

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PAB 4

Incidência de Baciloscopia de Escarro Positiva para Tuberculose em
Moradores de Casa de Repouso e Estratégias de Prevenção

Aluna: Ana Luíza Borges de Sá

Orientadora: Profa. Vera Lucia Moldes

Botucatu, São Paulo
2015

1. Introdução

Apesar de se tratar de uma doença antiga, com tratamento estabelecido e passível de prevenção, no Brasil ainda temos uma incidência considerável de casos de tuberculose. A estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) já com o objetivo de reduzir a mortalidade e aumentar a taxa de cura pela doença. Tem seis componentes: comprometimento político, retaguarda laboratorial, sistema de informação e comunicação padronizado, distribuição e estoque de medicamentos, tratamento padronizado e tratamento supervisionado/diretamente observado ⁽¹⁾. Graças a essa estratégia, as taxas de casos novos e mortalidade vêm apresentando quedas importantes ^(2, 3, 4), inclusive o Brasil já atingiu a meta estabelecida pela OMS de redução da mortalidade pela metade quando comparada ao ano de 1990 ⁽⁵⁾; contudo, essa enfermidade continua sendo um problema grave de saúde pública no nosso país.

O Ministério da Saúde (MS) considera que parte dessa falha se dá devido às diferentes populações vulneráveis que ainda mantêm uma taxa de infecção maior do que da população em geral (Quadro 1), cada uma com suas peculiaridades. Um grupo em especial de fácil acesso para os profissionais da rede básica é aquele dos pacientes institucionalizados, moradores de casas de repouso ou asilo, no qual a taxa de incidência da tuberculose corresponde a cerca de 40% ⁽⁶⁾. As condições de moradia das casas de repouso geralmente são precárias, e diversos pacientes chegam a dividir um mesmo dormitório; tendo em vista que a transmissão da tuberculose se dá pelo contato com aerossóis do paciente baculífero, ou seja, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, temos nessas casas uma situação de risco importante. É importante lembrar que 90% dos casos de tuberculose são pulmonares e, destes, 60% são baculíferos ⁽⁷⁾.

Quadro 1

Populações Vulneráveis	Risco e adoecimento por tuberculose
Indígenas	3 x maior
Privados de liberdade	28 x maior
Pessoas que vivem com HIV/AIDS	35 x maior
Pessoas em situação de rua	44 x maior*

Fonte: Sinan (2013); * TB WEB SP 2012.

Grande parte das casas de repouso existentes no município de Botucatu – SP são instituições particulares. Dessa forma, para atender a população de baixa renda, a maioria não conta com equipe médica presente, ou mesmo equipe de enfermagem capacitada para busca ativa de pacientes sintomáticos. A sintomatologia da tuberculose latente, além de tudo, é geralmente inespecífica, e se resume em basicamente tosse crônica (mais do que duas semanas), febre vespertina com sudorese noturna e perda de peso ⁽²⁾. O Ministério da Saúde tem recomendado que seja feita a busca ativa mesmo naqueles pacientes que apresentem a tosse como sintoma isolado ⁽²⁾, porém devido à falta de capacitação profissional, essa busca ainda está muito deficiente.

As estratégias de busca ativa para pacientes sintomáticos respiratórios são cruciais para o diagnóstico precoce da tuberculose, dado que a transmissão do bacilo se dá no contato próximo. Deve ser realizada permanentemente por todos os

níveis de atendimento (primário, secundário e terciário) e tem sido recomendada internacionalmente ⁽⁷⁾. Após a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs), a busca ativa passou a ter papel mais importante ainda na atenção primária, uma vez que pode ser estendida para as visitas domiciliares dos pacientes da comunidade. É desejável, também, que na admissão dos pacientes institucionalizados a busca também seja feita ⁽⁷⁾ – realidade na qual não vivemos.

2. Objetivos

Tendo em vista que a tuberculose ainda constitui um problema de saúde pública, o principal objetivo das ações é ampliar o espectro diagnóstico da rede básica, primeiramente pela busca ativa de pacientes de risco, institucionalizados, e depois pela qualificação de profissionais para essa busca. Além do objetivo clínico, bem claro e melhor delineado abaixo, o objetivo de aprendizado se faz mais importante nesse Projeto.

Discutir estratégias de prevenção e busca ativa com aqueles que têm contato direto com o paciente aumentaria diretamente o número de diagnósticos precoces, antes da evolução da doença para fases mais graves. Permitiria que os cuidadores se atentassem para os pacientes sintomáticos respiratórios, evitando, assim, que o diagnóstico passe despercebido pelas equipes de saúde.

3. Metodologia

O cenário de estudo escolhido foi uma Casa de Repouso para pacientes psiquiátricos e idosos, que conta com uma população que varia em torno de 35 pacientes e 10 funcionários. A pesquisa de baciloscopia de escarro (primeira etapa) será feita em todos os sujeitos, tanto pacientes como funcionários; já a discussão sobre estratégias de prevenção, identificação dos pacientes sintomáticos respiratórios e busca ativa (segunda etapa) será voltada apenas à equipe da instituição e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade de Saúde da Família (USF) à qual a Casa pertence.

Dessa forma, na primeira etapa, todos os sujeitos deverão colher duas amostras de escarro, em dias separados, que serão enviadas para o laboratório previamente avisado e analisados, após resultado, pelo médico da USF. Caso algum exame tenha resultado positivo, será colhida radiografia de tórax do paciente e iniciado tratamento preconizado de imediato.

Após análise dos resultados, o médico da Unidade se reunirá com os sujeitos da segunda etapa para, primeiramente, palestra sobre aspectos gerais da doença e suas formas de contágio, e, depois, roda de conversa para construção de conhecimentos sobre reconhecimento dos pacientes sintomáticos e busca ativa destes. A idéia é capacitar os funcionários e os ACS a reconhecer melhor os pacientes com sintomatologia respiratória, a fim de facilitar o diagnóstico precoce desses casos. Essa segunda etapa ocorrerá inicialmente em um único momento; porém, caso o grupo traga mais demandas, poder-se-á realizar um segundo momento mais voltado à roda de conversas, uma vez que uma nova palestra não será necessária.

A roda de conversa será o principal método utilizado nessa segunda etapa. Por serem indivíduos de diferentes círculos, diferentes vivências, o conhecimento será melhor construído se feito de forma informal e não direta, como em uma palestra.

Para que cada um apreenda melhor o que foi falado, os ensinamentos devem ser aplicados à sua realidade, e a troca de experiências possibilitada pela roda de conversa faz isso possível – será utilizada a metodologia de construção do conhecimento idealizado pelo educador Paulo Freire: “Um dos pressupostos do método é a idéia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho. A educação, que deve ser um ato coletivo, solidário (...), não pode ser imposta. Porque educar é uma tarefa de trocas entre pessoas e, se não pode ser nunca feita por um sujeito isolado (...), não pode ser também o resultado do despejo de quem supõe que possui todo o saber, sobre aquele que, do outro lado, foi obrigado a pensar que não possui nenhum. “Não há educadores puros”, pensou Paulo Freire. “Nem educandos.” De um lado e do outro do trabalho em que se ensina-e-aprende, há sempre educadores-educandos e educandos-educadores. De lado a lado se ensina. De lado a lado se aprende.”⁽⁸⁾.

É complicado avaliar o resultado da apreensão de conhecimentos em uma população tão heterogênea. A avaliação virá a longo prazo, com o aumento da procura pelos serviços de saúde pelos pacientes da Casa de Repouso e a partir das visitas dos ACS, além do aumento do número de diagnósticos feitos pela Atenção Básica. Seria ideal firmar uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tendo como foco a realização de programas de educação continuada, não só para os médicos, mas também para todos os profissionais da saúde, para que todos possam se atualizar nos temas mais relevantes.

4. Resultados esperados

Após essa intervenção, teremos dois caminhos a buscar resultados. O primeiro, mais imediato, é o da primeira etapa: caso haja pacientes que apresentarem exames positivos, eles iniciarão tratamento preconizado pelo MS próximo ao diagnóstico, e os funcionários da Casa de Repouso poderão fazer profilaxia dos contactantes do paciente. É um bom resultado a se esperar, uma vez que o início precoce do tratamento e sua institucionalização são dois fatores que melhoram a aderência, uma vez que facilita a prática do Tratamento Diretamente Observado.

O segundo resultado, este a longo prazo, virá com a vivência dos funcionários da Casa de Repouso e dos ACS. Caso o número de pesquisas para tuberculose em pacientes sintomáticos aumente por demanda deles, podemos considerar que a Intervenção teve um resultado positivo. O contrário, porém, não é verdadeiro – pode ser que a incidência da doença de fato diminua após tratamento dos pacientes sintomáticos da comunidade. Espera-se que, após a Intervenção, todos os profissionais que participaram sintam-se estimulados a manter-se atualizados, especialmente sobre a tuberculose.

5. Cronograma

	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X							
Aprovação do Projeto			X	X					
Coleta de escarros						X			
Análise dos resultados							X		
Ciclo de palestras e rodas de conversa								X	
Educação continuada									X (em diante)

6. Referências

1. Oliveira G.P, Torrens A.W, Bartholomay P, &Barreira D. (Março de 2013). Tuberculosis in Brazil: last ten years analysis – 2001–2010. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, pp. 218-233.
2. Comissão de Tuberculose da SBPT, Grupo de Trabalho das Diretrizes para Tuberculose da SBPT. (2009). III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia, pp. 1018-1048.
3. Série Histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990-2012). Sinan/SVS/MS atualizado em Dezembro de 2013.
4. Série Histórica da Taxa de Mortalidade de Tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990-2011). Sinan/SVS/MS atualizado em Dezembro de 2013.
5. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. (2013). Boletim Epidemiológico. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia.
6. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Reumatologia. (s.d.). Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar (Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar). Tuberculose Infecção Latente: Diagnóstico.
7. Ministério da Saúde. (2011). Manual de Recomendações Para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília - DF.
8. Brandão CR. O Que É O Método Paulo Freire. 17ª. edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.