

MANEJO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO TOCANTINS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

PULMONARY TUBERCULOSIS MANAGEMENT AT THE PRIMARY HEALTH ATTENTION FROM A CITY OF TOCANTINS: A DOCUMENTARY ANALYSIS

Bruno Sousa de Freitas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7142-1852>
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC PORTO, Brasil.
E-mail: brunosfreitas16@hotmail.com

Josibel Mariano Toledo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8436-6410>
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC PORTO, Brasil.
E-mail: josibelmarianotoledo@gmail.com

Sara Janai Corado Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5814-6158>
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC PORTO, Brasil.
E-mail: sara.lopes@itpacporto.edu.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Tuberculose Pulmonar (TB) é uma infecção humana comunitária milenar que possui alto índice de mortalidade quando não tratada. Tem como principal agente etiológico a *Mycobacterium tuberculosis*. A população de risco é composta por pessoas de baixo nível de escolaridade, renda, presidiários e moradores de rua. **OBJETIVOS:** Analisar se a Atenção Primária em Saúde (APS) atua conforme os protocolos do Ministério da Saúde (MS) nos casos de TB. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de análise documental, através de prontuários médicos no Município de Porto Nacional – TO. Os dados colhidos foram comparados aos atuais protocolos de manejo da doença, contrapondo as ações da APS ao que se é recomendado pelo MS. **RESULTADOS:** No município foram contabilizados 08 novos casos de TB em 2021, sendo a incidência em 15,09 casos por 100 mil habitantes. A maior parte dos acometidos são homens (04), acima dos 40 anos e com algum fator de risco. Nenhum paciente possuía ensino superior e renda maior que 1,5 salário mínimo. **DISCUSSÃO:** A equipe de atenção primária não segue sistematicamente os protocolos do Ministério da Saúde no manejo da doença, e critérios de diagnóstico, tratamento e alta não foram registrados em prontuário, apesar de que a taxa de cura da TB na amostra escolhida está acima da média nacional, chegando a 80%. Os pacientes com menor renda apresentam maior risco de infecção e recidivas. **CONCLUSÃO:** é imperioso sistematizar o cuidado da TB em conformidade aos protocolos do MS, através da educação permanente para todos os profissionais da APS, sendo o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) uma medida que traria resultados satisfatórios. Assim como instigar políticas de educação popular em saúde em grupos com o maior risco de contágio da doença.

Palavras-chave: Atenção Primária. Saúde Pública. Tuberculose.

SUMMARY

INTRODUCTION: Pulmonary Tuberculosis (TB) is an ancient human community infection that has a high mortality rate when left untreated. Its main etiologic agent is *Mycobacterium tuberculosis*. The population at risk is composed of people with a low level of education, income, prisoners and homeless people. **OBJECTIVES:** To analyze whether Primary Health Care (PHC) acts according to the protocols of the Ministry of Health (MOH) in TB cases. **METHODS:** This is a study of document analysis, through medical records in the Municipality of Porto Nacional - TO. The data collected were compared to current disease management protocols, contrasting PHC actions with what is recommended by the MS. **RESULTS:** In the municipality, 08 new cases of TB were recorded in 2021, with an incidence of 15.09 cases per 100,000 inhabitants. Most of those affected are men (04), over 40 years old and with some risk factor. No patient had higher education and income greater than 1.5 minimum wage. **DISCUSSION:** The primary care team does not systematically follow the Ministry of Health protocols in the management of the disease, and diagnostic, treatment and discharge criteria were not recorded in the medical records, despite the fact that the TB cure rate in the chosen sample is above the national average, reaching 80%. Patients with lower income have a higher risk of infection and relapses. **CONCLUSION:** it is imperative to systematize TB care in accordance with MS protocols, through continuing education for all PHC professionals, with the PEC (Citizen's Electronic Health Record) being a measure that would bring satisfactory results. As well as instigating popular health education policies in groups with the highest risk of contagion of the disease.

Keywords: Primary Care. Public health. Tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma manifestação patológica com sinais e sintomas que são causados pela *Mycobacterium tuberculosis*, podendo se manifestar na forma pulmonar, quando há acometimento dos pulmões, ou nas formas extrapulmonares, quando ocorre infiltração em outras partes das estruturas do corpo humano. A origem da *Mycobacterium* remonta há mais de 150 milhões de anos, sendo que os registros concretos de sua presença nas sociedades humanas são mais precisamente nos egípcios devido a mumificação dos corpos, onde já foram identificados possíveis sinais patognomônicos da doença nessas civilizações. No Brasil o registro que se tem é de quando os padres jesuítas trouxeram a

infecção pelo processo de colonização, ocasionando surtos devido a boa adaptação do patógeno ao clima tropical do país¹.

Desde 1979 o Brasil iniciou campanhas relativas ao controle epidêmico da Tuberculose em âmbito nacional. Sendo que ao passar dos anos, e com as reformas administrativas do sistema de saúde, surgiu a Atenção Primária em Saúde como sendo a porta de entrada no diagnóstico e tratamento dos casos de Tuberculose. Hoje, o tratamento é feito exclusivamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde), não havendo a opção da aquisição das drogas pela rede privada. Isso porque o Ministério da Saúde (MS), entende como primordial o controle dos dados epidemiológicos centrados nos estabelecimentos públicos, pois por ser uma doença infecciosa e de alto grau de prevalência, é importante que as autoridades estejam atentas a quaisquer indícios de surtos locais para medidas de contingência².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a Tuberculose é a doença infecciosa de maior letalidade quando não se realiza o tratamento precocemente. Os dados epidemiológicos apontam que os grupos socialmente marginalizados estão mais propensos à infecção devido viverem em ambientes insalubres, com condições de saneamento básico e escolaridade precários. Os homens da raça parda são majoritariamente os mais acometidos, assim como os de idade entre 30-50 anos, o que representa uma preocupação ainda maior para o Estado devido o adoecimento da população economicamente ativa³.

O quadro clínico⁴, se manifesta principalmente por tosse seca e uma piora progressiva, sendo às vezes confundida com a fase final de um resfriado. Essa tosse representa a reprodução da micobactéria dentro dos pulmões que vão causando danos irreversíveis às estruturas respiratórias. Com o passar dos anos e a depender da resposta imune do indivíduo, essa infecção pode se espalhar aos demais órgãos do corpo, levando ao risco de morte iminente.

A não continuidade ao tratamento representa hoje um grande empecilho no controle da TB no Brasil. Costa e Rodrigues⁵, relatam que o uso de bebidas alcoólicas e a melhora do estado geral são um dos fatores que mais contribuem para o abandono da poliquimioterapia. Entender os fatores que desencadeiam essas desistências é crucial no trabalho da atenção primária, pois a realização de um bom tratamento se inicia mediante ao acolhimento e esclarecimento do paciente em relação a sua situação de saúde.

O presente trabalho tem por objetivo compreender de que maneira a APS atua nos casos de TB e, se sua conduta é baseada nos atuais protocolos do MS, vislumbrando os

empecilhos da equipe da atenção primária na efetivação do tratamento em uma cidade no interior do Tocantins. Assim como, entender as particularidades da população local que inviabiliza o manejo da doença como se recomenda o órgão federal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de análise documental, através de pesquisa em prontuários médicos no Município de Porto Nacional – TO. A amostra da população investigada abrange aquelas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do município, sendo elas definidas como: UBS A, UBS B e UBS C. Foram inicialmente selecionados 05, 07 e 12 prontuários, respectivamente, de cada estabelecimento de saúde dos últimos 05 anos, levando em consideração os critérios de seleção das unidades básicas de saúde, aquelas que possuíam maior número de casos da doença nos últimos anos, conforme informado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Os prontuários selecionados foram aqueles que apresentavam melhor descrição nos documentos médicos de manejo da doença, pacientes enquadrados no grupo de risco e com o quadro exclusivamente do tipo pulmonar.

No final do estudo dos prontuários, foram selecionados 01 da UBS A, 02 da UBS B e 02 da UBS C. O número reduzido de amostra material deveu-se às inconsistências dos prontuários físicos que não estavam em ordem cronológica de início de tratamento, além da dificuldade em compreender a caligrafia de registro, assim como pouca informação escrita sobre o histórico patológico dos pacientes com quadros de sintomatologia respiratória, mas que indicavam possivelmente ser tuberculose.

Nos meses de Abril e Maio de 2022, os pesquisadores foram aos estabelecimentos de saúde do município e fizeram a consulta do acervo de prontuários para seleção do estudo. Os documentos foram pré-selecionados pela equipe de enfermagem, levando em consideração de que os registros deveriam estar com a maior quantidade de dados possíveis sobre diagnóstico, tratamento, recidivas e critérios de cura. Toda vistoria analítica se deu em conformidade ao referencial de cuidados e práticas do manejo da tuberculose pulmonar que se recomenda o MS, nenhum outro protocolo clínico das sociedades médicas fora considerado, haja vista que é preciso pontuar que há divergências dessas entidades quanto às suas preconizações.

Segundo os dados colhidos do DATASUS, a média do coeficiente de incidência de tuberculose no estado do Tocantins foi de 10,9 casos por 100 mil habitantes e de mortalidade

0,8-1,5 por 100 mil habitantes em 2021. Ficando abaixo da média nacional que seria 31,6 a cada 100 mil habitantes. No município de Porto Nacional – TO, foram contabilizados 08 novos casos em 2021, distribuídos nas UBS conforme a territorialização de cada paciente, sendo a incidência em 15,09 casos por 100 mil habitantes, superior à média estadual ⁶.

Para uma melhor precisão na pesquisa, foi selecionado um número menor de documentos a serem trabalhados, mas que em nada muda a qualidade e credibilidade do estudo. Os resultados catalogados serão apresentados de forma qualitativa, baseando-se em fazer um contraponto entre o manejo da equipe de saúde básica em consonância com as normas recomendadas pelo Ministério da Saúde e que são adotadas como modelo na rede municipal. As informações obtidas serão analisadas sob auxílio de artigos publicados nas bases *Pubmed* e *Scielo*.

A ferramenta de pesquisa pela análise documental se mostra como uma eficiente forma de compreender os resultados e consequências ao longo do tempo, haja vista que é possível averiguar os diferentes impactos benéficos ou não de uma intervenção na população a ser analisada. Para isso, é necessário se ter uma base de dados fidedignas à realidade, de modo a se refutar ou constatar as hipóteses de estudo⁷.

A pesquisa é amparada pela aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional – TO, assim como autorizada pelo Comitê de ética e pesquisa (CEP), sob o Parecer: 5.247.713 e CAAE: 54332921.7.0000.8075. A coleta dos registros em prontuários se iniciou nos meses de abril e maio de 2022 e a elaboração dos dados foi finalizada em junho do mesmo ano. Nenhum paciente teve seu nome ou iniciais citadas no texto da pesquisa e todas as amostras coletadas são referenciadas como “paciente I, II, III, IV e V”. Assim como as Unidades Básicas de Saúde foram nomeadas como “A, B e C”.

RESULTADOS

Há um fluxograma de cuidado com os pacientes que estão em suspeita ou diagnosticados com Tuberculose. A porta de entrada sempre será as Unidades Básicas de Saúde, mas em alguns casos podem ser remanejados para o Serviço de Atenção Especializada (SAE) que fica no próprio município. A grande maioria dos casos tem resolução nas UBS, mas existem grupos especiais que necessitam de um acompanhamento com infectologistas, ao exemplo de: grávidas, coinfectados com HIV, reincidentes, suspeitos

de resistência medicamentosa e casos que o médico generalista julga necessário fazer o encaminhamento.

Entretanto, o referenciamento ao especialista não isenta a equipe de saúde da família a fazer o acompanhamento mensal dos pacientes já diagnosticados. Ficando responsáveis pela dispersão de medicamentos e pela busca ativa de contactantes com sintomatologia respiratória. Ao término do tratamento há contrarreferrência, onde o especialista descreve em parecer médico os critérios de alta e se houve complicações no decorrer do tratamento, realizando-se uma comunicação entre as equipes médicas de modo a pontuar as condutas a serem tomadas.

O município de Porto Nacional – TO, realiza articulações com nível primário e secundário, de modo a ofertar um cuidado integral e direcionado a cada especificidade individual. Pois, apesar de ser algo recomendado pelo o MS, nem todas as cidades do país possuem acesso ao serviço especializado de saúde, fazendo com que muitos tenham que se deslocar para centros de saúde em localidades distantes para consultas com especialista, o que em alguns casos inviabiliza a concretização do tratamento por questões financeiras. Importante salientar que os dados aqui apresentados representam um recorte local, não podendo ser exploradas narrativas expandidas para as demais ESFs.

O Ministério da Saúde reforça o seu cuidado nas doenças infecciosas ao elaborar protocolos que visam sistematizar o atendimento e proporcionar melhores condutas de controle na cadeia de transmissão. Para isso, a atuação dos profissionais de saúde em consonância ao que é recomendado, faz com que o tratamento da tuberculose pulmonar se efetive com maior grau de cura e em menores índices de recorrência. A tabela 01 exemplifica os exames e procedimentos que devem ser tomados frente ao caso de TB clássica no nível primário de saúde.

TABELA 01 – PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR.

<i>Procedimentos</i>	<i>1º mês</i>	<i>2º mês</i>	<i>3º mês</i>	<i>4º mês</i>	<i>5º mês</i>	<i>6º mês</i>	<i>OBS</i>
<i>Consultas</i>	x	x	x	x	x	x	Maior frequência a critério clínico
<i>Oferta de teste para diagnóstico de HIV e teste de sensibilidade a rifampicina</i>	x						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento. O TS deve preferencialmente ser feito no primeiro mês ou quando há

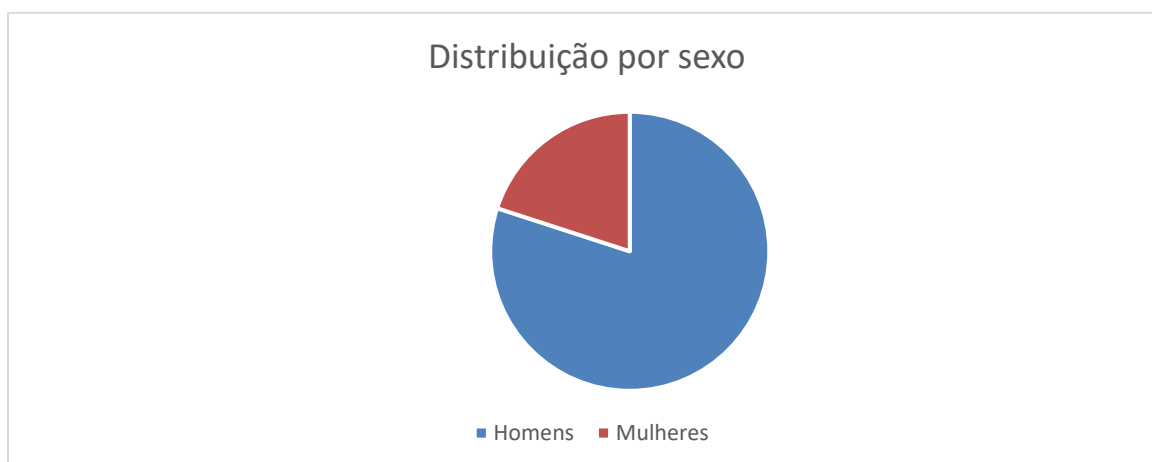
<i>Baciloscopia de controle Raio x de tórax</i>	x	x	x	x	x	x	persistência de baciloscopia positiva. Avaliação para alta e eficácia farmacológica Especialmente nos casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração, repetir conforme o critério clínico.
		x				x	
<i>Avaliação da adesão Glicemia, função hepática e renal</i>	x	x	x	x	x	x	Em toda consulta. No início e repetir a critério clínico.
	x						

Fonte: Os autores (2022)

Nos dados colhidos foi possível fazer um paralelo entre a conduta na realidade prática e o que seria o preconizado pelo Ministério da Saúde. Os prontuários escolhidos são datados de 2018 em diante, visando aqueles casos em que se pudesse obter uma maior riqueza de detalhes. A amostra de estudo foi pautada na análise de 05 documentos.

O Serviço de Atenção Especializada (SAE) do município não soube informar a quantidade de diagnósticos anuais de tuberculose no momento da pesquisa, mas segundo o DATASUS foram confirmados 08 casos de TB em 2021. Nenhum paciente apresentado neste estudo foi acompanhado pelo SAE, todos foram tratados exclusivamente na APS. Dos dados coletados, foi possível averiguar que a maioria dos portadores são homens (04), seguido de uma mulher. Assim como ilustra o gráfico 01.

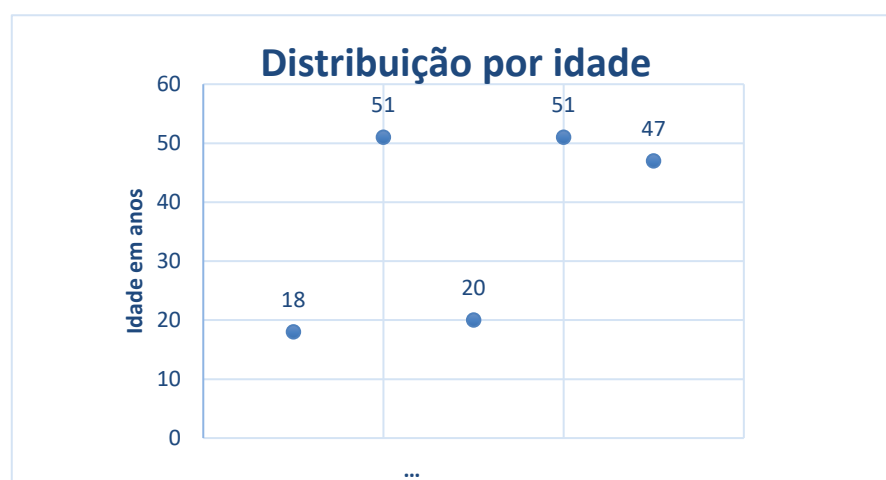
GRÁFICO 01 – DISTRIBUIÇÃO POR SEXO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR.



Fonte: Os autores (2022)

A faixa etária dos pacientes é um fator que influencia nas possíveis causas de contágio, haja vista que pessoas menores que 25 anos de idade possuem forte tendência a terem contraído a *Mycobacterium tuberculosis* devido a um quadro de imunossupressão. Já os pacientes acima de 30 anos estão mais relacionados ao estilo de vida, condição social precária e tabagismo de longa data, conforme exemplifica o Manual de Controle da Tuberculose de 2019. Sobre a renda foi visto que nenhum paciente teria mais que 1,5 salários mínimos mensais, ao se levar em conta a ocupação profissional e o nível de escolaridade. O gráfico 02 esboça a relação das idades com o diagnóstico.

GRÁFICO 02 – DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR



Fonte: Os autores (2022)

Os dados obtidos foram categorizados em uma análise qualitativa, de modo a esboçar os principais erros cometidos no tratamento de pacientes com tuberculose, da mesma forma que houve a especificação das características que poderiam englobar esses indivíduos em grupos de risco para a doença. A fim de evitar exposição de dados para a comunidade, devido ao fato de que portadores de TB ainda sofrem estigma social, optamos por não usar as iniciais dos pacientes nos dados.

Paciente I: sexo masculino, 18 anos, usuário de droga, reside com os pais, refere ser sintomático respiratório e a equipe inicia a investigação para TB. Foram realizados os testes de baciloscopia (1^o consulta), sensibilidade à rifampicina (TS) e não há registro de testagem para HIV. Não há avaliação da glicemia, TGO, TGP e creatinina. O paciente se enquadra no grupo de risco por ser de extrema pobreza e fazer uso de entorpecentes, que por conseguinte, faz com que o seu tratamento não seja finalizado devido o não comparecimento

na UBS para dispersão da medicação. A equipe de saúde realizou a busca ativa, mas não obteve êxito. Até a finalização desse estudo o caso permanecia como desistente.

Paciente II: sexo masculino, tabagista, 51 anos, caminhoneiro, realizou tratamento para hanseníase há 3 anos, apresenta-se sintomático respiratório e a equipe solicita a baciloscopia no primeiro mês, teste de HIV e raio-x, não havendo registro de prova de função hepática, renal e glicemia. As consultas ocorreram sem intercorrência mensalmente, sendo receitado o esquema básico de 6 meses de tratamento. O paciente não tem registro de teste de sensibilidade à rifampicina, possivelmente devido ao quadro progresso de hanseníase, pois a droga em questão também é usada nas duas moléstias, e por não haver intercorrências, a equipe não viu necessidade de solicitação de TS para este caso. A alta se deu com a baciloscopia negativa no último mês de tratamento.

Paciente III: sexo feminino, 20 anos, sintomática respiratória, refere ser contactante com a irmã que foi diagnosticada com TB, equipe de saúde fez acompanhamento mensal. Porém, não há registros de testagem de HIV, teste de sensibilidade e baciloscopia. Foi feito apenas glicemia, TGO e TGP e creatinina. Foi solicitada uma radiografia que não apresentou alterações, não há registro do esquema de tratamento da paciente. O caso foi encerrado, mas sem pontuar as condutas necessárias para a alta do quadro.

Paciente IV: sexo masculino, 51 anos, tabagista de longa data, morador da zona rural, refere febre vespertina e sudorese noturna. A Equipe de saúde solicitou baciloscopia no primeiro mês, onde a mesma veio positiva, foi passado o esquema de tratamento básico de 6 meses. O acompanhamento mensal possibilitou realizar a testagem de HIV, função hepática e renal, glicemia, raio-x e até mesmo busca ativa de sintomáticos respiratórios no domicílio do paciente. A alta se deu com a baciloscopia negativa no último mês de tratamento. A única divergência do caso aos protocolos do MS, se dá pela falta do teste de sensibilidade à rifampicina.

Paciente V: sexo masculino, nega tabagismo, portador de diabetes mellitus, relata sintomas respiratórios. A equipe de saúde faz o acompanhamento mensal e trata como TB pulmonar clássica por 6 meses. Entretanto, nos registros de prontuários não há testagem para HIV, sensibilidade à rifampicina, baciloscopia de controle e raio-x. Há somente o pedido de exames laboratoriais para testagem de função hepática, renal e de glicemia. A alta se deu sem especificar melhoras clínicas e nem laboratoriais.

Os dados analisados divergem em vários aspectos do que se é recomendado pelo Manual de Controle da Tuberculose. Para tal, a tabela 02, faz uma síntese comparativa entre as condutas a serem tomadas e o que foi realizado em cada paciente estudado.

TABELA 02 – MANEJO COM OS PACIENTES ESTUDADOS

<i>Procedimentos</i>	<i>Paciente I</i>	<i>Paciente II</i>	<i>Paciente III</i>	<i>Paciente IV</i>	<i>Paciente V</i>
<i>Consultas</i>	3 consultas.	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
<i>Oferta de teste para diagnóstico de HIV e teste de sensibilidade à rifampicina</i>	Não testado para HIV. TS: Sensível a rifampicina.	HIV: Não reagente. Sem teste de sensibilidade.	HIV: Não reagente. Sem teste de sensibilidade	HIV: Não reagente. Sem teste de sensibilidade.	Não testado para HIV. Sem teste de sensibilidade.
<i>Baciloscopia de controle</i>	1º baciloscopia positiva. Paciente não prosseguiu o tratamento.	1º baciloscopia positiva. No sexto mês foi repetida e o resultado foi negativo	Não solicitado	1º baciloscopia positiva. No sexto mês foi repetida e o resultado foi negativo	Não solicitado
<i>Raio x de tórax</i>	Ausente	Presença de infiltrado bilateral.	Solicitado	Solicitado	Não solicitado
<i>Avaliação da adesão</i>	Realizou-se busca ativa.	Mensal	Mensal	Realizou-se busca ativa.	Mensal.
<i>Glicemia, função hepática e renal</i>	Sem registro.	Sem registro	Solicitado	Solicitado	Solicitado

Fonte: Os autores (2022)

DISCUSSÃO

Os pacientes analisados foram tratados em âmbito de nível primário de saúde, não sendo necessário referenciá-los ao atendimento especializado. Porém, isso não significa que sejam pacientes que não apresentem um nível elevado de complexidade quanto ao seu manejo de tratamento. Os fatores de ordem socioeconômicas podem inviabilizar os planos terapêuticos que são recomendados pela equipe médica, em alguns casos é inviável comparecer nos estabelecimentos de saúde devido à falta de orçamento para o transporte. Todas essas singularidades são relevantes para o abandono do tratamento ⁸.

Além do mais, a população que é acometida pela TB são majoritariamente pessoas com baixo grau de instrução acadêmica. Nos prontuários analisados, nenhum paciente possuía ensino superior e isso mostra a predileção de pessoas em vulnerabilidade social que estão mais propensas a adquirirem a doença. Assim como, se torna ainda mais difícil o trabalho da equipe de saúde, pois é difícil para muitas pessoas entenderem a necessidade

de tratamento enquanto os sintomas da doença não se agudizaram, é nítido que na realidade prática muitos tem dificuldade inclusive em ingerir a medicação nos horários corretos, cabendo a ESF recorrer a anotações didáticas para o melhor entendimento dessas pessoas⁹.

A população da zona rural são as que enfrentam uma maior dificuldade de concretização do tratamento. Haja vista que nem sempre é possível a locomoção para os centros urbanos nos dias marcados de consultas e dispersões de medicamentos. Levando em consideração que o paciente é responsável por buscar a medicação mensal em sua UBS de referência, foi possível averiguar que em muitos casos houve a descontinuidade do tratamento devido o não comparecimento no dia especificado e conseqüentemente à falta de ingesta da medicação, essa fragmentação do tratamento pode prolongar o manejo terapêutico¹⁰.

A educação popular em saúde faz parte da política de trabalho do SUS, que visa envolver os saberes populares em consonância às condutas da equipe médica, a fim de estabelecer uma troca de conhecimento em prol do autocuidado na prevenção de agravos à saúde. No entanto, essa iniciativa ainda é deficiente em todas as esferas de saúde pública do país, fazendo com que o indivíduo só venha procurar atendimento médico quando há sintomatologia. Se houvesse uma cultura de saber popular básica em torno das noções de cuidado com a saúde, seria menos complexo para o indivíduo encarar o diagnóstico e tratamento, levando em consideração que o paciente teria esse conhecimento prévio. Todas essas singularidades são relevantes para o abandono do plano de tratamento proposto¹¹.

A vigilância epidemiológica trabalha de forma conjunta com a equipe de saúde primária no sentido de investigar e acompanhar os pacientes diagnosticados, em tratamento, curados, recidivantes e contactantes. Para isso, é necessário que os dados da ESF sejam descritivos em suas condutas e situações reacionais dos pacientes. Em prática, a vigilância se mantém atenta principalmente nos casos em que pacientes são de maior complexidade no seu manejo. Como o caso do paciente 01, que envolve o uso de entorpecentes, o abandono nesses casos representa um risco para o indivíduo e também para a comunidade, pois ainda continua a cadeia de disseminação da doença¹².

Outrossim, os acometidos por TB dificilmente residem em uma casa de modo solo, sendo na maioria das vezes dividido por no mínimo mais 02 pessoas. Portanto, é imperioso que os agentes de saúde promovam visitas in loco com a ficha de investigação de sintomático respiratório, realizando o rastreio de possíveis novos casos da doença e

acompanhando a família que teve a confirmação em algum domiciliado. A rede atenção primária do município realiza tal iniciativa baseando-se nas recomendações do MS ¹³.

A falta de estruturação tecnológica, torna o trabalho dos níveis de saúde descentralizados e pouco integrativos, levando-se em consideração que todas as fases de acompanhamento do paciente deveriam ser atualizadas e com acesso instantâneo para o especialista, agente de saúde, vigilância epidemiológica e demais profissionais da atenção primária. As informações repassadas de um nível ao outro ainda é por meio escrito e por intermédio dos pacientes a cada retorno, fazendo com que muitas vezes haja erro de interpretação de registro ou falta do paciente nas consultas, que gera uma lacuna de informações que dependiam dele para chegar a ESF ¹⁴.

Por conseguinte, os registros do manejo não seguem uma ordem lógica e cronológica de condutas, não havendo a padronização dos dados coletados. Ao exemplo da baciloscopia negativa como critério de alta, mas que só foi realizada em 02 pacientes analisados. Dessa maneira a vigilância epidemiológica não consegue prosseguir com a conclusão do caso, pairando a dúvida sobre o real desfecho do paciente. Todas essas situações seriam atenuadas se usassem o fichamento virtual, pois mesmo se houvesse esquecimento de alguma conduta por parte do profissional, o sistema exigiria o correto preenchimento para prosseguindo do caso ¹⁵.

É sabido que o agente etiológico da tuberculose é adquirido através das vias aéreas superiores, em especial nos locais fechados e sem ventilação adequada. Pois sendo assim, a população carcerária é comumente afetada devido a sua situação socioambiental ser propícia à disseminação do patógeno, rotineiramente há a recomendação de rastreamento nesses locais para se evitar surtos da doença. Contudo não foram constatados casos em presidiários nos dados coletados dos últimos 05 anos no município¹⁶.

Segundo o balanço da OMS (Organização Mundial de Saúde), o Brasil ocupa a 20^o posição dos países com maior prevalência de casos de casos no mundo. Além de que, a literatura traz que existem algumas populações que estão mais vulneráveis ao contágio pela TB, que são os moradores de ruas, encarcerados, portadores de HIV e imunossuprimidos. Por isso a necessidade em se testar de imediato os suspeitos de TB para o vírus do HIV, pois quadros respiratórios são as manifestações primárias da imunodeficiência humana¹⁷. Nos estudos analisados somente 02 pacientes não realizaram a testagem, porém não foi especificado se houve recusa própria ou se não havia insumos para realização do

procedimento. Sabe-se que ainda há um estigma social para recusa, medo e até mesmo a imperícia de lidar com esse acolhimento na APS.

O Ministério da Saúde caracteriza casos de investigação quando há presença de tosse por mais de 3 semanas, febre vespertina, sudorese noturna e perda de peso progressiva. Em casos mais graves pode haver hemoptise, quando há presença de sangue vivo expelido ao tossir. Nos casos analisados, todos os pacientes possuíam algum tipo de queixa respiratória, mesmo que branda, por isso a importância do diagnóstico precoce. A baciloscopia é de extrema importância para se acompanhar o período de maior infectividade do indivíduo, que é quando ela é positivada. Por isso sua recomendação no início e no final do tratamento ¹⁸.

As formas de diagnósticos vêm evoluindo com o advento das novas técnicas de microscopia laboratorial, alguns métodos para a confirmação do diagnóstico são: baciloscopia com especificidade (E) de 99,7% e sensibilidade (S) de 46,4%, cultura E: 98,2% e S: 93,1%, Teste rápido molecular S: 95,4% E: 98,5%, prova tuberculínica S: 77% E: 97% e exames de imagem. A baciloscopia é um dos métodos mais utilizados e o recomendado pelo MS devido sua alta precisão no resultado e baixo custo de execução, e é realizado pela avaliação do escarro com contagem de bacilos pontuados pelo sistema de cruzes. Já a cultura se configura como o método padrão ouro, entretanto tem a desvantagem pelo tempo de crescimento que tende a ser de 3 semanas¹⁹.

Os exames de imagem são usados em casos mais graves e com enfoque no acompanhamento das lesões tanto pulmonares, quanto extrapulmonares. Mas podem ser solicitados quando o profissional médico usa os critérios clínicos de cada paciente. Nos casos analisados, foram solicitados Raio-X em 03 casos, de modo a averiguar o acometimento da bactéria em pacientes com maior idade ou com sintomatologia não característica, como a paciente III¹⁹.

A Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada do SUS, bem como a responsável pelo rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos conviventes positivados para TB. Entretanto, o trabalho da APS é impossibilitado quando pacientes não são colaborativos na manutenção do tratamento farmacológico. A exemplo do que ocorreu com o paciente I, pois devido ser usuário de drogas e de baixa instrução social, não prosseguiu o tratamento e nem respondeu às 03 visitas de busca ativa, tornando ainda mais complexa a erradicação da doença nos dias de hoje²⁰.

A última diretriz farmacológica do manual publicado em 2019 pelo MS, recomenda que seja feito um tratamento total de casos não latentes por 6 meses com as seguintes drogas: 2 meses – Isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, sendo os 4 meses restantes usado rifampicina e isoniazida. Apesar das drogas terem seus efeitos colaterais significativos, não houve registro de queixas nesse sentido nos prontuários analisados e muito menos interrupção do tratamento por intolerância medicamentosa²¹.

O uso das drogas anti TB são seguras e eficazes quando é seguido o protocolo farmacológico de forma rigorosa. Porém, os efeitos colaterais são inevitáveis em grande parte dos pacientes, sendo estes: hepatotoxicidade, náuseas, problemas gastrointestinais, exantema, dor articular, febre, suor excessivo, mudança na cor da urina (vermelha), cefaleia e mudanças de comportamento. Por isso, pacientes que são introduzidos na terapia inicial de tuberculose devem ser bem orientados por parte da equipe de saúde básica, evitando assim a interrupção do tratamento pela dúvida quanto aos efeitos colaterais já esperados que as medicações podem causar. Nos registros analisados não foi possível constatar reações alérgicas ou resistência aos medicamentos prescritos ²².

A atenção primária trabalha no controle rigoroso para que não haja falta de medicamentos e que os usuários diagnosticados com TB sejam referenciados quando houver índice de multirresistência às drogas administradas. Para tal, é imperioso que se realize o teste de sensibilidade à rifampicina, a fim de detectar cepas resistentes da micobactéria à principal droga usada atualmente no seu tratamento, nos prontuários analisados apenas o paciente 01 realizou teste de sensibilidade à rifampicina, sendo que o MS recomenda que essa conduta seja realizado em todos os pacientes devido ao alto grau de resistência medicamentosa nos últimos anos²².

Segundo a OMS, recomenda-se que 85% dos pacientes com TB Pulmonar cheguem à cura, contudo, somente 70% dos portadores da infecção chegam ao patamar de cura atualmente no Brasil. Dos 5 casos analisados, somente 01 não chegou a receber alta do tratamento devido à desistência voluntária. Contudo, há ainda 80% do percentual de desfecho de cura nos casos de TB do município de Porto Nacional – TO. É importante frisar que a ESF também tem o papel de trabalhar a prevenção da TB através da imunização da BCG (Bacilo Calmette-Guérin), protegendo principalmente contra as formas miliar e meníngea, que são as mais graves²³.

Aguiar *et al*²⁴, esboça que existem os grupos socialmente marginalizados e que estão mais propícios a não aderirem ao tratamento devido a sua condição inerente de vida. Uma

das comunidades de maior nível de abandono de tratamento é a população que está em condição de rua, trabalhadores viajantes (caminhoneiros) e viciados em drogas. Os prontuários deram uma amostra dos dois casos citados, mas apenas um levou ao abandono, que foi o paciente 01.

Rocha *et al*²⁵, levanta uma questão atual em relação a pandemia do COVID-19 e os casos subdiagnosticados nesse cenário. As campanhas de conscientização foram paralisadas devido às medidas de distanciamento social e os pacientes portadores do bacilo podem desenvolver maior risco de mortalidade ao adquirirem o novo coronavírus.

Oliveira *et al*²⁶, esboçam em sua pesquisa os pontos mais relevantes que se devem atentar para a manutenção dos pacientes no tratamento farmacológico, sendo o vínculo médico paciente o primordial. Entretanto, refere-se que esse vínculo é tido de forma mais estreita com os profissionais da enfermagem e não com o médico da Unidade Básica de Saúde. Isso revela uma deficiência do exercício profissional que pode impactar diretamente a adesão ao tratamento, pois o paciente pode adquirir uma segurança maior ainda quando toda a equipe está disposta a esclarecer e orientar de forma simplificada os trâmites do projeto terapêutico.

Ainda assim, foi possível averiguar a alta rotatividade dos profissionais médicos dentro dos estabelecimentos de saúde primária, isso faz com que esse vínculo médico/paciente seja ainda mais fragmentado e o tratamento fique sob ameaça de abandono. Outrossim, é importante frisar que as anotações sem uma organização padronizada e de forma legível, pode levar a próxima equipe médica a erro nas suas condutas terapêuticas²⁶.

Mansour²⁷, constata que a grande maioria dos casos acometidos são tabagista e etilista. Porém, nas amostras pesquisadas apenas o paciente II refere tabagismo e nenhum outro diz ser etilista. Entretanto, não há como negar que os problemas relacionados aos vícios sociais são negligenciados em grande parte dos atendimentos. O indivíduo sem orientação e tratamento dessas situações de base secundárias, acabam por abandonar a terapêutica farmacológica em decorrência do vício. Para isso, o MS orienta que a equipe deve trabalhar o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), de modo a entender as particularidades do indivíduo e atuar de forma holística.

Estima-se que a taxa de mortalidade no Brasil por TB seja de 2,4 por 100 mil habitantes, podendo haver variações por regiões²⁹. Ademais, é imperioso que se tenha um tratamento muito bem estruturado para que não haja reincidência. O grande problema nos

dias atuais se esbarra nos casos de TB latente devido a desistência por parte dos pacientes²⁸ e em alguns casos está relacionado a conduta profissional, em exemplo, a falta de baciloscopia negativa para alta do paciente, pois dos dados analisados somente os pacientes II e IV tiveram a prova negativa para alta.

A TB é um problema de preocupação mundial das entidades em saúde. Pensando nisso, a World Health Organization, criou em 2017 novas metas que visam sua erradicação até os anos 2050 e o percentual de cura em até 95%. Pensando nisso, em 2017, o MS fez o lançamento do projeto “Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública”. Os pilares a serem trabalhados nessa nova política nacional devem ser a estruturação e sistematização das equipes de saúde básica, a fim de que possam unificar as condutas e promover um atendimento padronizado nos pacientes com TB³⁰.

CONCLUSÃO

Diante dos dados analisados, fica evidente que as equipes de estratégia de saúde da família e comunidade não seguem de forma sistemática os protocolos de cuidado dos pacientes com TB, seja pela complexidade dos algoritmos que o MS apresenta ou pela falta de registro nos documentos médicos. Ademais, é notório que a maioria dos acometidos são pessoas acima dos 40 anos, sexo masculino e com diminuído grau de escolaridade e poder aquisitivo.

As falhas mais comuns foram a não solicitação de testagem de HIV e baciloscopia de acompanhamento e como critério de cura do paciente. Os registros, por serem feitos a mão, possuíam limitada fonte de informações, bem como não seguiam uma continuidade lógica e cronológica da estruturação em um documento de registro clínico, uma vez que servem de consulta não só para o médico, mas também para os demais profissionais envolvidos no cuidado e na continuidade do tratamento.

Nos registros foi possível constatar que os profissionais médicos fizeram anotações que em muitos casos eram inelegíveis. Para tal, deve-se investir em meios para que os registros sejam integralmente digitalizados, de forma a torná-los acessíveis a todos os profissionais da equipe médica. Assim como a forma de armazenado dessas informações precisam ser aperfeiçoadas, pois podem ser facilmente acessadas, não ficando resguardado integralmente o sigilo das informações ali confiadas.

Os impasses citados até aqui fazem parte de um emaranhado de situações que estão presentes em grande parte das cidades do interior do país. A falta de articulação e unificação entre os órgãos de saúde, fazem com que as condutas do tratamento sejam distintas, sem seguir uma ordem lógica e cronológica. A implementação do PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), seria uma forma eficiente de standardizar as condutas na TB.

Por conseguinte, a pesquisa se mostrou coerente com as literaturas encontradas, sendo que as propostas levantadas são de grande valia para sanar não somente as deficiências de seu manejo, mas também podendo ser aplicadas nas condutas de demais doenças infectocontagiosas de maior prevalência no país. Os problemas socioculturais em que se envolvem os pacientes só poderão ser minimizados com políticas públicas que englobem fonte de renda e educação popular em saúde, sendo esses empecilhos complexos e tidos como problemas a serem trabalhados a longo prazo.

Portanto deve-se instigar a qualificação profissional, através da educação permanente, em prol da estruturação do cuidado conforme o protocolo do MS aos portadores de TB. Além do mais, é de grande valia a informatização dos registros públicos de saúde e subsídio para pacientes de baixa renda que não conseguem arcar com os gastos indiretos de seu tratamento. As pesquisas e ações nesse sentido devem ser voltadas como base científica para medidas que visem efetivar o seguimento dos protocolos no manejo da doença e orientação de toda a equipe para o aperfeiçoamento de melhores práticas humanizadas com o cuidado centrado na pessoa.

Conflito de interesses: Não há. Aprovação do Comitê de Ética: Número do Parecer: 5.247.713 CAAE: 54332921.7.0000.8075

Contribuição dos autores: Bruno Sousa de Freitas: delimitação do tema, elaboração do projeto, redação, organização, edição e composição do texto e aprovação da versão final a ser publicada. Josibel Mariano Toledo: elaboração do projeto, redação, organização. Sara Janai Corado Lopes: orientação.

REFERÊNCIAS

1. Massabni AC, Bonini EH. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. Rev Bras Multidisciplinar. 2019; 22(2):6-34. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2019.v22i2.678>.
2. Mesquita GN, Gomes DM, Silva LMS, Ribeiro LR, Fassarella BPA, Ribeiro LHS et al. Estratégia de combate à tuberculose na atenção primária. Braz J Hea Rev. 2020; 3(2):2182-2189. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-071>.

3. Almeida MR, Barbosa LAO, Casé MLS, Pinho PS. Tuberculose Pulmonar no Brasil: uma análise epidemiológica das internações em uma década. *Rev APS*. 2020; 23(suppl.2):334-335. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/34012/22580>.
4. Costa BDPS, Glória LM, Silva CA, Pinto DS, Sarges EDSNF, Nascimento RG. Capacidade funcional e fragilidade de idosos com sequela de tuberculose pulmonar. *Rev Pesq Fisioterapia*. 2020; 11(1):145-154. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i1.3404>.
5. Junior EBL, Oliveira GS, Santos ACO, Schnekenberg GF. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cad FUCAMP*. 2021; 20(44):36-51. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356>.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acessado em 3 de março de 2008].
7. Giacometti MT, Andrade LG, Pugliese FS, Silva MS. Atenção farmacêutica no tratamento de tuberculose. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2021; 7(8):296-309. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i8.1885>.
8. Barros, Jonh Jorge Costa, et al. "Vulnerabilidade e estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose: discurso dos enfermeiros da atenção primária." *Revista de Enfermagem da UFSM* 11 (2021): 61. <https://doi.org/10.5902/2179769262654>
9. Rodrigues, Miguel Wanzeller, and Amanda GNC Mello. "Tuberculose e escolaridade: Uma revisão da literatura." *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad* 4.2 (2018). <https://doi.org/10.17561/riai.v4.n2.1>.
10. Silva MEN. Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. *Rev RBAC*. 2018; 50(3):228-32. <https://doi.org/10.21877/2448-3877.201800717>.
11. De Oliveira, Wuelison Lelis, et al. "Indicadores de cobertura vacinal/taxa de abandono nas capitais da região norte do Brasil: um desafio a educação popular em saúde na perspectiva da Atenção Primária/Indicators of vaccination coverage/dropout rate in the capitals of the northern region of Brazil: a challenge to popular education in health from the perspective of Primary Health Care." *Brazilian Journal of Development* 8.5 (2022): 33779-33789. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-076>
12. Santos, Tayla Souza dos, Elinelson Sousa da Silva Júnior, and Maria da Conceição Caetano de Siqueira. "Vigilância epidemiológica de tuberculose em portadores de HIV na região norte, no período de 2011 a 2020." (2021). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i164.23906>
13. Pereira, Camilo Eduardo Almeida, et al. "O reflexo da visita domiciliar do ACS na busca ativa do SR de um município da Amazônia." *Revista de APS* 21.1 (2018). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16323>
14. Villa, Tereza Cristina Scatena, et al. "Capacidade gerencial da atenção primária à saúde para o controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil." *Texto & Contexto-Enfermagem* 27 (2018). <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001470017>
15. Pinto, Francinei Gomes, et al. "Adesão ao tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde: fatores favoráveis e desfavoráveis para esse processo." *Research, Society and Development* 11.4 (2022): e3011426962-e3011426962. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26962>

16. Fernandes EDM, Fernandes FDM. Tuberculose pulmonar: o perfil do paciente em tratamento [dissertação]. Serra: Faculdades Dôctum de Serra; 2019. Disponível em <https://dspace.doctum.edu.br/handle/123456789/2682>.
17. Rocha MSP, Freitas FG, Falcão LF, Ferreira AP, Mendes APG, Filho HRM et al. Mortality and prevalence of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis in the city of Jataí/GO. *Braz J Dev*. 2020; 6(8):61474-61487. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-535>.
18. Baranzeli A. Coevolução entre micobacteriófagos e micobactérias [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2021. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/228370>.
19. Oliveira GM, Petroni TF. Avaliação de indicadores epidemiológicos da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde UniToledo*. 1(1):134-146. Disponível em: <http://ojs.toledo.br/index.php/saude/article/view/2443/108>.
20. Mocelin LC, Zanella JDFP. Tuberculose pulmonar: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. In: Anais do XXIV Seminário Interinstitucional de ensino, pesquisa e extensão; 2019 nov 04-07; Cruz Alta: Unicruz, 2019.
21. Silva AAA, Rodrigues EDS, Silva MS, Rodrigues APRA. A tuberculose pulmonar e o abandono do tratamento [dissertação]. Maceió: Centro Universitário Tiradentes; 2019. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/2749/ARTIGO.pdf?sequence=1#:~:text=O%20abandono%20ao%20tratamento%20da,certa%20forma%20resistente%20aos%20medicamentos>.
22. Martins VDO, Miranda CV. Diagnóstico e tratamento medicamentoso em casos de tuberculose pulmonar: revisão de literatura. *Rev Saúde Multidisciplinar*. 2020; 7(1):1-10. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/111>.
23. Vieira FLC, Albuquerque GB, Santos ACD, Cruz IB, Rocha FC, Andrade Neto GR et al. Efeitos colaterais e os desfechos clínicos do tratamento da tuberculose em pacientes atendidos no programa de controle da tuberculose de montes claros-mg. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2018; 1(suppl. 15):2008-2015. https://doi.org/10.25248/REAS421_2018.
24. Almeida MDA. Adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar de pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde do município da serra do espírito santo. Rio de Janeiro: Universidade Aberta do SUS; 2017. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9055>.
25. Aguiar YC, Gonçalves AM, Mallab JP, Lima MCP, Souto LA, Paiva MC et al. Tuberculose pulmonar: adesão e vulnerabilidade dos pacientes em situação de rua. *Braz J Dev*. 2021; 7(8):81286-81304. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-375>.
26. Rocha NL, Araujo KF, Motta MCS, Nakano AR, Lima HSB, Marques JLS. Material educativo para pacientes com tuberculose pulmonar frente a pandemia de COVID-19. *Rev Saúde Col UEFS*. 2020; 10(1):18-22. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v10.5157>.
27. Oliveira AH, Pinto AGA, Quirino GS, Callou RDSBL, Pereira MLD, Cavalcante EGR. Necessidades de saúde das pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev Enferm UFSM*. 2021; 11(11):1-18. <https://doi.org/10.5902/2179769243901>.

28. Mansour GK, Ferreira LDPQ, Martins GO, Melo JLL, Freitas PS, Nascimento, MC. Fatores associados à não adesão ao tratamento para tuberculose pulmonar. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2021; 54(2):1-12. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.172543>.
29. Aridja UM, Gallo LG, Oliveira AFDM, Silva AWMD, Duarte EC. Casos de tuberculose com notificação após o óbito no Brasil, 2014: um estudo descritivo com base nos dados de vigilância. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(5):1-11. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500014>.
30. Trajman A, Saraceni V, Durovni B. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(6):1-4. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030318>.