

ANAIS DA V MOSTRA CIENTÍFICA DO
PROGRAMA DE INTERAÇÃO COMUNITÁRIA DO CURSO DE MEDICINA

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO DE CASO DE
TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

Marcel Wiley Cavalcanti Maciel^I; Ana Carolina Tomazoni^{II}; Fernanda Gonçalves Souza^{II}; Giovanna Oliveira Costa^{II}; Isabella Pasqualotto^{II}; Nadia Martins do Amaral^{II}

I. Médico pela Universidade Federal de Mato Grosso. Professor do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

II. Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

Introdução

A tuberculose é doença crônica que, usualmente, possui como agente etiológico a bactéria *Mycobacterium Tuberculosis*. O patógeno atinge, preferencialmente, o parênquima pulmonar, e, devido a essa predileção tecidual, os sintomas mais comuns são: dispneia, tosse e dor ou compressão torácica¹.

A forma de contaminação mais comum ocorre pelo contato direto com partículas aerossóis contendo bacilos e a infecção pode ser confirmada através da pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) por escarro. A conduta terapêutica usual é antibioticoterapia, sendo a associação mais usada é de rifampicina, isonizida, pirazinamida e etambutol^{1,2}.

Apesar de essa ser a indicação farmacológica mais utilizada, alguns pacientes devem ser submetidos a um Teste de Sensibilidade a Antimicrobianos (TSA), de acordo com o nível de resistência reportada pelo exame a possibilidade de tratamento reduz drasticamente e as chances de transmissão aumentam. Além disso, a indicação de antibiótico fica mais específica e se torna necessário uma ação multidisciplinar intensiva na atenção básica de saúde e atenção especializada³.

A partir desse pressuposto, casos de multirresistência (TB-MDR) possuem alta complexidade e precisam de uma conduta singular⁴. Com a finalidade de aperfeiçoar a atuação realizadas em casos de multirresistência, relatos de experiência, como esse, se tornam necessários para auxiliar os prosseguimentos dessas situações de alta complexidade e orientar melhor os profissionais envolvidos no desenvolvimento do atendimento.

Descrição

Na anamnese, paciente E.M.B sexo feminino, 70 anos de idade, aposentada e residente na cidade de Várzea Grande- Mato Grosso, procurou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com queixa de febre não termometrada e tosse secretiva por um período de quatro meses. Em primeira consulta, dois meses antes, foi atendida por quadro de tosse seca e astenia, com Teste Rápido de Covid não reagente e radiografia de tórax demonstrando infiltrado peri-hilar. Não etilista ou tabagista. Como comorbidades, relatava diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em tratamento com hipoglicemiante oral e anti-hipertensivos. Negava antecedentes de acidentes ou cirurgias prévias. Ao exame físico, bom estado geral, com pressão arterial de 141 x 74 mmHg, glicemia capilar de 292, SaO₂ 97% e temperatura axilar de 36,2°C. Ausência de alterações cardíacas e respiratórias à ausculta.

Em relação à hipótese diagnóstica, suspeitou-se de Tuberculose Pulmonar e Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Na conduta, foi solicitado a pesquisa BAAR, hemograma completo e dosagem de proteína C reativa. Foram prescritos antibióticos, analgésico e expectorante, e também feitas orientações sobre o uso dos mesmos.

**ANAIS DA V MOSTRA CIENTÍFICA DO
PROGRAMA DE INTERAÇÃO COMUNITÁRIA DO CURSO DE MEDICINA**

Sobre os exames subsidiários: Os exames solicitados demonstraram hemograma não infeccioso, radiografia de tórax apresentando condensação em ápice direito e pesquisa de BAAR revelando a bactéria do gênero *Mycobacterium tuberculosis*, sendo esta resistente a Rifampicina.

Na evolução, a paciente foi encaminhada à atenção secundária e terciária segundo o protocolo para acompanhamento do caso. Durante esse período, passou por várias internações decorrentes da evolução da doença, uma vez que, por se tratar de uma Tuberculose Pulmonar Multirresistente, não obteve respostas significativas ao tratamento, causando impactos negativos na sua qualidade de vida e deixando sequelas. O quadro apresentado pela paciente evoluiu após poucos meses com diminuição da saturação, dispneia aos mínimos esforços, ortopneia e edema de membros inferiores, que foi caracterizado como Insuficiência Cardíaca Congestiva. Para a manutenção da saturação foi solicitado o uso de oxigênio suplementar para uso domiciliar e recomendado visitas domiciliares agendadas para monitoramento.

Após cerca de um ano de tratamento a paciente realiza acompanhamento Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade e de equipe do Centro de Referência da Assistência Social, evoluindo com exames demonstrando processo inflamatório granulomatoso caseoso pulmonar com disseminação endobrônquica, em investigação para componente neoplásico sobreposto.

Considerações finais

No presente trabalho foi abordado um caso de tuberculose pulmonar multirresistente cuja abordagem foi descrita a evolução do quadro da paciente. Apesar das condutas terem sido todas adequadas por parte dos profissionais, a paciente apresentou resistência às medicações para controle da doença e evoluiu com piora significativa ao longo do período.

Portanto, concluímos que é de extrema importância, o exame clínico adequado, a interação com o paciente, assim como consultas abordando a prevenção e promoção de saúde, acompanhamento longitudinal, além de visitas domiciliares para verificar uso correto de medicamentos e a evolução do quadro clínico a fim de obter uma abordagem ampla e correta nesse tipo de quadro infeccioso.

Palavras-chave: Tuberculose; Multirresistência; Antibiótico.

Referências

1. Lúcia M, Rossetti R, Rosane De Moura Valim A, Susana M, Silva A E Vivian N, Rodrigues S, et al. Tuberculose resistente: revisão molecular Resistant tuberculosis: a molecular review [Internet]. Vol. 36, Rev Saúde Pública. 2002. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
2. Dalcolmo MP, Oswaldo Cruz F. Tratamento da Tuberculose Sensível e Resistente Treatment of Drug-Sensitive and Drug-Resistant Forms of Tuberculosis. Vol. 21. Tel; 2012.
3. Campos HS. MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS RESISTENTE: DE ONDE VEM A RESISTÊNCIA? Vol. 7, Boletim de Pneumologia Sanitária.
4. Bedaquiline–Pretomanid–Linezolid Regimens for Drug-Resistant Tuberculosis | Enhanced Reader.