



Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância – Profissionais da Atenção Básica – UNA-SUS

Tuberculose: Ações para diminuir a incidência da tuberculose na UBS Primeiro de Outubro.

Aluno: Ricardo Machado Díaz

Orientadores: Bokkolla Geya Ramya

**Guaianazes
Outubro/2014**

Sumário

1. Introdução	3
1.1 Identificando e apresentando o Problema	3
1.2 Justificativa da intervenção.....	4
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo geral	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Revisão de Literatura	5
4. Metodologia	7
4.1 Cenário do estudo.....	7
4.2 Sujeitos da intervenção	7
4.3 Estratégias e ações.....	7
4.4 Avaliação e Monitoramento	7
5. Resultados esperados.....	8
6. Cronograma.....	8
7. Referências	9

1 Introdução

1.1 Identificando e apresentando o Problema

A tuberculose (TB) é uma doença antiga, e sua existência é comprovada desde os tempos pré-históricos. Foram encontradas lesões que sugeriam a doença em esqueletos de múmias do antigo Egito e recentemente também foram observadas sequelas típicas da TB no esqueleto de uma múmia pré-colombiana no Peru.¹

No Brasil, a TB foi introduzida com a vinda de jesuítas e colonos durante a colonização. Parte deles eram tuberculosos e vieram para o novo continente visando as qualidades climáticas tropicais, pois acreditavam que seria favorável ao processo de cura da doença. Por ser uma doença infecciosa, a disseminação foi muito rápida e se tornou uma epidemia nas maiores cidades brasileiras.²

No final do século XIX existiam sanatórios que eram como pousadas nas montanhas, onde pacientes abastados recebiam cuidados necessários para o tratamento da TB. Ao longo do tempo, esses lugares tornaram-se centros de isolamento e tratamento para pessoas de qualquer classe social (BRASIL, 2011a). Posteriormente, com a descoberta e eficácia dos quimioterápicos, esses sanatórios foram desativados e o tratamento dos doentes passou a ser ambulatorial.³

A tuberculose mantém, historicamente, íntima relação com questões sociais de iniquidade, pobreza e subdesenvolvimento (7-8-9-10).

Com efeito, o aumento dos processos de migração da população brasileira e favelização dos centros urbanos dele decorrente, a má distribuição de renda, bem como situações de moradia e atenção geral à saúde precária estão no epicentro da grave situação em saúde não só no tocante à tuberculose, mas a outras enfermidades infectocontagiosas (11-12).

A esses fatores, se associam aspectos biológicos, lato sensu, como cepas resistentes e mais virulentas do bacilo, bem como a associação da doença com co-morbidades do mundo contemporâneo, como HIV/AIDS e a emergência de cepas multirresistentes de tuberculose.⁴

1.2 Justificativas da intervenção

Nos últimos anos a incidência da tuberculose na UBS Primeiro de outubro aumentou, a quantidade de pacientes com sintomas respiratórios foi muito alta, mas a pesquisa foi baixa, só em 2014 foram diagnosticado 109 casos.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Sintomáticos respiratórios	7172	8096	6968	7701	7242	7542	7512	8058	8012
Examinados	10	22	7	21	13	12	20	20	95
TB no mês	15	13	17	14	11	9	9	10	11

Fonte SIAB 2014

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Diagnostico cedo da tuberculose para diminuir a incidência y melhorar o controle da doença.

2.2 Objetivo específico

- Executar pesquisa ativa aos pacientes sintomáticos respiratórios.
- Propor as consultas como prioridade aos pacientes com diagnostico de HIV.

3. Revisão de Literatura

A tuberculose (TB) é uma doença antiga, e sua existência é comprovada desde os tempos pré-históricos. Foram encontradas lesões que sugeriam a doença em esqueletos de múmias do antigo Egito e recentemente também foram observadas sequelas típicas da TB no esqueleto de uma múmia pré-colombiana no Peru.¹

No Brasil, a TB foi introduzida com a vinda de jesuítas e colonos durante a colonização. Parte deles eram tuberculosos e vieram para o novo continente visando as qualidades climáticas tropicais, pois acreditavam que seria favorável ao processo de cura da doença. Por ser uma doença infecciosa, a disseminação foi muito rápida e se tornou uma epidemia nas maiores cidades brasileiras.²

No final do século XIX existiam sanatórios que eram como pousadas nas montanhas, onde pacientes abastados recebiam cuidados necessários para o tratamento da TB. Ao longo do tempo, esses lugares tornaram-se centros de isolamento e tratamento para pessoas de qualquer classe social (BRASIL, 2011a). Posteriormente, com a descoberta e eficácia dos quimioterápicos, esses sanatórios foram desativados e o tratamento dos doentes passou a ser ambulatorial.³

O M. tuberculosis depende do parasitismo para sua sobrevivência, não sendo encontrado livre na natureza. O micro-organismo possui alto conteúdo lipídico na sua parede que é responsável por importantes efeitos biológicos como a indução da formação do granuloma. Além disso, as micobactérias podem entrar em um estado de dormência, onde são capazes de sobreviver sem se dividir, permitindo que elas permaneçam em pequenos grupos populacionais, dificultando a erradicação da doença, além de contribuir para a reativação de uma infecção subclínica ocorrida vários anos antes.⁴

Vários fatores favorecem o adoecimento do indivíduo tornando-o mais susceptível ao aparecimento da infecção. Destacam-se os fatores relacionados à competência do sistema imunológico: desnutrição, etilismo, idade avançada, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), diabetes e uso de medicamentos imunossupressores. Outras variáveis como carga bacilífera e a virulência do micro-organismo também influenciam no aparecimento da doença em indivíduos imunocompetentes.⁵

A prevalência da doença é aumentada nas áreas de grande concentração populacional e em condições socioeconômicas e sanitárias precárias. A distribuição da doença é mundial, mas nos países desenvolvidos, o número de morbidade e mortalidade é decrescente. Porém, em áreas com alto índice de infecção pelo HIV vêm aumentando o número de casos e óbitos por TB.⁶

A via de infecção tuberculosa é quase sempre inalatória. A principal fonte de infecção da TB é o indivíduo bacilífero (doente que elimina bacilos no ar ambiente), portador de lesão pulmonar ou laríngea que, ao tossir ou falar, lança

na atmosfera gotículas de secreção com bacilos. As partículas maiores e pesadas tendem a se misturar com a poeira, enquanto que as menores dispersarão em aerossóis. Estas partículas contêm bacilos viáveis, sendo portanto infectantes e que ao serem inalados alcançam os alvéolos, onde os micro-organismos se estabelecem e se desenvolvem.^{6,2}

A elevação das taxas de co-infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e bacilo da tuberculose (TB) determina desafios que impedem à redução da incidência de ambas as infecções, os quais têm sido bem documentados ao longo dos últimos anos. O aumento da prevalência global do HIV teve sérias implicações para os programas de controle da TB, particularmente em países com alta prevalência dessa doença. O HIV não só tem contribuído para um crescente número de casos de TB como também tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes co-infectados.⁷

No Brasil são notificados cerca de 85.000 casos de tuberculose e 30.000 casos de Aids por ano. Com exceção da candidíase oral, a TB é a doença oportunista mais frequente no paciente infectado pelo HIV; estudos pontuais têm mostrado que essa é também uma das principais causas associadas ao óbito nessa população.^{8,9} Enquanto a possibilidade de um indivíduo imunocompetente infectado pelo bacilo da TB desenvolver a doença é de cerca de 10% ao longo da vida, no indivíduo infectado pelo HIV e sem intervenção terapêutica essa probabilidade é de cerca de 10% ao ano.^{1,4} Do total de casos notificados de TB no País, 8,1% e 7,8% eram também infectados pelo HIV, respectivamente nos anos de 2000 e 2001. Esse percentual mostra-se bem mais elevado, no entanto, em estados onde a incidência ou o número de casos de Aids e/ou de tuberculose é maior.⁸

De acordo com Ministério de Saúde, existem duas medidas preventivas eficazes contra a tuberculose: a vacinação e a quimioprofilaxia. A vacinação com a BCG é a medida mais comum para prevenção da TB, pois visa proteger as crianças não infectadas de adoecerem caso venham a se infectar com o bacilo da TB. É indicada para crianças de 0 a 4 anos de idade e a proteção imunitária pode manter-se por 10 a 15 anos.⁹

O PNCT é responsável pelas normas de prevenção, ou seja, redução das fontes de infecção, diagnóstico, tratamento e pela distribuição dos medicamentos que são fornecidos gratuitamente a todos os doentes registrados e acompanhados nas Unidades de Saúde, levando à consequente redução da incidência, prevalência e mortalidade causada pela TB.¹⁰

Diagnosticar precocemente um doente tuberculoso, principalmente o bacilífero, e tratá-lo de forma adequada, é essencial para eliminação da principal fonte de infecção. A redução dessas fontes de infecção interrompe a cadeia de transmissão da doença e diminui o problema da TB na comunidade. Dessa forma, a transmissão é reduzida gradativamente após o início do esquema terapêutico recomendado e ao fim de poucas semanas, o risco de transmissão diminui significativamente.¹¹

A redução da transmissibilidade pode ser explicada pelo fato de que juntamente com o escarro contendo bacilos é eliminado parte do medicamento. Essa eliminação contribui para diminuir a sobrevivência e a multiplicação dos bacilos. A carga bacilífera também diminuiu para 5% no segundo dia e para 0,5% após o início do tratamento.

4. Metodologia

4.1 Cenário do estudo

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da UBS primeiro de outubro da região de Guaianazes, zona leste da secretaria de saúde municipal de São Paulo.

4.2 Sujeitos da intervenção

Equipes de saúde da UBS primeiro de outubro, enfermagem, auxiliares de enfermagem, e com maior participação nesta atividade as agentes comunitárias de saúde (ACS), com o conselho e supervisão dos médicos dos sete equipes da unidade. Pacientes com sintomas respiratórios, e pacientes com diagnóstico de HIV.

4.3 Estratégias e ações

Os médicos e enfermeiras da UBS primeiro de outubro organizará a capacitação das auxiliares de enfermagem e das ACS da situação epidemiológica, grupos de risco, sintomas, e diretamente nas visitas domiciliares as agentes vão entregar junto com médico e enfermeira os pedidos de exame de escarro aos pacientes com sintomas respiratórios de mais de 14 dias e aos pacientes de risco com sintomas de menos de 14 dias (pesquisa ativa), para garantir a realização de os exames e diminuir a não assistência a consulta deste grupo.

Na reunião técnica, junto com o gerente da unidade proporá a inclusão como prioridade de saúde em assistência médica o acompanhamento dos pacientes com HIV, um grupo de risco importante em a incidência da tuberculose em as últimas décadas. As consultas a cada três meses, onde o médico e enfermeira podem avaliar o estado da doença, com avaliação do peso, sintomas e a cada 6 meses uma radiografia de tórax, tentando diagnosticar mais cedo a aparição da doença e diminuir a transmissibilidade e mortalidade em os pacientes com imunodeficiência.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Monitorar a captação de sintomáticos respiratórios, da realização dos exames, da assistência dos pacientes a consulta assim como dos resultados dos estudos.

Acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS avaliando anualmente se houve uma diminuição da incidência da tuberculose pulmonar em a região de Guaianazes envolvida em a UBS primeiro de outubro.

5. Resultados esperados

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se fazer o diagnóstico mais cedo da doença infeto contagiosa com maior número de exames da pesquisa ativa, para tentar diminuir a incidência da TB ,controlar os pacientes com HIV como politica de saúde prioritária.

6. Cronograma

Atividades (2014)	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEC
Elaboração do projeto	X							
Aprovação do projeto		X						
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X			
Apresentação para equipes e comunidades		X						
Intervenção				X	X	X		
Discussão e análise dos resultados							X	
Elaboração de relatório						X		
Apresentação dos resultados para equipes e comunidade								X

7. Referências

1. Brasil. Portal da saúde. Brasil, 2011^a
2. Melo FAF. Tuberculose. In: VERONESI, R.F. et al. Tratado de Infectologia. 4 ed. Volume 1. São Paulo: Editora Atheneu. 2009. Capítulo 68, p.1263-1333.
3. Gonçalves BD. Perfil Epidemiológico da Exposição à Tuberculose em um Hospital Universitário: uma proposta de monitoramento da doença. Rio de Janeiro, 2009. 93f. Dissertação (Mestrado, Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz.
4. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à Saúde do Adulto. Tuberculose. 1^a Edição. Belo Horizonte - MG, 2006, 144p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso. 7^a edição. Brasília, 2009a. CID 10: A15 a A19. Caderno 7.
6. Campos HS. Tratamento da tuberculose. Rev Pulmão Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.21-31, 2007.
7. Nunn P, Williams B, Floyd K, Dye C, Elzinga G, Raviglione M. Tuberculosis Control in the era of HIV. Nat Rev Immunol. 2005;5(10):819-26.
8. Castelo Filho A, Kritski AL, Barreto AW, Lemos ACM, Ruffino-Netto A, Guimarães CA, et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. J Bras Pneumol. 2004;30(Supl 1):57-86.
9. Lopes, AO. Tuberculose um problema de saúde pública: causas do abandono do tratamento. São Paulo, 2010. 63f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo.
10. Hijjar MA. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. Rev. Pulmão. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.310-314, 2005.
11. Santos JS. BECK ST. A coinfeção tuberculose e HIV: um importante desafio - Artigo de revisão. RBAC. v.41, n.3, p.209-215, 2009.

