

UNIDOS PARA ERRADICAR A TUBERCULOSE!

Gislaine Rodrigues De Campos¹
Juliana Ramos Leones Tassinari¹
Lívia Manhani Grisante De Azevedo²

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública mundial e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 72.788 casos novos de tuberculose, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 34,8 casos por 100 mil habitantes. No mesmo ano, os dois estados com maior coeficiente de incidência de TB foram Amazonas e Rio de Janeiro^{1,2}.

Nas capitais, o coeficiente de mortalidade variou de 8,3 óbitos por 100 mil habitantes em Recife a 0,0 óbitos por 100 mil habitantes em Palmas. Foram notificados 423 casos de TB após o óbito, sendo 199 (47%) na região Sudeste e 169 (40%) na região Nordeste. Os estados com maior número de casos pós óbito foram Pernambuco (n=114), São Paulo (n=114) e Rio de Janeiro (n=58)¹.

A tuberculose é uma enfermidade infecciosa e contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, comumente conhecido como Bacilo de Koch (BK). Esta doença é notável por suas características específicas, tais como: um período prolongado de latência entre a infecção inicial e o surgimento dos sintomas clínicos; uma preferência pela afetação dos pulmões, ainda que também possa ocorrer em outros órgãos do corpo, como os ossos, rins e meninges; e resposta granulomatosa associada à intensa inflamação e lesão tissular^{2,4}.

A TB 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 saúde pública, a espécie mais importante é a *M. Tuberculosis*⁴.

Os sinais, sintomas e as manifestações radiológicas dependem do tipo de apresentação da TB. Classicamente, as principais formas de apresentação são a forma primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar. Os sintomas clássicos, como tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento,

podem ocorrer em qualquer das três apresentações.⁴

A TB pulmonar primária normalmente ocorre em seguida ao primeiro contato do indivíduo com o bacilo, sendo mais comum em crianças. Dentre as manifestações clínicas, o paciente pode apresentar-se irritadiço, com febre baixa, sudorese noturna e inapetência. Nem sempre a tosse está presente. O exame físico pode ser inexpressivo⁵.

A TB pulmonar pós-primária ou secundária pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum no adolescente e no adulto jovem. Tem como característica principal a tosse seca ou produtiva. Em casos de tosse produtiva, a expectoração pode ser purulenta ou mucoide, com ou sem sangue. Há febre, vespertina e sem calafrios, não ultrapassando os 38,5 graus centígrados⁵.

A TB miliar é uma forma grave da doença, que é mais comum em pacientes imunocomprometidos, como pessoas infectadas com HIV em fase avançada de imunossupressão. A apresentação clínica pode ser aguda ou subaguda, com maior frequência em crianças e em adultos jovens. Os sintomas como febre, astenia, emagrecimento e tosse ocorrem em 80% dos casos³.

A TB pleural é a forma mais comum de TB extrapulmonar em pessoas não infectadas pelo HIV. Ocorre mais em jovens e cursa com dor torácica do tipo pleurítica. A tríade astenia, emagrecimento e anorexia ocorre em 70% dos pacientes, e febre com tosse seca, em 60%³.

A TB ganglionar periférica é a forma mais frequente de TB extrapulmonar em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e em crianças. Cursa com aumento subagudo, indolor e assimétrico das cadeias ganglionares cervicais anterior e posterior, além da supraclavicular. Em PVHIV, o acometimento ganglionar tende a ser bilateral, associado com maior comprometimento do estado geral. Ao exame físico, os gânglios podem apresentar-se endurecidos ou amolecidos, aderentes entre si e aos planos profundos, podendo evoluir para flutuação e/ou fistulização espontânea, com a inflamação da pele adjacente³.

A TB meningoencefálica acomete principalmente PVHIV. Na forma subaguda, cursa com cefaleia holocraniana, irritabilidade, alterações de comportamento, sonolência, anorexia, vômitos e dor abdominal associados à febre, fotofobia e rigidez de nuca por tempo superior a duas semanas. Na forma crônica, o paciente evolui várias semanas com cefaleia, até que o acometimento de pares cranianos faz o médico suspeitar de meningite crônica³.

TB pericárdica possui apresentação clínica subaguda e geralmente não se associa à TB pulmonar, embora possa ocorrer simultaneamente com a TB pleural. Os principais sintomas são: dor torácica, tosse seca e dispneia. Muitas vezes, a dor não se manifesta como a dor pericárdica clássica. Pode haver febre, emagrecimento, astenia, tontura, edema de membros inferiores, dor no hipocôndrio direito (congestão hepática) e aumento do volume abdominal (ascite). Porém, raramente a TB pericárdica evolui com sinais clínicos de tamponamento cardíaco³.

A TB óssea é mais comum em crianças (10% a 20% das lesões extrapulmonares na infância) ou em pessoas entre a quarta e a quinta década de vida. Atinge mais a coluna vertebral e as articulações coxofemoral e do joelho, embora possa ocorrer em outros locais. A TB de coluna (mal de Pott) é responsável por cerca de 1% de todos os casos de TB e até 50% de todos os casos de TB óssea. Ela afeta mais comumente a coluna torácica baixa e a lombar e seu quadro clínico apresenta-se com a tríade dor lombar, dor à palpação local e sudorese noturna³.

A tuberculose é transmitida pelo ar, através da inalação de aerossóis provenientes da tosse, fala ou espirro de uma pessoa com tuberculose ativa. Essas gotículas secam rapidamente, transformando-se em partículas menores que podem permanecer suspensas no ar por várias horas. Essas partículas contêm bacilos e chegam aos alvéolos, onde podem se multiplicar e provocar a primo-infecção⁶.

A probabilidade de infecção em uma pessoa depende de fatores externos, incluindo a gravidade do caso de origem, a duração do contato e o ambiente compartilhado. Pacientes com exame bacteriológico de escarro positivo sustentam a cadeia de transmissão da doença. A transmissão persiste enquanto os bacilos são expelidos no escarro. Com o tratamento, a transmissão é gradual e diminuída, geralmente, é significativamente reduzida após 15 dias^{5,6}.

Após a infecção pelo *M. tuberculosis*, transcorrem, em média, 4 a 12 semanas para a detecção das lesões primárias. A maioria dos novos casos de doença pulmonar ocorre em torno de 12 meses após a infecção inicial. Embora o risco de adoecimento pela tuberculose seja maior durante os dois primeiros anos após a infecção, pode persistir por toda a vida, na forma de infecção latente. Cerca de 90% dos infectados permanecem nesta condição pelo resto da vida, apenas 10% vão adoecer, 5% logo após a infecção e os outros 5% ao longo da vida, desde que tenham sua imunidade conservada⁶.

Diagnosticar e tratar, correta e prontamente, os casos de TB pulmonar são medidas fundamentais para o controle da doença. O diagnóstico da Tuberculose é clínico começando com quadros de febre baixa, geralmente vespertina, sudorese noturna, indisposição, adinamia e perda de peso. Dependendo da localização da doença, podem surgir outros sinais e sintomas, como descrito anteriormente^{6,7}.

A definição do caso para um indivíduo com sintomas de TB é por meio de diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura. Também por meio de dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares. Para que haja a efetiva coleta de resultados, são necessárias duas amostras: uma coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde; outra, coletada na manhã do dia seguinte. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite⁷.

Tendo em vista o caráter infecto-contagioso da tuberculose e a persistência da doença no país, sob a supervisão da preceptora, os acadêmicos de medicina do Programa de Interação Comunitária - PIC buscaram identificar a necessidade de elucidar os mecanismos de transmissão, medidas preventivas de controle da doença, como forma de estimular o desenvolvimento de prevenção da doença na população do território da USF Maria Galdina da Silva (Vila Arthur).

A escolha da temática se deu após o diagnóstico realizado durante territorialização na área de abrangência da respectiva USF. Os dados levantados foram a partir do cadastro da população, mapa inteligente, auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS que apontaram a prevalência dessa doença na população alvo da comunidade.

O fornecimento de informações à população, contribuiu, para identificar precocemente os casos bacilíferos, iniciar o tratamento e, conseqüentemente, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença.

O objetivo desse estudo foi realizar uma educação em saúde com intuito de conscientizar a população do bairro Vila Arthur/Várzea Grande – MT, acerca da identificação precoce das formas de tuberculose.

Metodologicamente a educação em saúde foi realizada uma palestra dinâmica de caráter educativo destinada a população da ESF. No momento expositivo da palestra foram abordados aspectos relativos à tuberculose, como conceito, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e profilaxia. Para tanto, foi utilizada linguagem de

fácil entendimento com didática atrativa aos ouvintes. Além disso, os usuários receberam café da manhã e panfletos informativos contendo os principais sinais e sintomas da doença, com figuras exemplificativas a respeito de tipos da tuberculose da prevenção da doença e tratamentos.

Referências Bibliográficas:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Boletim epidemiológico [Internet]. 2019. [Acesso em 05 Jun. 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>.
2. Nogueira AF, Facchinetti V, Souza MVN, Vasconcelos TRA. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. Rev Bras Farm.; 2012..
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no brasil. Brasília (DF); 2019.
4. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Áster JC, Editores. Robbins & Contran. Patologia: bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília (DF); 2017.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose na atenção primária. Brasília (DF); 2011.
7. Campos HS. Diagnóstico da tuberculose. Rev. Pulmão RJ; 2006.