



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Marisa Silva Rodriguez

Tuberculose Pulmonar durante a pandemia de COVID-19: busca passiva de casos em Vigário Geral- RJ

Florianópolis, Março de 2023

Marisa Silva Rodriguez

Tuberculose Pulmonar durante a pandemia de COVID-19: busca passiva de casos em Vigário Geral- RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Lizandra da Silva Menegon
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Marisa Silva Rodriguez

Tuberculose Pulmonar durante a pandemia de COVID-19: busca passiva de casos em Vigário Geral- RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Lizandra da Silva Menegon
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: a tuberculose pulmonar acomete milhares de brasileiros e apresenta elevada taxa de óbitos anuais. As consequências que ela traz à saúde são graves, portanto um diagnóstico precoce e início imediato do tratamento são fundamentais para a redução de gastos com saúde e, sobretudo, para a redução de danos aos indivíduos acometidos. Na unidade de saúde Iraci Lopes, em Vigário Geral - RJ, observa-se alta prevalência de casos entre as pessoas adscritas no território. **Objetivo:** este projeto visa construir e implementar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família, um plano de ações para busca passiva de tuberculose pulmonar entre os pacientes sintomáticos respiratórios que buscam a unidade de saúde no período da pandemia de COVID-19. **Metodologia:** primeiramente iremos realizar uma palestra para todos os profissionais da equipe enfatizando sobre a importância do diagnóstico precoce e início imediato do tratamento, sobretudo, no período de Pandemia uma vez que os pacientes com doenças pulmonares encontram-se no grupo de risco para COVID-19. Em seguida serão confeccionados informativos impressos e virtuais a serem distribuídos para todos os usuários da unidade. Em um terceiro momento, após a identificação dos pacientes elegíveis ao rastreamento para a tuberculose pulmonar, serão ofertadas a realização de exames complementares para o diagnóstico e início do tratamento para os doentes. **Resultados esperados:** espera-se melhorar o acesso à saúde entre os usuários com suspeita de tuberculose, identificar precocemente e monitorar os casos de tuberculose pulmonar e reduzir a incidência de TB pulmonar na área de abrangência da unidade de saúde.

Palavras-chave: Diagnóstico Precoce, Pandemias, Tuberculose Pulmonar

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral:	15
2.2	Objetivos Específicos:	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	21
4.1	Local	21
4.2	População Alvo	21
4.3	Definição de caso	21
4.4	Etapas do projeto	22
4.5	Equipe de trabalho	24
4.6	Cronograma das atividades	24
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
5.1	Resultados obtidos entre julho e agosto de 2020	25
5.2	Resultados esperados até o final do projeto	27
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

O Centro Municipal de Saúde (CMS) Iraci Lopes está situado em Vigário Geral, bairro da Zona Norte do município do Rio de Janeiro. A unidade atende um território com cerca de 6.000 usuários, divididos entre duas equipes compostas por 1 médico(a), 1 enfermeiro(a), 1 técnico(a) de enfermagem e 5 agentes de saúde. Ressalta-se que desde a troca de Organização Social responsável pela administração da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, em janeiro de 2020, os serviços disponibilizados pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) foram extintos. Sendo assim, atualmente não conta com o apoio de profissionais como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

O CMS encontra-se em comunidade muito carente e vulnerável, localizado em área de risco devido à forte presença de organizações criminosas que atuam no tráfico de drogas na cidade do Rio de Janeiro. Portanto, os desafios das equipes são imensos, pois muitas vezes temos que atender aos “atores”, forma como os traficantes se auto denominam dentro da comunidade, sem possibilidade de registro no prontuário. Muitas vezes recebemos esses mesmos atores baleados em confronto com a polícia ou com rivais de facção criminosa, pois alguns são foragidos da justiça e não podem sair de dentro da comunidade para receber atendimento em unidade de emergência ou urgência. Ressalta-se ainda as intervenções policiais rotineiras dentro das comunidades e como consequência tiroteios que acontecem subitamente sem que haja tempo para que possamos nos proteger em local seguro, quando estamos em visita domiciliar, e até mesmo dentro da unidade, pois não há um cômodo protegido, fazendo com que precisemos ficar deitados no chão até que a troca de tiros cesse.

Um dos pontos nevrálgicos da comunidade é a falta de saneamento básico. Há casas que não contam com rede de esgoto, água e luz. A maior parte das casas que pude visitar até o presente momento, cerca de 20 domicílios, são pequenos cubículos mal arejados onde, muitas vezes moram mais pessoas que o espaço físico comporta. Muitas casas são tomadas por ratos, baratas, cachorros e gatos que, no geral, transmitem doenças. Por conta desse contexto insalubre, a população acaba por viver em precárias condições de higiene, em situação de vulnerabilidade social fazendo com que haja a perpetuação e manutenção de doenças infecto contagiosas como, por exemplo, tuberculose, escabiose, pediculose e arboviroses.

Observa-se muitos casos de violência doméstica e sexual no território. Há ainda a escassez de acesso a bens e alimentação saudável fazendo com que a população tenha hábitos alimentares com excesso de comidas industrializadas, em especial processadas e ultra processadas, aumentando o risco para o desenvolvimento de obesidade e outras

doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares.

O centro de saúde, de outubro de 2019 à março de 2020, ficou sem a presença do profissional médico atuando concomitantemente nas duas equipes que o compõem. Somente em março de 2020 ambas as equipes passaram a se apresentar completas. Assim foi possível observar logo nos primeiros dias de trabalho demanda altamente reprimida. Em função da pandemia, os atendimentos eletivos foram suspensos, à exceção de consultas de pré-natal e acompanhamento de pacientes em tratamento de tuberculose, câncer e doenças crônicas em exacerbação e/ou de difícil controle. O atendimento das demandas se mantiveram.

A demanda por atendimento médico aumentou, pois mesmo diante da pandemia de COVID-19, todas as outras queixas de saúde foram atendidas. Suspendemos os agendamentos, mas mantivemos os atendimentos no meio da rua, sem organização, sem classificação de risco, sem separação entre pacientes suspeitos de Covid-19 e demais queixas.

Ressalta-se que, diante da falta de investimento em saúde no município do Rio de Janeiro, torna-se cada dia mais difícil atuar em promoção de saúde, pois os hospitais e UPAS fecham as portas para o usuário fazendo com que as clínicas da família sejam obrigadas a atender a população independente de queixa e/ou de classificação de risco. Assim, o conhecimento sobre os hábitos de vida, contexto social e familiar do paciente são elementos difíceis de serem investigados e monitorados, tendo em vista uma inversão dos atendimentos que, no atual cenário, priorizam as demandas espontâneas em detrimento das consultas agendadas.

No geral a população vê com bons olhos a atuação das equipes de saúde e muitas vezes são gratos pelo serviço ofertado, mas diante da presença de demanda reprimida e do cenário de pandemia, não é raro haver conflitos no centro de saúde. Ora entre os próprios usuários, ora entre os usuários e os profissionais devido a impaciência e falta de compreensão diante das longas filas e espera por atendimento. Infelizmente não foi possível até o momento presente implementar o atendimento por Whatts App para orientação da demanda, e mesmo em situação de pandemia os usuários chegam ao CMS por livre demanda. No entanto, como contamos com espaço físico restrito e sem área externa para a estruturação de tendas voltadas ao atendimento de pacientes suspeitos e confirmados para COVID-19, os atendimentos têm sido realizados no meio da rua. É formada uma fila, sem separação entre sintomáticos respiratórios e demais queixas, e o profissional médico fica sentado em uma cadeira escolar chamando paciente por paciente para o atendimento. Essa situação vai contra as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o atendimento nas clínicas da família em tempos de pandemia de COVID-19. Na prática, somente deixamos de atender as consultas agendadas. A livre demanda e desorganização do processo de trabalho para lidar com os atendimentos durante a pandemia faz com que toda a equipe se sinta desestimulada, cansada e insatisfeita com os resultados de seu trabalho.

Diante das condições insalubres de vida e saúde dos moradores da comunidade, as pessoas encontram-se em situação de alto risco para o desenvolvimento de doenças infec-

tocontagiosas, com destaque, para a tuberculose pulmonar. Destaca-se que até o início da implantação deste projeto de intervenção, a preceça de 18 pacientes em tratamento para tuberculose pulmonar na comunidade, incluindo todas as faixas etárias, de crianças à idosos. É interessante ressaltar que em março de 2020 foram contabilizados 02 casos de tuberculose pulmonar em profissionais da unidade, e um total de 09 casos novos entre março e junho de 2020. Assim, é urgente a ampliação das ações de vigilância em saúde relacionadas aos casos da doença, que é de difícil solução no país. Deste modo, torna-se fundamental neste momento de pandemia, o diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar, assim como, o manejo adequado de todos os casos diagnosticados visando à integralidade do cuidado.

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de Koch, descoberto em 1882. No organismo humano, esse patógeno se desenvolve em diversos órgãos, mas afeta prioritariamente os pulmões apresentando-se de formas clínicas diversas e de gravidade importante. Os principais sintomas são febre prolongada, tosse persistente por três semanas ou mais, queda do estado geral, emagrecimento e sudorese noturna. O diagnóstico da tuberculose é confirmado por meio do exame Baciloscopia de Escarro, e a terapêutica é feita a partir da administração de antibióticos por, no mínimo, seis meses. O tratamento é todo realizado de forma gratuita nas unidades de saúde do SUS (BARBOSA et al., 2013).

Em 2014 foi divulgado relatório pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que aponta a tuberculose (TB) como a doença infecciosa mais mortal do planeta, superando pela primeira vez a AIDS. As estimativas apontam que a doença matou 1,5 milhão de pessoas em 2014, contra 1,2 milhão de vítimas do HIV. Desta forma, as estratégias de prevenção e controle da TB se tornam ainda mais evidentes. Diagnosticar e tratar corretamente os casos de tuberculose pulmonar são medidas fundamentais para o seu controle de modo que a cadeia de transmissão do bacilo seja interrompida (MACIEL; SALES, 2016).

Minha atuação profissional em um CMS situado dentro de uma comunidade no município do Rio de Janeiro me permitiu perceber a importância de políticas públicas no que diz respeito à prevenção e controle da tuberculose pulmonar, tendo em vista ser doença infectocontagiosa transmitida por contato pessoal que leva a milhares de mortes anuais no Brasil. Em 2019 foram registrados 73.864 mil casos novos da doença. Apesar da redução de 8% no número de óbitos na última década (4.881 óbitos em 2008), em 2018, 4.490 pessoas morreram no país. Caracterizando-se como um problema atual, potencial, terminal e de baixo controle e estruturado (ARAKAKI-SANCHEZ et al., 2019).

Apesar da importância de promover ações de educação permanente da população portadora de tuberculose, sobre a necessidade de adesão ao tratamento para evitar agravos à saúde; é urgente e necessário fazer a identificação dos casos de tuberculose pulmonar, especialmente no contexto de pandemia. Assim, promover a vigilância de sintomáticos

respiratórios para o diagnóstico precoce de casos novos e controle dos contatos é o principal objetivo deste projeto, a fim de garantir melhora da qualidade de vida dos portadores, assim como evitar a disseminação da doença, que tem caráter infectocontagiosa.

A pandemia do Covid-19 traz à luz reflexões importantes sobre os grupos de risco para desfechos reservados da patologia. Dentre os fatores de risco para desfechos reservados, como a necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e/ou uso de ventilação mecânica, assim como a morte para a COVID-19, encontram-se pessoas com idade superior a 65 anos; pessoas internadas em instituições de longa permanência; pacientes com doenças pulmonares; pessoas com problemas cardíacos graves ou descompensados; hipertensos descompensados; diabéticos; portadores de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica; indivíduos com insuficiência renal crônica avançada; gestantes de alto risco; pessoas de qualquer idade com obesidade grave ($IMC > 40$); e condições médicas, como doenças hepáticas (SILVA; MOREIRA; MARTINS, 2020).

Deste modo, é fundamental, neste momento de pandemia, o diagnóstico precoce, sobretudo, da tuberculose pulmonar assim como o fornecimento de tratamento adequado de todos os casos diagnosticados visando à integralidade do cuidado.

Como durante a pandemia ocorre um aumento da procura por atendimento na unidade de pacientes com queixas respiratórias, encontramos nesta janela temporal uma excelente oportunidade para realizar o rastreio a partir da coleta de escarro para realização de baciloscopia e cultura para a pesquisa de BAAR, não somente, portanto, para os casos suspeitos de TB, que muitas vezes apresentam quadro inespecífico dos sintomas. Isso faz com que, em algumas situações, o paciente demore a buscar atendimento médico postergando o diagnóstico e intervenção precoce.

Uma das estratégias adotadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) preconiza a busca passiva de casos novos centrada no exame baciloscópico do escarro para os pacientes sintomáticos respiratórios, que são aqueles indivíduos com quadro de tosse produtiva de duração de duas a mais semanas, e que procuram espontaneamente as unidades de saúde. Além desta estratégia recomenda-se também a busca ativa dos contatos do paciente acometido pela doença, principalmente no domicílio (MACIEL; SALES, 2016).

Há muitos anos os organismos internacionais orientam a busca ativa de sintomáticos respiratórios como principal estratégia para o diagnóstico precoce da tuberculose, e os locais preferenciais para a procura de casos novos são os serviços de saúde, onde a detecção da doença entre os SR deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades dos profissionais de saúde a partir da aplicação de interrogatório clínico dirigido sobre sinais e sintomas sugestivos de tuberculose pulmonar a todos os pacientes que buscam atendimento para os cuidados com a saúde (RODRIGUES; CARDOSO, 2010).

Macedo, Maciel e Struchiner (2017) discutem estudo realizado na Rússia que demonstra maior efetividade na detecção precoce de casos de TB a partir da busca ativa em

relação à busca passiva. O tempo entre os sintomas sugestivos e o diagnóstico foi menor na busca ativa (1 semana), quando comparado à busca passiva (6,9 semanas) contribuindo para a diminuição do tempo de exposição da comunidade ao paciente bacilífero.

No entanto, apesar das evidências sobre o melhor desempenho da busca ativa, entende-se que para este projeto de intervenção, no período de pandemia por SARS-cOv-2, momento em que nos deparamos como uma série de restrições para se evitar o contato direto entre as pessoas, havendo suspensão das visitas domiciliares e maior parte dos atendimentos eletivos, a busca passiva entre os sintomáticos respiratórios que buscam a unidade de saúde torna-se o mais viável instrumento de vigilância do território no que diz respeito a descoberta de novos casos de TB pulmonar

Diante da mortalidade e morbidade por conta da tuberculose pulmonar, sobretudo em territórios de alta vulnerabilidade, e do potencial aumento do risco em casos de co-infecção por COVID-19, propõe-se neste projeto, a construção de um plano de ação para a identificação precoce dos casos de tuberculose pulmonar para ser implementado pela equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Iraci Lopes, em Vigário Geral, no município do Rio de Janeiro.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

- Realizar busca passiva de casos de tuberculose pulmonar na comunidade assistida pelo Centro Municipal de Saúde Iraci Lopes em Vigário Geral, RJ, durante a pandemia de COVID-19.

2.2 Objetivos Específicos:

- Qualificar a equipe de saúde sobre o enfrentamento do COVID-19 entre pacientes com tuberculose pulmonar;
- Construir um conjunto de estratégias para a realização de busca ativa de casos de tuberculose pulmonar;
- Identificar casos suspeitos de tuberculose;
- Investigar casos suspeitos de tuberculose;
- Monitorar casos confirmados de tuberculose pulmonar;
- Analisar os dados referentes aos casos de tuberculose pulmonar;
- Divulgar informações referentes aos casos de tuberculose pulmonar;
- Avaliar a adequação das estratégias utilizadas para busca ativa de casos;
- Realizar ações para evitar que o paciente acometido por tuberculose pulmonar se exponha ao risco de contaminação por SARS-CoV-2 na unidade de saúde.

3 Revisão da Literatura

A tuberculose é um sério problema de saúde pública por se tratar de doença infecto contagiosa transmitida por contato pessoal, disseminada sem preferência por idade, sexo ou raça que leva a milhares de mortes anuais no Brasil. Pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Em termos de saúde pública a espécie de maior relevância é a *M. tuberculosis*, conhecida também como bacilo de Koch (bK). Apesar da gravidade, a tuberculose apresenta possibilidade de cura em praticamente 100% dos casos novos, desde que o tratamento medicamentoso seja seguido corretamente. É uma das doenças infecciosas mais antigas e mesmo diante da possibilidade de prevenção e cura, desde a metade da década de 1950, continua figurando como um dos grandes desafios em saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento (ARAKAKI-SANCHEZ *et al.*, 2019).

De acordo com Barbosa *et al.* (2013), o Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países que abrigam 80% dos casos existentes de tuberculose no mundo. Um dado alarmante, visto que aloca essa doença à categoria de agravo infeccioso que mais mata no mundo, tendo chegado em 2005 a 1,6 milhões de óbitos. No ano de 2006, foram notificados no país 94.000 casos novos (50/100.000) e 7.600 óbitos (4/100.000) sob todas as formas da doença (SOUZA *et al.*, 2010).

A organização Mundial de Saúde, para o período de 2016 a 2020, relacionou três grupos de países que devem desenvolver atenção prioritária a vigilância da tuberculose. O primeiro grupo refere-se aqueles países que apresentam elevada incidência da doença, o segundo grupo ao de países com elevada incidência de tuberculose associada ao HIV, e por fim o terceiro grupo de países que apresentam elevada incidência de tuberculose multirresistente. Há, no momento, 48 países considerados prioritários, e alguns deles compondo até mais de um grupo. O Brasil nesta classificação encontra-se como prioritário para dois grupos e ocupa a 20ª posição do grupo referente à incidência e a 19ª referente a associação com o HIV. Muito embora o Brasil tenha apresentado uma importante redução na incidência da tuberculose ao longo dos últimos anos, o problema ainda está longe de ser solucionado. Em 2015, foram diagnosticados mais de 63 mil casos novos de tuberculose, com 6,8 mil em pessoas vivendo com o HIV e 4,5 mil óbitos relacionados à doença (SOUZA *et al.*, 2019) .

O Brasil tem um papel de extrema relevância ao combate da tuberculose. Em 2014, na Assembleia Mundial da Saúde, na sede da OMS em Genebra, o país foi o principal proponente de uma nova estratégia global de combate à doença, chamada de Estratégia Fim da Tuberculose (End TB Strategy). A proposta foi aprovada por todos os países membros das nações unidas e tem como principal objetivo um mundo livre da tuberculose

até o ano de 2035. As metas globais são sustentadas por três pilares: cuidados e prevenção integrados e centrados no paciente; políticas ousadas e sistemas de apoio e suporte aos afetados pela tuberculose; e intensificação da inovação e da pesquisa (BARREIRA, 2018).

No Brasil, os recursos para o combate à tuberculose desenvolvem-se a partir do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) implementado no país em 1999. O programa visa à horizontalização das medidas de controle, vigilância, prevenção e tratamento da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS), de modo a garantir a adesão ao tratamento, detecção dos pacientes pulmonares bacilíferos, a cura e como consequência a diminuição do risco de transmissão na comunidade. Atualmente, o PNCT busca aprimorar o planejamento e a avaliação das ações de controle da TB e, para isso, estruturou sua organização com os seguintes componentes e subcomponentes: atenção à saúde (prevenção, diagnóstico, assistência) e informação estratégica (vigilância epidemiológica, monitoramento e avaliação, pesquisa, desenvolvimento humano e institucional, comunicação e mobilização social, planejamento e orçamento) (ANDRADE et al., 2017).

Os maiores desafios encontrados pelo programa consistem na expansão da estratégia do Tratamento Supervisionado (TS), a cobertura das ações de controle da tuberculose, a diminuição do número de casos de abandono do tratamento e a incrementação das taxas de cura da doença. Dessa forma, a PNCT evidencia a importância de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Atenção Primária à Saúde (APS). Desta forma, busca-se horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença a partir da incorporação destas medidas como parte das atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); porta de entrada do sistema de saúde (SOUZA et al., 2010).

No que diz respeito a busca ativa e passiva dos casos de tuberculose o PNCT propõe o aumento da cobertura do programa em todo o país, de modo a integrar as atividades de diagnóstico e tratamento em pelo menos 80% dos Centros de Saúde existentes na rede pública dos municípios priorizados, implementar o diagnóstico bacteriológico da Tuberculose através da melhoria da rede de laboratório, para apoio aos programas estaduais e municipais de Controle da Tuberculose, capacitação de recursos humanos, com ênfase nos aspectos gerenciais, análise e avaliação epidemiológica e operacional, voltados para o modelo organizacional da rede de laboratórios, descobrir pelo menos 90% dos casos existentes de Tuberculose através da revisão de parâmetros de programação de número de casos esperados em cada município prioritário, implementação da busca de casos a partir da identificação de sintomáticos respiratórios da demanda espontânea, ou referendada para consulta na Unidade de Saúde, implementação da busca de casos pelo exame bacteriológico de todos os sintomáticos respiratórios e implementação da busca de casos, pelo exame de comunicantes de casos de tuberculose de todas as formas (ARAKAKI-SANCHEZ et al., 2019).

A OMS estima que o Brasil detectou 87% dos casos novos de Tuberculose Pulmonar

para o ano de 2016, o que reforça a necessidade de implementar ações que contribuam para o aumento da detecção de casos, levando em consideração as especificidades das populações-chave para o controle da TB. Desta maneira a busca ativa de casos novos da doença é de suma importância no controle da TB, e para tanto deve-se realizar uma série de ações para a sua execução tais quais: a definição de sintomático respiratório (pessoa com tosse por período maior ou igual a 3 semanas de duração); traçar o objetivo da busca ativa de SR (identificação precoce dos casos bacilíferos, iniciar o tratamento e, conseqüentemente, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença a longo prazo) e realizar o planejamento da busca ativa de SR levando em consideração a população local tendo em mente que os Sintomáticos Respiratórios Esperados correspondem ao número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar em um determinado período de tempo (1% da população geral), e por fim a execução do rastreamento nas unidades de saúde, a partir do questionamento da presença e duração da tosse na população alvo, orientação dos SRs identificados sobre a coleta do exame de escarro, coleta de duas amostras de escarro, uma no momento da identificação e outra no dia seguinte (na utilização de baciloscopia); ou coleta de uma amostra de escarro no momento da identificação (na utilização de TRM-TB), registro das atividades no instrumento padronizado (livro do SR), estabelecimento de fluxo para atendimento dos casos positivos e negativos à baciloscopia ou TRM-TB, avaliação rotineira da atividade da busca por meio dos indicadores sugeridos: proporção de sintomáticos respiratórios examinados, proporção de bacilosco-pias ou TRM-TB positivos e proporção da meta alcançada ([ARAKAKI-SANCHEZ et al., 2019](#)).

A busca passiva encontra-se também no hall de ações a se desenvolver para o alcance das metas de descobrimento de novos casos de tuberculose pulmonar na comunidade. Esta baseia-se pela procura ao serviço de saúde por parte do indivíduo que reconhece seus sintomas como sinais que inspiram cuidados, e envolve as seguintes etapas para que o diagnóstico de tuberculose seja realizado: a pessoa reconhece os sintomas e procura espontaneamente o serviço de saúde, - demarcando a importância da população em conhecer os sintomas da doença; o profissional de saúde conhece os sinais e sintomas assim como os critérios para a suspeição da doença, - demarcando a importância do profissional estar atento aos sintomas da TB; e o profissional conhece os métodos diagnósticos para identificar a doença, - demarcando a importância do profissional em conhecer os algoritmos diagnósticos para cada população específica ([ARAKAKI-SANCHEZ et al., 2019](#)).

Conform [Maciel e Sales \(2016\)](#) abordam, diagnosticar e tratar corretamente os casos de tuberculose pulmonar são medidas fundamentais para o seu controle. Para tanto, têm sido realizadas medidas para que a doença seja diagnosticada precocemente e o paciente inicie o tratamento adequado, garantindo desta forma a interrupção da cadeia de transmissão. A busca passiva de casos novos centrada no exame baciloscópico do escarro, ou testes rápidos automatizados, como o GeneXpert, recentemente introduzido em capitais com

alta incidência da doença, para os pacientes sintomáticos respiratórios que procuram espontaneamente as unidades de saúde são umas das estratégias adotadas pelo PNCT. Uma das abordagens do PNCT inclui também a recomendação pela busca ativa dos contatos diretos que são as pessoas que convivem regularmente, em um mesmo ambiente, com um paciente diagnosticado com tuberculose, sobretudo, no domicílio.

A Estratégia End TB enfatiza, portanto, uma abordagem integrada para alcançar seus objetivos a partir da detecção e tratamento adequado da tuberculose ativa, assim como prevenir casos novos. O diagnóstico adequado e precoce associado aos tratamentos aprimorados precisam ser complementados por estratégias de prevenção. Sendo assim, as abordagens integradas são importantes para a eliminação da tuberculose. Desta maneira, os investimentos de curto prazo devem se concentrar em testes, tratamento e prevenção da tuberculose, apoiando-se, ao mesmo tempo, as abordagens integradas diminuindo a morbimortalidade da doença e seus impactos socioeconômicos (BARREIRA, 2018).

4 Metodologia

4.1 Local

Este projeto de intervenção será realizado no Centro Municipal de Saúde (CMS) Iraci Lopes, localizada em Vigário Geral, cidade do Rio de Janeiro –RJ, durante o período que durar a pandemia de COVID-19.

4.2 População Alvo

Sintomáticos respiratórios adscritos no território, de todas as faixas etárias e sexo, que buscarem espontaneamente a unidade no período de pandemia de COVID-19 para cuidados com a saúde.

4.3 Definição de caso

De acordo com [Arakaki-Sanchez et al. \(2019\)](#), no Brasil utiliza-se a tosse como principal sintoma identificável para o rastreamento da tuberculose pulmonar. Desta forma, considera-se suspeito de apresentar TB o paciente dentro do conceito de sintomático respiratório (SR), adotado no país para a população geral adscrita ao território da Estratégia da Saúde da Família, que é a pessoa portadora de tosse produtiva por três semanas ou mais. Para a população geral que procura o serviço de saúde espontaneamente considera-se SR o indivíduo portador de tosse com expectoração de durabilidade de duas a mais semanas. No entanto, a duração da tosse para a identificação do SR, em contexto de vulnerabilidade, deve levar em consideração o risco de adoecimento e o acesso da comunidade aos cuidados com a saúde. Sendo assim, é possível, no cenário de busca por sintomáticos respiratórios, privilegiar a oportunidade de se fazer o exame diagnóstico em detrimento do tempo de tosse.

Considera-se caso de tuberculose todo o indivíduo que tem diagnóstico confirmado por meio de baciloscopia ou cultura, e ainda aquele que o médico, a partir de critérios clínicos-epidemiológicos associados a exames complementares inespecíficos é capaz de firmar o diagnóstico. O diagnóstico da tuberculose pulmonar, além da avaliação clínica, deve lançar mão de pesquisa bacteriológica, exame microscópico direto do escarro, cultura para micobactéria, exames de imagem (radiografia de tórax e/ou tomografia computadorizada de tórax), e ainda a prova tuberculínica ([SILVA; SILVA, 2016](#)).

4.4 Etapas do projeto

O trabalho almeja, em um primeiro momento, identificar todos os pacientes com sintomas respiratórios que buscam a unidade de saúde para atendimento médico. Após a identificação dos mesmos será realizada avaliação do quadro clínico do paciente associada à anamnese de modo a reconhecer quais dos pacientes atendidos são elegíveis ao rastreamento da Tuberculose Pulmonar. Para tanto, o projeto foi dividido em 8 etapas:

Etapa 1: capacitação da equipe. Serão realizadas palestra e discussões no formato roda de conversa sobre Tuberculose Pulmonar. Estas atividades serão direcionadas a toda a equipe da unidade de modo a proporcionar a atualização dos conhecimentos sobre a temática enfatizando a importância do diagnóstico precoce e o início imediato de tratamento, sobretudo neste período de Pandemia, uma vez que os pacientes com a doença encontram-se no grupo de risco para a SARS-Cov-2. Ressalta-se que o aumento da procura por atendimento médico durante a Pandemia devido a sintomas respiratórios possibilita, portanto, a ampliação do rastreamento da tuberculose pulmonar. Almeja-se revisar conceitos técnicos sobre a abordagem do paciente suspeito e confirmado para tuberculose pulmonar incluindo a discussão sobre apresentação clínica da doença, abordagem diagnóstica, critérios diagnósticos, diagnóstico diferencial, notificação através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), acompanhamento, abordagem terapêutica, profilaxia e critérios de alta

Etapa 2: estabelecimento de fluxograma com os ACs para a elaboração de medidas de educação em saúde. Pretende-se desenvolver conteúdos digital e impresso para a substituição das salas de espera. O conteúdo informativo deve apresentar linguagem clara e objetiva de modo a levar informação dentro da comunidade sobre a doença, sua transmissão, seu tratamento, efeitos colaterais, importância da adesão ao tratamento e prevenção, de modo a permitir que o usuário seja capaz de identificar sintomas sugestivos de TB e procurar atendimento médico, um dos pilares para a efetivação da busca passiva. Os panfletos serão entregues aos usuários durante procura por atendimento na unidade, e o conteúdo digital será enviado mensalmente por mensagens de WhatsApp, para aqueles com telefone cadastrado. Estes mesmos panfletos serão divulgados nas redes sociais da unidade. Será elaborado ainda plano para a substituição das visitas domiciliares, responsáveis por parte da vigilância do território, por ligações telefônicas, a fim de identificar possíveis sintomáticos respiratórios fazendo com que o usuário responda a um questionário previamente elaborado pela equipe. De acordo com as respostas obtidas, o paciente será também convidado para fazer testagem, caracterizando busca ativa dos sintomáticos respiratórios;

Etapa 3: desenvolvimento de estratégias para o acompanhamento do tratamento capazes de reduzir os desfechos desfavoráveis. Assim, por quanto durar a Pandemia por SARS-CoV-2, todos os usuários em tratamento deverão receber semanalmente os medicamentos sob a forma de tratamento diretamente observado (TDO) no domicílio. Tal medida

visa reduzir a exposição do paciente ao COVID-19 por diminuir a sua circulação no território, que ficará restrita, no que diz respeito aos cuidados em saúde, a consultas mensais para acompanhamento da evolução do quadro e realização de exames complementares;

Etapa 4: pactuação, junto ao corpo administrativo da unidade e agentes de saúde, sobre criação de listas de transmissão via WhatsApp, para o envio de conteúdos informativos e ampliação do acesso aos serviços de saúde para os pacientes em tratamento de TB pulmonar, assim como criação de canal, também via WhatsApp, para facilitar o acesso do paciente em tratamento com a equipe, evitando exposição ao COVID-19 em visitas à clínica fora do fluxo de consultas e realização de exames;

Etapa 5: normatização e padronização de condutas adotadas durante o fluxo de triagem clínica dos pacientes quanto aos sintomas respiratórios, assim como desenvolvimento de fluxograma para realização de agendamento de consultas médicas e de enfermagem para o acompanhamento dos casos positivos e em tratamento até a alta por cura e/ou tempo de tratamento, assim como agendamento dos contatos para avaliação após busca ativa.

Etapa 6: Identificação, durante atendimento médico, de pacientes elegíveis a realização de baciloscopia direta para pesquisa de BAAR dentre os usuários sintomáticos respiratórios que buscam a unidade. Realização dos exames em tempo hábil, avaliação e interpretação dos exames, início imediato de tratamento para aqueles com TRM positivo e sensível a rifampicina e/ou cultura positiva. Notificação dos casos na data de início do tratamento e, busca ativa para a monitorização de todos os contatos diretos do paciente diagnosticados;

Etapa 7: Realização de consultas mensais para acompanhamento da evolução clínica, resposta terapêutica e possíveis reações adversas. Abordagem sobre o correto uso das medicações preconizadas para o tratamento segundo o protocolo do Ministério da Saúde, assim como orientação acerca da importância à adesão ao longo tratamento, seus efeitos colaterais, orientação sobre etiquetas de higiene respiratória, interrogatório sobre quem são os contatos diretos do paciente e agendamento imediato de consulta destes para avaliação clínica e solicitação de exames complementares para confirmar ou refutar novo diagnóstico de tuberculose, assim como avaliar a necessidade de realizar nos contatos quimioprofilaxia, abordagem da importância do isolamento social durante os primeiros 15 dias de tratamento, quando o paciente ainda é bacilífero, além disso orientação sobre a necessidade de realização do distanciamento social após este período de 15 dias como forma de evitar o contágio por COVID-19 que pode, caso haja co-infecção, apresentar um prognóstico reservado ao paciente com doença pulmonar. O paciente sairá do consultório com consulta de retorno agendada e orientado sobre o canal de tele-atendimento para maior acessibilidade à equipe assim como informado sobre a exacerbação dos sintomas e necessidade de busca por atendimento médico imediato. Ressalta-se que caso o paciente falte ao atendimento médico ou de enfermagem será realizada busca ativa do paciente

para entender o caso faltoso e imediato reagendamento.

4.5 Equipe de trabalho

Para a viabilização de um trabalho de qualidade é fundamental o envolvimento de toda equipe, cada qual desenvolvendo um papel igualmente importante no rastreamento da Tuberculose Pulmonar no período de Pandemia. Aos agentes de saúde caberá divulgar informações acerca da TB pulmonar aos usuários da unidade assim como identificar e orientar aqueles com sintomas respiratórios persistentes ou recentes a busca por atendimento médico. Ao técnico de enfermagem, cabe também participar na propagação de informação sobre a doença com os usuários, assim como reforçar o método de coleta do teste de escarro de modo a assegurar que haja o mínimo possível de descarte de amostras por falha técnica de coleta. À equipe médica e de enfermagem caberá a avaliação dos quadros clínicos, identificação de casos suspeitos, diagnóstico, início do tratamento e notificação; levando-se em consideração que a enfermagem está habilitada a iniciar o tratamento caso teste de escarro positivo e/ou laudo de tomografia de tórax evidenciando tuberculose pulmonar

4.6 Cronograma das atividades

As atividades que envolvem palestra e realização de reuniões com membros da equipe acontecerão a cada 15 dias, as terças-feiras, no período matutino, quando as equipes tem este turno disponibilizado para adequações dos processos de trabalho dentro da Unidade.

Etapa 1: Prevista para ser realizada no dia 07 de julho de 2020;

Etapa 2: Prevista para ser realizada no dia 07 de julho de 2020;

Etapa 3: Prevista para ser realizada no dia 21 de julho de 2020;

Etapa 4 : Prevista para ser realizada no dia 21 de julho de 2020;

Etapa 5: Prevista para ser realizada no dia 04 de agosto de 2020;

Etapas 6 e 7 : acontecerão conforme fluxo de atendimento diário da unidade.

5 Resultados Esperados

5.1 Resultados obtidos entre julho e agosto de 2020

Este projeto de intervenção foi implementado desde 07 de julho de 2020 e ainda está em curso, uma vez que pretende ter continuidade até o final da pandemia de COVID-19. Até agosto de 2020 foi possível realizar as seguintes atividades:

- Capacitação, no dia 14 de julho, de parte da equipe, com a presença de 05 agentes comunitários de saúde, uma médica, uma enfermeira e um técnico de enfermagem. Os demais membros da equipe, que compõem a unidade, estavam desenvolvendo outras tarefas no dia da realização da tarefa. Foram abordados temas pertinentes sobre a história natural da tuberculose pulmonar, via de transmissão, apresentação clínica da doença, meios diagnósticos, abordagem terapêutica, acompanhamento dos usuários em tratamento, notificação compulsória e profilaxia;
- Reunião com 03 ACSs e uma enfermeira para o estabelecimento de fluxo sobre o desenvolvimento e transmissão de conteúdo digital e impresso acerca da tuberculose pulmonar a ser divulgada na comunidade. A execução desta tarefa, até o momento presente, não foi executada;
- Dispensação semanal, no domicílio, das medicações para todos os pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar;
- Consultas mensais com a equipe médica e/ou de enfermagem para o acompanhamento dos pacientes em tratamento;
- Oferta sistemática para a realização do teste de escarro para todos os pacientes que apresentam sintomas respiratórios;
- Identificação de 42 casos de pacientes com sintomas respiratórios;
- Oferta de baciloscopia direta para pesquisa de BAAR para 25 pacientes (59,5%) dos 42 sintomáticos respiratórios identificados como tal;
- Realização de 7 testagens com confirmação de 3 casos que tiveram tratamento iniciado imediatamente após o diagnóstico laboratorial, e se encontram em monitoramento.

Com relação ao perfil epidemiológico dos casos investigados, foi possível observar que, a idade variou de variou entre 20 dias de vida a 87 anos. Dos 42 pacientes identificados com sintomas respiratórios 11 (26,1%) apresentavam os sintomas respiratórios há mais de

duas semanas, 14 (33,3%) pacientes apresentavam os sintomas há cerca de dez dias, 13 (30,9%) pacientes os sintomas se iniciaram entre três a cinco dias, 03 (7,1%) pacientes não sabiam precisar a data de início dos sintomas e 01 (2,3%) paciente havia iniciado os sintomas no dia em que buscou o atendimento. Dos 11 pacientes com início dos sintomas há mais de duas semanas, 03 (27,2%) apresentavam suspeita clínica de tuberculose, e 01 (9%) paciente apresentava além de suspeição clínica, suspeita radiológica com radiografia de tórax evidenciando cavitações bilaterais e derrame pleural. Dos 14 pacientes com sintomas iniciados há cerca de dez dias, apenas 01 (7%) apresentava suspeita clínica de tuberculose pulmonar relatando perda de peso e febre vespertina há cerca de 2 meses.

Dos 42 pacientes com sintomas respiratórios, foi ofertada a realização de baciloscopia direta do escarro, principal método no diagnóstico e controle de tratamento da tuberculose pulmonar, para 25 (59,5%) pacientes que eram elegíveis a realização do teste de escarro conforme avaliação clínica, sendo caracterizados como casos suspeitos. A escolha pela testagem destes pacientes se deu a partir da avaliação dos sintomas relatados, anamnese, exame físico e tempo de surgimento dos sintomas, com um recorte de pelo menos dez dias de início até a procura por atendimento médico, de modo a tentar obter um diagnóstico o mais precoce possível. Os demais pacientes (n=17) não apresentavam tempo de sintomas e/ou sintomas suficientes para a realização do teste.

A idade dos casos suspeitos (n=25) variou de 17 a 65 anos, sendo 16 homens (64%) e 09 (36%) mulheres. Destes 25 pacientes apenas 07 (28%) realizaram o teste. Dos 18 (72%) pacientes que não realizaram o exame 10 (55,5%) relataram melhora dos sintomas com o uso de antibiótico e/ou medicações sintomáticas, 05 (27,7%) pacientes referiram não ter conseguido produzir a amostra do escarro, e aguardam realização de escarro induzido, e 03 (16,6%) não foram encontrados no território durante busca ativa. Dos 07 pacientes testados, 02 (28,5%) não puderam ter suas amostras analisadas por quantidade de material insuficiente e/ou por possuírem qualidade ruim e também aguardam a realização de escarro induzido, 02 (28,5%) pacientes testados tiveram resultado positivo para a presença de B.A.A.R e já se encontram em tratamento, e por fim, 03 (42,8%) pacientes tiveram resultado negativo para a presença de B.A.A.R. sendo que destes, 01 (14,2%) deles realizou a coleta com 21 dias do início do tratamento, implementado antes mesmo da realização do exame devido a forte suspeição clínica e radiológica. Os contatos diretos dos pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar, 03 pacientes no total (7,1% de todos os sintomáticos respiratórios identificados), no período referido de início da intervenção ainda não realizaram o teste de escarro, pois não se apresentaram na clínica mesmo após o doente ser informado durante a consulta médica sobre a importância do rastreamento de seus contatos e também após busca ativa posterior.

Portanto, dos 42 pacientes atendidos no período com sintomas respiratórios elegeu-se 25 (59,5%) pacientes como casos suspeitos, sendo possível até o momento realizar a testagem em apenas 7 (42,8%) pacientes obtendo-se o resultado positivo para tuberculose

pulmonar e início do tratamento para 03 pacientes (42,8%).

5.2 Resultados esperados até o final do projeto

Até o final do projeto, almeja-se fazer monitoramento e investigação de todos os casos suspeitos de tuberculose aproveitando a oportunidade de acesso por conta da alta demanda por atendimento médico por queixas respiratórias no período da Pandemia de Covid-19. Espera-se dar continuidade ao acompanhamento e investigação dos 5 casos, também eleitos como suspeitos, porém sem sucesso na realização da baciloscopia.

Além disso, espera-se:

- * melhorar o acesso à saúde entre os usuários com suspeita de tuberculose;
- * identificar precocemente e monitorar os casos de tuberculose pulmonar;
- * reduzir a incidência de tuberculose pulmonar na área de abrangência do Centro Municipal de Saúde Iraci Lopes.

Como consequência à implementação deste projeto, espera-se contribuir para redução dos custos em saúde com medicações, internações por complicações, assim como diminuir os impactos dos agravos que podem se tornar incapacitantes para o indivíduo, até mesmo levarem ao óbito, sobretudo, durante o período de Pandemia por COVID-19.

Referências

- ANDRADE, H. S. et al. Avaliação do programa de controle da tuberculose: um estudo de caso. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 242–258, 2017. Citado na página 18.
- ARAKAKI-SANCHEZ, D. et al. *Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: MS/CGDI, 2019. Citado 5 vezes nas páginas 11, 17, 18, 19 e 21.
- BARBOSA, D. R. M. et al. Aspectos socioculturais da tuberculose e diálogo com políticas públicas em saúde no brasil. *Revista Eletrônica Gestão Saúde*, v. 1, n. 1, p. 1857–1867, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 17.
- BARREIRA, D. *Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil*. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100009>>. Acesso em: 03 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 20.
- MACEDO, L. R.; MACIEL, E. L. N.; STRUCHINER, C. J. Tuberculose na população privada de liberdade do brasil, 2007-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 4, p. 783–794, 2017. Citado na página 12.
- MACIEL, E. L. N.; SALES, C. M. M. A vigilância epidemiológica da tuberculose no brasil: como é possível avançar mais? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 1, p. 175–178, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 11, 12 e 19.
- RODRIGUES, I. L. A.; CARDOSO, N. C. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de belém, pará, brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 1, n. 1, p. 67–71, 2010. Citado na página 12.
- SILVA, A. L. O. da; MOREIRA, J. C.; MARTINS, S. R. *COVID-19 e tabagismo: uma relação de risco*. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500504>. Acesso em: 12 Out. 2020. Citado na página 12.
- SILVA Érika Andrade e; SILVA, G. A. da. O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1233–1247, 2016. Citado na página 21.
- SOUZA, C. D. F. de et al. *Vigilância da tuberculose em uma área endêmica do Nordeste brasileiro: O que revelam os indicadores epidemiológicos?* 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132019000201000&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 Out. 2020. Citado na página 17.
- SOUZA, K. M. J. de et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 4, p. 904–910, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.