

Publicado em 04 de novembro de 2023
REVISTA SOCIEDADE CIENTÍFICA, VOLUME 6, NÚMERO 1, ANO 2023

DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR PARA ATENÇÃO BÁSICA - RELATO EXPERIÊNCIA

Diana Estela Froz Ferreira

Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo, Novo Hamburgo, Brasil
dianafroz0108@gmail.com

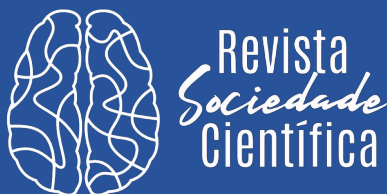
RESUMO

O estudo teve como objetivo relatar a experiência de um atendimento a um paciente com diagnóstico de recidiva de tuberculose atendido na atenção básica, evidenciando as fragilidades na descentralização do diagnóstico e manejo do tratamento dessa patologia. Na atenção básica é primordial que os profissionais estejam aptos a identificar casos sintomáticos respiratórios como suspeita de tuberculose, objetivando o diagnóstico e tratamento precoce dos casos, com a finalidade principal de interromper a cadeia de transmissão da doença. Para isso, o Ministério da Saúde tem como estratégia principal a descentralização desses pacientes para esses serviços, o que apesar de não ser algo recente ainda se mostra como um grande desafio a estes profissionais.

Palavras-chave: Tuberculose; Doenças transmissíveis; Atenção básica

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença crônica, infectocontagiosa, e que pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo em saúde pública, a espécie mais importante a *M. tuberculosis*, conhecida também como bacilo de Koch (BK) [1, 2].



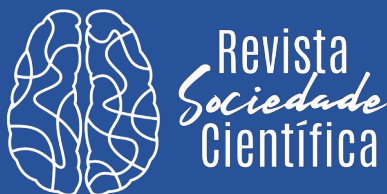
Publicado em 04 de novembro de 2023
REVISTA SOCIEDADE CIENTÍFICA, VOLUME 6, NÚMERO 1, ANO 2023

A transmissão do bacilo ocorre principalmente por via aérea, de uma pessoa com TB pulmonar ou laríngea ativa, a partir da exalação de aerossóis oriundos da fala, tosse ou espirro. Os bacilos que se depositam em objetos dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, não têm papel na transmissão da doença. O paciente com doença ativa, tende a diminuir gradativamente o risco de transmissão com o início do tratamento, portanto, destaca-se a importância da realização da baciloscopia para diagnóstico de novos pacientes, e também para controle daqueles que estão em tratamento para avaliar o risco existente para a contaminação de novos contatos e a eficácia do tratamento [1,2].

Além da tosse persistente, o indivíduo pode apresentar outros sintomas como febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, astenia (cansaço e mal-estar), emagrecimento, dor torácica, hemoptise e/ou escarro hemático [2].

O controle da TB requer além de ações permanentes nos serviços de saúde que assegurem um diagnóstico precoce, que estes locais sejam também qualificados para assegurar a assistência no processo de acompanhamento dos pacientes em tratamento. Estima-se que 1% da população seja composta por sintomáticos respiratórios (SR), definidos como indivíduos que apresentam tosse por três ou mais semanas. Podendo, esse tempo ser reduzido a duas semanas ou a qualquer tempo em populações específicas [2]. As equipes de saúde, principalmente as que atuam em unidades de saúde de família, por ser a porta de acesso aos demais serviços, deve estar capacitada para a identificação e a busca de sintomáticos respiratórios, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose [2].

Buscando a melhoria desse acesso e a horizontalização do atendimento aos pacientes com TB no Brasil, principalmente da população vulnerável e com maior risco de adoecimento, a descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerada como arranjo



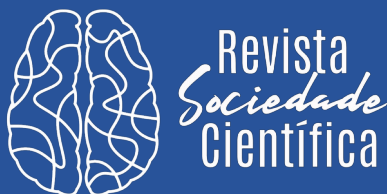
organizacional imprescindível para efetivar o controle da doença, destacando-se nas estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde [4,5].

2 DESCRIÇÃO

Paciente do sexo feminino, 63 anos, com história de dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica, em uso de Enalapril 5mg 01 comprimido (cp) via oral (VO) ao dia, Sinvastatina 40mg 01 cp VO à noite, Omeprazol 20 mg 01 cp VO de 12 em 12 horas, AAS 100 mg ao dia, Metoprolol 25 mg 02 cp VO ao dia. Tabagista por 10 anos, em abstinência há 5 anos. Nega etilismo. Procura por atendimento em unidade de saúde da família (USF) com queixa de perda ponderal de 4 kg em dois meses, acompanhada por cansaço e fraqueza com aumento gradual no período. Refere também noctúria (6 vezes /noite), disúria leve e esporádica, tosse produtiva com expectoração esbranquiçada e leve coriza. Neste atendimento foram solicitados exames laboratoriais, radiografia de tórax, testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e prescrito Loratadina. Na mesma semana a paciente realizou os testes rápidos para ISTs, com resultados não reagentes.

Dez dias após a consulta de solicitação de exames a paciente retorna ao serviço com os resultados dos mesmos, referindo piora na tosse, principalmente à noite, sendo então prescrito o uso de Ciprofloxacino e Guaco Xarope. Quinze dias depois, a paciente retorna para avaliação do exame de urina e é prescrito Nitrofurantoína para tratamento de infecção do trato urinário (ITU).

Retornou ao serviço, 45 dias após a primeira consulta por piora no quadro, relatando tosse produtiva com secreção escura, falta de ar, inapetência, emagrecimento, sudorese noturna e febre ocasional. Na ocasião relata já ter realizado tratamento para tuberculose em 2012, por 6 meses, com alta por cura. Relata ainda que um dos filhos com quem reside está sendo investigado por suspeita de tuberculose devido tosse persistente, o mesmo já teve passagem pelo sistema prisional. Paciente traz radiografia de tórax para avaliação, realizada há 10 dias, exame com o seguinte laudo: Opacidades



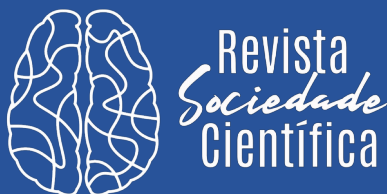
Publicado em 04 de novembro de 2023
REVISTA SOCIEDADE CIENTÍFICA, VOLUME 6, NÚMERO 1, ANO 2023

parenquimatosas de aspecto consolidativo/atelectásico em lobo superior, com redução de volume pulmonar e presença de áreas radio lucentes de permeio sugestivos de escavações. Opacidade parenquimatosa de aspecto consolidativo em lobo inferior esquerdo. Perda de profundidade do seio costofrênico esquerdo. Após discussão do caso com o Telessaúde, é prescrito novo tratamento com antibioticoterapia (Amoxicilina com clavulanato 500/125mg 1 cp 8/8 horas por 5 dias) e iniciada a investigação para tuberculose.

Na semana seguinte, a paciente retorna após busca ativa, devido resultado do exame de escarro positivo para tuberculose (primeira e segunda amostras: ++). Sendo então realizado o encaminhamento da paciente para início de tratamento na tisiologia junto ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município. Foi realizada a investigação dos comunicantes, conforme protocolo, destacando que o filho que estava sintomático, também positivou para tuberculose. Além dele, residia com a paciente, mais dois adultos e uma criança de 3 anos, sendo que estes não foram diagnosticados com a doença.

Paciente inicia o tratamento, sendo diagnosticado como um caso de recidiva, iniciado o uso do esquema 2RHZE (R (Rifampicina) – H (Isoniazida) – Z (Pirazinamida) – E (Etambutol)), e solicitado exames laboratoriais de controle.

Procura a USF após 20 do início do tratamento para avaliação dos exames laboratoriais : Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO) 104U/L; Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP) 65U/L. Exames coletados dois meses antes do início do tratamento: TGO 27U/L ; TGP 17U/L. Neste atendimento a paciente referiu dor epigástrica após o início das medicações, o caso foi discutido com o Telessaúde, sendo mantido o esquema RHZE, com administração dos comprimidos 2 horas após o café da manhã ou antes de dormir, sugerido o aumento da dose do omeprazol para 40 mg/dia em jejum, ou preferencialmente, a troca pelo Pantoprazol 40mg/dia por interação da rifampicina com omeprazol. Além da suspensão do Ácido Acetil Salicílico (AAS) se sua finalidade fosse para prevenção primária já que não há evidência de benefício para

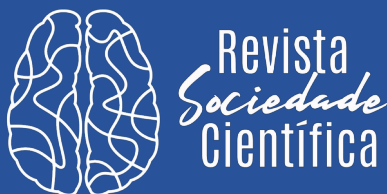


essa indicação e é uma medicação com toxicidade gástrica. Foram solicitados novos exames para avaliação da função hepática, com TGO 92U/L; TGP 30U/L; Fosfatase Alcalina (FA) 515U/L; Gama Glutamil Transferase (GGT) 461U/L; ; Bilirrubina Direta (BD) 0,2mg/dL ; Bilirrubina Indireta (BI) 0,40mg/dL; Bilirrubina total (BT) 0,6mg/dL e Albumina 3,9g/dL .Telessaúde orientou manter o esquema com RHZE. Solicitado novos exames laboratoriais, radiografia de tórax, ecografia de abdome e baciloscopia com cultura para realização em 30 dias. No retorno, os exames mostraram piora na função hepática: TGO: 128,00 U/L; TGP: 85,00 U/L; GGT: 367,00 U/L; BD: 0,40 mg/dl; BI: 0,40 mg/dl; BT: 0,80 mg/dl; FA: 246,00 U/L; Pesquisa de BAAR: (Amostra 1: positivo +); cultura para BK: amostra 1: +++; amostra 2: +++. Teste de sensibilidade: sensível a Isoniazida, Rifampicina e Etionamida. O caso foi discutido com o médico infectologista do serviço de tisiologia, que orientou a suspensão do esquema RHZE, controle da função hepática com TGO e TGP, RX de tórax, cultura e teste de sensibilidade e BAAR, e encaminhamento para reavaliação no serviço de referência.

3 DISCUSSÃO

Diagnosticar e tratar precocemente o paciente com tuberculose é fundamental para a redução da disseminação da doença, porém, esse processo depende da procura passiva de sintomáticos respiratórios, da apresentação do doente aos serviços de saúde e da rápida suspeição dos profissionais para a solicitação de baciloscopia para o diagnóstico [3,5].

No caso relatado, apesar do acesso gratuito aos serviços de saúde do município, a paciente procurou pelo primeiro atendimento apenas dois meses após o início dos sintomas, e ainda assim a suspeita da tuberculose surgiu apenas 45 dias após o primeiro contato com o serviço, somente após a piora importante dos sintomas. Isso mostra que ainda existe uma fragilidade e uma fragmentação do cuidado, onde o usuário não procura o serviço inicialmente, e o profissional, não tem esse olhar integral do mesmo,



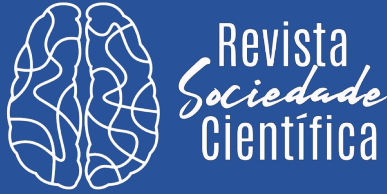
cabendo ressaltar que o histórico de tratamento da tuberculose só foi relatado após o diagnóstico atual.

A recidiva da tuberculose é o caso de tuberculose ativa que foi anteriormente tratado e recebeu alta por cura ou por conclusão do tratamento. Um estudo realizado sobre os fatores de risco para a recidiva de tuberculose, mostrou que são fatores independentes para a ocorrência de recidiva: as reações colaterais aos medicamentos, a idade, a falta de adesão do paciente às consultas médicas de acompanhamento, fatores ligados à organização dos serviços de saúde como falhas nos agendamentos de consulta e a prescrição de subdoses das medicações preconizadas, além disso, o fato de ter ocorrido caso de tuberculose em um familiar [1,2,].

Reações colaterais à medicação se mostraram fortemente relacionadas aos aparecimentos de recidivas, sendo que as queixas mais frequentes são náuseas e vômitos, sendo provavelmente desvalorizadas pelos profissionais que prestaram assistência, contribuindo para a baixa adesão e a inadequação do tratamento do primeiro episódio de tuberculose. A maioria desses sintomas, embora de leve intensidade, requer um olhar atento e diferenciado dos serviços de saúde, de forma que possam ser reduzidos sem interrupção do tratamento [1,2].

Nos primeiros meses de tratamento, pode ser observado em uma pequena parcela dos pacientes, a elevação assintomática dos níveis séricos das enzimas hepáticas, sem qualquer manifestação clínica e sem necessidade de interrupção ou alteração do esquema terapêutico, seguida de normalização espontânea [2].

Deverá ocorrer a interrupção do tratamento nos casos em que as enzimas hepáticas atingirem até cinco vezes o valor normal em pacientes assintomáticos, logo que surja a icterícia ou quando as enzimas atingirem até 3 vezes o valor normal para aqueles pacientes com sintomas dispépticos, como no caso da paciente em questão, onde houve a piora na função hepática associada a sintomas clínicos como náusea e vômito logo após iniciar o uso das medicações, sendo então, recomendado o

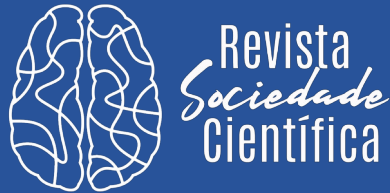


encaminhamento para uma unidade de referência para avaliação e acompanhamento clínico e laboratorial [2,5].

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da descentralização do paciente com tuberculose para a atenção básica já ser estabelecida no Brasil há quase duas décadas o município onde ocorreu o caso relatado iniciou o processo de descentralização desses pacientes, bem como daqueles diagnosticados com Hepatites B e C e com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), em 2023, portanto os profissionais ainda estão em processo de aprendizagem sobre esses cuidados, o que gera ansiedade e dúvidas sobre os casos, quando estes diferem do que está descrito na literatura. Os fluxos ainda não estão bem definidos no município e no caso da tuberculose, ainda não está sendo disponibilizada a medicação nas USF. Além disso, não existe a rotina de contrarreferência entre os serviços, com isso, a USF não tem controle daqueles pacientes que já estavam em acompanhamento no SAE. Por outro lado, a boa relação entre os profissionais, facilita a discussão de casos individualmente, conforme o surgimento das demandas, além da possibilidade de solicitar auxílio ao Telessaúde.

São vários os desafios no cuidado ao paciente com tuberculose, desde o diagnóstico precoce até a conclusão do tratamento, que é demorado e requer persistência e o entendimento do doente sobre a necessidade e a importância da conclusão do mesmo, cabe aos profissionais da atenção básica ter esse olhar diferenciado, na identificação de casos suspeitos na rotina das unidades, além de ter essa visão sobre o cuidado continuado desses usuários, buscando manter o vínculo e adesão ao uso das medicações, à realização dos exames periodicamente e às consultas de reavaliação durante o período de tratamento até a cura.



5 REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira, Helenice Bosco de; Filho, Djalma de Carvalho Moreira. **Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco**. Revista Panamericana de Salud Pública 7 (2000): 232-241.
- [2] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Dec 10]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pf
- [3] Sasaki, Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos; Santos Maria de Lourdes Sperli Geraldos dos; Vendramini, Silvia Helena; Ruffino-Netto, Antonio; Villa, Teresa Cristina Scatena; Chiaravalloti-Neto, Francisco. **Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados**. Rev bras epidemiol. 2015Oct;18(4):809–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040011>
- [4] Wysocki, Anneliese Domingues; Ponce, Maria Amélia Zanon; Brunello Maria Eugênia Firmino; Beraldo, Aline Ale; Vendramini, Silvia Helena Figueiredo; Scatena, Lúcia Marina, Netto, Antonio Ruffino; Villa, Tereza Cristina Scatena. **Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços**. Rev bras epidemiol 2017 Jan;20(1):161–75. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>
- [5] DE OLIVEIRA, Tatyane Maria Pereira; Ferreira, Eduardo Henrique Barros; Silva, Chrisllayne Oliveira da; Hernandez, Lincon Fricks; Melo, Karine Costa; Pereira, Ana Hortencia Cavalcante Cardoso; Almeida, Ana Tereza Santos Dias de; Sousa, Anderson Moura Bonfim de; Medeiros, Joelson da Silva; Figueirão, Erika Galvão; Santos, Rodolfo Ritchelle Lima dos; Silva, Wenderson Costa da; Nunes, Jomar Diogo Costa. **Assistência ao paciente com tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 27, n. 7, p. 3247-3263, 2023.