



## Tuberculose: onde estamos?

Fernanda Carvalho de Queiroz Mello<sup>1,a</sup>, Denise Rossato Silva<sup>2,b</sup>,  
Margareth Pretti Dalcolmo<sup>3,c</sup>

A tuberculose é a nona principal causa de morte em todo o mundo e a principal causa de morte por um único agente infeccioso, acima do HIV/AIDS. Os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) são responsáveis por 53% de todos os casos de tuberculose no mundo. Estima-se que, em 2016, tenha havido 1,3 milhões de mortes por tuberculose entre indivíduos HIV negativos e outras 374.000 mortes entre indivíduos HIV positivos. Estima-se também que, em 2016, 10,4 milhões de pessoas (adultos: 90%; homens: 65%; pessoas com HIV: 10%) tenham apresentado tuberculose doença (isto é, foram casos incidentes). A tuberculose resistente é uma ameaça persistente; houve 490.000 casos de tuberculose multirresistente em 2016, além de 110.000 casos de tuberculose sensível à isoniazida e resistente à rifampicina.<sup>(1)</sup>

A Assembléia Mundial da Saúde, convocada anualmente pela Organização Mundial da Saúde, aprovou uma resolução com total apoio à nova *Global TB Strategy* (Estratégia Mundial contra a TB) pós-2015 e suas metas ambiciosas. O objetivo da estratégia é acabar com a epidemia global de tuberculose; a meta é uma redução de 90% das mortes por tuberculose e dos novos casos da doença entre 2015 e 2035.<sup>(1)</sup>

Estima-se que apenas dois terços de todos os casos incidentes de tuberculose em todo o mundo sejam notificados aos programas nacionais de controle da tuberculose e relatados à Organização Mundial da Saúde; o fortalecimento e a expansão da atual rede de institutos de diagnóstico são necessários para garantir o acesso universal ao diagnóstico precoce e preciso da tuberculose.<sup>(2)</sup>

O diagnóstico preciso de tuberculose ativa é um pré-requisito para qualquer programa bem-sucedido de controle: um paciente que tenha tuberculose e não seja diagnosticado permanecerá infeccioso, com risco de morte, ao passo que um paciente que não a tenha e erroneamente receba diagnóstico de tuberculose será desnecessariamente exposto a medicamentos potencialmente tóxicos, e os recursos de saúde pública serão desperdiçados.<sup>(3)</sup> Além disso, o diagnóstico é confirmado em laboratório em apenas uma fração dos casos estimados de tuberculose multirresistente. A capacidade adequada de diagnosticar todos os casos de tuberculose resistente é essencial para que o tratamento e controle da doença progridam globalmente.<sup>(2)</sup> Portanto, a estratégia de controle da tuberculose deve assegurar a prestação de serviços para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de todas as formas da doença que afetem pessoas de todas as idades.<sup>(2,4)</sup> Medicamentos novos, acessíveis, mais seguros e mais eficazes que propiciem esquemas de tratamento mais curtos e mais fáceis de administrar são fundamentais para melhorar os desfechos do tratamento da tuberculose resistente.<sup>(5)</sup>

Uma pesquisa recente da literatura revelou uma revisão que se concentra no tratamento da tuberculose e que apresenta informações atuais a respeito desse aspecto fundamental do controle da tuberculose<sup>(6)</sup>; mostrou também um estudo mundial sobre o uso atual e a aceitação de novos testes para o diagnóstico de tuberculose ativa.<sup>(7)</sup> Além de contribuir para o tratamento de casos individuais, estudos como os supracitados contribuem para a elaboração de diretrizes e de políticas locais atualizadas, necessárias, particularmente, em países com significativa carga da doença, como o nosso.

### REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Drobniewski F, Nikolayevskyy V, Balabanova Y, Bang D, Papaventsis D. Diagnosis of tuberculosis and drug resistance: what can new tools bring us? *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012;16(7):860-70. <https://doi.org/10.5588/ijtld.12.0180>
4. Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, Cohn DL, Daley CL, Desmond E, et al. Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention Clinical Practice Guidelines: Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. *Clin Infect Dis*. 2017;64(2):e1-e33. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw694>
5. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care (2017 update). Geneva: World Health Organization; 2017.
6. Rabahi MF, Silva Júnior JLRD, Ferreira ACG, Tannus-Silva DGS, Conde MB. Tuberculosis treatment. *J Bras Pneumol*. 2017;43(6):472-486. <https://doi.org/10.1590/s1806-3756201600000388>
7. Amicosante M, D'Ambrosio L, Munoz M, Mello FCQ, Tebruegg M, Chegou NN, et al. Current use and acceptability of novel diagnostic tests for active tuberculosis: a worldwide survey. *J Bras Pneumol*. 2017;43(5):380-392. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000219>

1. Instituto de Doenças do Tórax – IDT – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS) Brasil.

3. Centro de Referência Hélio Fraga, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

a. <http://orcid.org/0000-0003-3250-6738>; b. <http://orcid.org/0000-0003-0230-2734>; c. <http://orcid.org/0000-0002-6820-1082>