

Aluno Dr. Fábio Rogério Jacintho

Orientador Profa Mestre: Janaina Maria Ralo

Introdução

A Tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, no qual integra a lista de doenças e agravos de notificação compulsória. O agravo atinge a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15 – 54 anos) e do sexo masculino. É uma doença infecciosa que atinge, principalmente, o pulmão¹.

A Tuberculose primária ocorre durante uma primo-infecção, e pode evoluir tanto a partir do foco pulmonar, quanto do foco ganglionar ou, então, em consequência da disseminação hematogênica, o que acontece em 5% dos primo-infectados, em geral nos primeiros dois anos após a infecção.

Já a Tuberculose pós-primária ocorre no organismo que tem sua imunidade desenvolvida, tanto pela infecção natural quanto pelo BCG. Dos primo-infectados, 5% adoecerão tardiamente, em consequência do recrudescimento de algum foco já existente no seu organismo (reativação endógena). Também pode ocorrer a reinfeção exógena, ou seja, o paciente adoecer por receber nova carga bacilar do exterior. Estes dois mecanismos não podem ser distinguidos clinicamente².

Estão mais sujeitos a doença, indivíduos que convivam com doente bacilífero, determinados grupos com redução da imunidade, silicóticos e pessoas que estejam em uso de corticosteróides, ou infectados pelo HIV³.

A distribuição da doença é mundial, com tendência decrescente da morbidade e mortalidade em países desenvolvidos. Nas áreas com elevada prevalência de infecção pelo HIV, vem ocorrendo estabilização, ou aumento do número de casos e óbitos por Tuberculose⁴.

O agente etiológico é o *M. tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK), no qual pode ser constituído de várias espécies: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti*. *Mycobacterium tuberculosis*⁵.

O panorama mundial apresentando vai ao encontro da realidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) Helena Marrey, situada no município de Osasco/SP, no qual tem apresentado quadros alarmantes de Registros de Sintomáticos Respiratórios de 2012 a 2014 totalizando 325 casos de pessoas com tosse prolongada, perda de peso e baciliferamente negativos.

No entanto, os exames de imagem mostraram-se conclusivos incluindo cavernas e pleurisas avançadas que resultaram em punções pleurais adequando a positividade somada a clínica do paciente em pelo menos 60 pacientes, que foi possível chegar ao diagnóstico de Tuberculose Pulmonar, devido empenho e conhecimento da equipe de saúde interesse de casos não diagnosticados por conduta equivocada.

Objetivos

Geral:

1. Analisar o comportamento clínico- epidemiológico da Tuberculose Pulmonar no último triênio (casos confirmados e suspeitos) a fim de evidenciar falhas diagnósticas e propor meios para melhorar a sensibilidade do diagnóstico e controle da doença pela equipe de saúde e adesão dos pacientes ao tratamento.

Específicos:

1. Identificar os casos diagnosticados com tuberculose pulmonar ou com suspeita da doença na UBS Helena Marrey em Osasco/SP nos últimos três anos;
2. Evidenciar falhas diagnósticas na Tuberculose Pulmonar no referido período, a fim de dirimir complicações decorrentes de casos não diagnosticados anteriormente mediante comportamento clínico-epidemiológico da doença;
3. Propor medidas para melhorar a sensibilidade do diagnóstico, controle e adesão ao tratamento da Tuberculose Pulmonar entre a equipe de saúde.

Método

Sujeitos: Usuários de uma das micro áreas adscritas à área de abrangência da UBS Helena Marrey, Osasco/SP e que nos últimos três anos tem apresentado suspeita ou confirmação de caso de Tuberculose Pulmonar.

Cenário: A intervenção será realizada na área de abrangência de uma equipe de saúde da UBS/ESF Helena Marrey, situada no município de Osasco/SP.

Estratégias e Ações: Inicialmente serão realizadas buscas ativa de casos de pacientes sintomáticos respiratórios e de pacientes de difícil adesão ao tratamento ou ainda que tenham suspeita de Tuberculose, para fins de acompanhamento em termos de prevenir complicações decorrentes da doença, casos de recidiva ou contágio.

Paralelamente serão realizadas educações continuadas com frequência bisemanal totalizando 4h junto aos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados em saúde dos usuários, ainda que indiretamente (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, etc).

Essas ações serão mantidas o tempo que for necessário, uma vez que a educação permanente tem por objetivo instrumentalizar os profissionais de saúde a fim de melhorar as condições e segurança em suspeitar dos casos de Tuberculose e melhorar a sensibilidade do diagnóstico.

Avaliação e Monitoramento: Serão realizados registros sistematizados ao longo de um ano, cujos dados serão descritos estatisticamente e analisados qualitativamente mediante formulários preenchidos pelos profissionais qualificados analisando cada caso individualmente.

Resultados Esperados

Espera-se que após a implantação das ações propostas que os 60 casos que relatados com BK negativo antes esquecidos e ainda novos casos que venham a surgir sejam reduzidos em pelo menos 20 %, pois diante das dificuldades apresentadas pela população em questão será um sinal de êxitos.



Radiografias Importantes para o diagnóstico.

Referências

1. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. [Acesso em 10 de jan de 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Atualização das recomendações para tratamento da co-infecção HIV/tuberculose em adultos e adolescentes [Internet]. Ano XV, No 01; 2001. [Acesso em 10 de jan de 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2000/44338/co_infec_o_hiv_tuberculose_20035.pdf.
4. Mandell GI, Bennett JRD, Mandell D. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and Practise of infectious Disiases. 5th ed. Cambridge: Churchill Livingstone; 2000.
5. Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, Longo DL. Harrison Medicina Interna – 2 volumes 18 ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2013.

Contato
dr.fabiorogério@yahoo.com.br