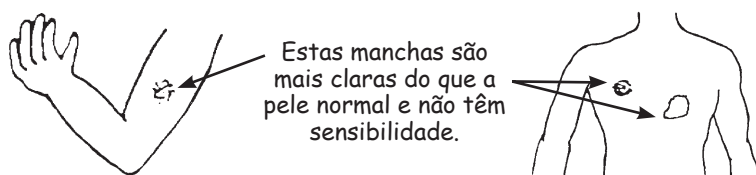
O primeiro sinal de lepra é, na maioria das vezes, o aparecimento de 1 ou mais manchas na pele da face, membros, nádegas e tronco.

Procurar manchas na pele por todo o corpo, principalmente nas zonas frias do corpo, como, por exemplo, nas nádegas.

Como testar a perda de sensibilidade nas manchas da pele:

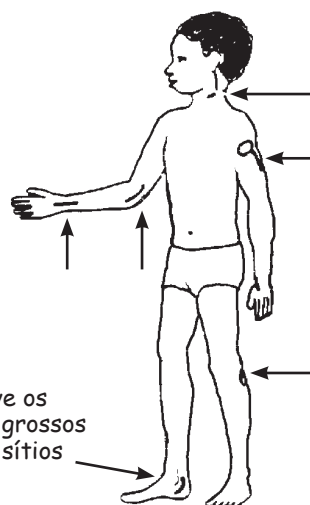
- Explicar ao doente o que vai fazer.
- Usar uma bola de algodão para tocar a pele e pedir ao doente para apontar com um dedo o local tocado, tendo o doente os olhos abertos. Repetir a manobra até que o doente entenda o que se pretende com o teste.
- Pedir ao doente para fechar os olhos e se ele sentir o toque de algodão na sua pele, indicar com um dedo o local tocado.
- Depois de o doente ter fechado os olhos não comunique mais com ele verbalmente. A comunicação será entre a bola de algodão e o seu dedo.

Suspeitar de lepra sempre que aparecer na pele **uma mancha que cresce lentamente, que não faz comichão e não dói.**



O diagnóstico da lepra é feito com base na associação de pelo menos 2 dos seguintes sinais clínicos:

- Mancha(s) clara(s) ou avermelhada(s)
- Perda de sensibilidade na(s) mancha(s), nas mãos e/ou nos pés
- Engrossamento dos nervos



É confirmada com um exame (baciloscopia) positivo nas lesões ou esfregaço nasal.

Os doentes com suspeita de lepra devem procurar o voluntário da aldeia treinado para a lepra ou ir à unidade sanitária mais próxima, de forma a se confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento o mais depressa possível.

Classificação:

- PB (paucibacilares, com poucos bacilos): 1 a 5 manchas com 1 nervo engrossado
- MB (multibacilares, muitos bacilos): mais do que 5 manchas e vários nervos engrossados

Tratamento:

A lepra é uma doença que pode ser tratada e curada.

O tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível para evitar as incapacidades, deformidades e os problemas sociais associados.

Quando o doente cumpre com o tratamento, além de obter a cura, corta a transmissão da doença.

Deve-se explicar bem ao doente que deve continuar a tomar os medicamentos até ao fim do tratamento (6 meses ou 1 ano, dependendo do tipo de lepra).

Quando o doente abandona o tratamento antes de o completar, o voluntário comunitário deve ir a casa do doente e explicar-lhe a necessidade de continuar com o tratamento.

O tipo de tratamento depende da CLASSIFICAÇÃO.

Uma vez por mês, os medicamentos devem ser tomados sob observação directa do trabalhador de saúde ou do voluntário comunitário.

Aqueles que têm poucas lesões (PB) precisam de tratamento durante 6 meses com dapsona e rifampicina (ver pág. 710).

Aqueles que têm muitas lesões (MB) precisam de tratamento durante 1 ano com rifampicina, clofazimina e dapsona (ver pág. 710).

Reacções lepróticas

A lepra pode, de repente, causar episódios de inflamação. Estes episódios podem aparecer antes do diagnóstico ter sido feito, durante o tratamento, ou mesmo depois do doente ter tido alta.

Estes episódios são chamados **reacções**. São temporários e não significam que o doente esteja a piorar.

A inflamação consiste nos 5 sinais seguintes:

- Rubor ou vermelhidão
- Edema (inchaço)
- Dor
- Calor
- Perda total ou parcial da função

Pode haver outros sinais e sintomas acompanhando a inflamação aguda.

Os sinais são:

- febre
- mal-estar
- eritema nodoso leprótico (ENL) – nódulos (caroços) na pele ou debaixo da pele, vermelhos e dolorosos
- inflamação dos olhos
- inflamação dos testículos
- inflamação das articulações

Tratamento das reacções:

Uma reacção leprótica é sempre uma urgência clínica.

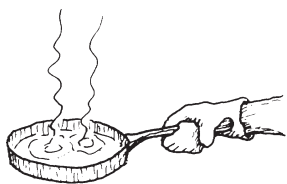
Todos os doentes com suspeita de reacções devem ser tratados com prednisona (ver pág. 736).

Se a reacção for grave ou se houver também novas lesões dos nervos, com perda de sensibilidade e paralisia nas mãos, pés ou olhos, deve-se transferir o doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

Medidas úteis para evitar deformidades

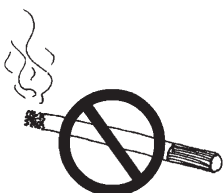
1. Proteger as mãos e os pés de objectos que os cortem, aleijem, produzam bolhas, ou queimem.

Não andar descalço, sobretudo onde há pedras aguçadas ou espinhos. Calçar sapatos ou sandálias. Colocar um forro ou palmilha fofa dentro do sapato e debaixo das fitas ou tiras das sandálias que podem fazer fricção nos pés.



Quando se está a trabalhar ou a cozinhar refeições, usar luvas.

Nunca pegar num objecto que **pode estar quente**, sem primeiro proteger a mão com uma luva grossa ou um pano dobrado.



Se possível, evitar trabalho que necessite manusear objectos aguçados ou quentes.

Não fumar.

2. Ao fim de cada dia (ou mais vezes, se trabalhar ou andar muito) examinar as mãos e os pés com muito cuidado – ou pedir a alguém para os examinar. Procurar cortes, contusões, ou espinhos. Nas mãos e nos pés, procurar também manchas ou áreas vermelhas, quentes ou inchadas, ou que começam a formar bolhas. Se encontrar qualquer um destes sinais, descansar as mãos ou os pés até que a pele volte a ficar completamente normal. Isso ajuda a pele a ficar calejada e mais forte. E as feridas podem ser evitadas.

3. Se já houver uma ferida aberta, manter a ferida muito limpa e em repouso até que esteja completamente curada. Tomar muito cuidado para não se aleijar de novo no mesmo sítio.

4. Proteger os olhos. Muitos dos danos nos olhos ocorrem por não se pestanejar o suficiente por falta de força ou sensibilidade. Para manter os olhos húmidos e limpos deve-se pestanejar muitas vezes. Se não se consegue pestanejar bem, fechar bem os olhos muitas vezes durante o dia, principalmente quando há poeira no ar. Usar óculos de sol com lentes escuras laterais, e usar um chapéu para o sol. Manter os olhos limpos e livres de moscas.

Se estas medidas forem tomadas e o tratamento iniciado cedo, **a maioria das deformidades da lepra podem ser prevenidas.**