UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

CASO COMPLEXO 12
Vila Santo Antônio

Fundamentação Teórica:
Tosse crônica e tuberculose

Tosse crônica e tuberculose

Sandra Aparecida Ribeiro

A tosse é um sintoma comum de significância variável. É tipicamente uma resposta reflexa a estímulos que irritam os receptores laríngeos, da traqueia ou dos grandes brônquios. Esses estímulos incluem muco, pus e sangue, bem como agentes externos, tais como poeiras e agentes químicos, corpos estranhos e o ar extremamente quente ou frio. Outras causas incluem inflamação da mucosa respiratória e pressão ou tensão nas passagens aéreas.

Deve-se procurar por fatores desencadeantes, relação com alérgenos/inalantes externos, mudanças de temperatura, tabagismo, doenças gastroesofágicas, obstrução das vias aéreas superiores ou inferiores, hiper-reatividade brônquica e uso de medicamentos. A tosse pode ser caracterizada em aguda (menos de três semanas), subaguda (de três a oito semanas) ou crônica (mais de oito semanas) e em seca ou produtiva.

Tosse acompanhada de emagrecimento, como no caso de Jéferson, pode ser provocada pelo uso de crack, mas é importante pensar na possibilidade de detecção de caso de tuberculose.

Nos usuários de crack, como os pulmões são os primeiros órgãos expostos aos produtos de combustão do crack, os sintomas respiratórios agudos podem se desenvolver dentro de minutos ou várias horas após seu uso, sendo as principais queixas respiratórias tosse, expectoração com resíduos de carbono, dor torácica, dispneia e hemoptise.

A dor torácica ocorre frequentemente uma hora após o fumo da droga, exacerbando-se com a inspiração profunda. Esse sintoma pode representar uma resposta sensorial local, a partir da irritação das vias aéreas, devido à alta concentração de cocaína inalada ou a produtos de combustão do crack, e vir ou não acompanhado de sibilância. Outras causas de dor torácica que precisam ser investigadas entre fumantes de crack incluem isquemia miocárdica aguda, infarto, pneumotórax ou pneumomediastino.

Hemoptise é outro achado frequente, estando presente de 6 a 26% entre os usuários de crack. Pode resultar da rotura dos vasos sanguíneos presentes na submucosa traqueal e brônquica ou originar-se de alterações de permeabilidade da membrana alvéolo-capilar (edema pulmonar/hemoptoicos).

Existem algumas hipóteses para explicar a patogênese do edema pulmonar proveniente do uso de crack: uma delas é de que aconteceria uma descarga adrenérgica muito importante, causando lesão da estrutura microvascular, aumentando dessa forma a pressão do retorno venoso, levando ao edema pulmonar; outra é de que a cocaína aumentaria a resistência vascular sistêmica, o que resultaria em falência ventricular esquerda com consequente inundação alveolar.

Assim, os sintomas de Jéferson, de tosse e emagrecimento, podem ser explicados pelo uso de crack, mas deve-se descartar tuberculose, que é uma doença frequente em nosso meio e muito associada ao abuso de drogas ilícitas e a piores condições socioeconômicas.

Tosse e tuberculose

A tosse e a expectoração são sintomas cardinais da tuberculose e sempre devem ser investigados para que os casos pulmonares de tuberculose sejam diagnosticados e tratados precocemente. Os sintomas sistêmicos surgem com a evolução da doença: anorexia, febre (classicamente vespertina), emagrecimento, hemoptise, astenia e sudorese noturna.

Os sintomáticos respiratórios, definidos como pessoas portadoras de tosse e expectoração por período igual ou superior a três semanas, são considerados prioritários para o rastreamento da tuberculose pulmonar. Estima-se que 3-4% dos sintomáticos respiratórios tenham tuberculose. O prolongamento desse tempo, entre o início dos sintomas e a investigação dos sintomáticos, é um dado importante pelo fato de um eliminador de bacilos no escarro poder infectar dez pessoas ao longo de um ano. O diagnóstico diferencial deve ser feito com os portadores de tosse subaguda e crônica secundária, principalmente doença

pulmonar obstrutiva crônica, sinusite crônica, bronquiectasias, câncer de pulmão e fibrose cística. Nos doentes com expectoração espontânea, devemos solicitar a baciloscopia direta (pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente) em duas amostras de escarro: uma no dia da consulta e outra no dia seguinte, em jejum. Havendo disponibilidade de cultura para microbactérias, esta deve ser também solicitada. A positividade da baciloscopia é de 70% em casos pulmonares. A pesquisa bacteriológica é método prioritário quer para o diagnóstico, quer para o controle de tratamento, além de permitir identificar a fonte de transmissão da infecção, o bacilífero.

O escarro induzido e a broncofibroscopia estão reservados para os casos de baciloscopia negativa, dando-se prioridade para o escarro induzido.

O estudo radiológico convencional é método de alta sensibilidade, sempre indicado para os sintomáticos, contactantes e infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. A tomografia computadorizada do tórax justifica-se apenas em situações nas quais a radiografia de tórax suscita dúvidas em relação à localização e ao aspecto da lesão parenquimatosa.

Espera-se que todos os médicos de família e os generalistas que atuam na Atenção Primária à Saúde estejam habilitados a diagnosticar e tratar tuberculose pulmonar bacilífera e que as equipes estejam aptas a fazer o tratamento supervisionado, sempre que possível. Tendo sido feito o diagnóstico de tuberculose, deve-se oferecer a coleta de sorologia para HIV a esses pacientes, pela possibilidade de estarem coinfectados.

No tratamento supervisionado, o paciente têm garantidos o café da manhã e o transporte entre a residência e a UBS, além de tomar o remédio na presença de algum profissional de saúde e receber uma cesta básica por mês durante os seis meses de tratamento.

A organização da equipe de saúde, quanto à vigilância da tuberculose, é guiada pela participação de cada integrante da Equipe de Saúde da Família com atribuições específicas no sentido de suspeitar, diagnosticar, notificar e acompanhar os casos de tuberculose e realizar atividades de controle no âmbito do território (Cadernos de Atenção Básica no 21, 2008, p. 162-168). A equipe pode trabalhar com as metas definidas no Plano Nacional de Controle da Tuberculose (1999) para estimar o número de sintomáticos respiratórios e o número de casos existentes no território. Dessa forma, a organização da equipe pode ser avaliada conforme a realização das etapas, que vão da detecção à cura do doente.

No caso apresentado, sugere-se problematizar a ausência de casos no território da USF, sabendo da alta prevalência no município. Considerar também o óbito que houve, dois anos antes, de um paciente que não fez o tratamento e cuja família não foi mais à Unidade de Saúde. A equipe precisa discutir como deve ser a busca de casos de tuberculose (sintomáticos respiratórios, história de tratamento anterior de tuberculose, contatos dos casos de tuberculose, populações de risco, usuários de drogas, moradores de rua) (Cadernos de Atenção Básica nº 21, 2008, p. 133), ou seja, como realizar vigilância.

Sintomáticos Respiratórios Esperados (SRE) – é o número de sintomáticos respiratórios (SR) que se espera encontrar em um determinado período de tempo. Para fins operacionais, o parâmetro nacional recomendado é de 1% da população, ou 5% das consultas de primeira vez dos indivíduos com 15 anos ou mais nos serviços de saúde (1-2% na Estratégia Saúde da Família, 5% na Unidade Básica de Saúde e 8-10% nas urgências, emergências e hospitais). É importante lembrar que a cada 100 SR examinados, espera-se encontrar, em média, de 3 a 4 doentes bacilíferos podendo variar de acordo com o coeficiente de incidência da região.

Estratégias especiais de busca ativa

1- **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**: com a implantação em nosso país da ESF e do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), a busca ativa deve ser estendida à comunidade com a inclusão da identificação do SR na visita mensal para todos os moradores do domicílio (na população da área de abrangência de cada equipe).

2- **Hospitais gerais e emergências**: a busca ativa do SR é uma importante medida de biossegurança para evitar que casos não diagnosticados transitem por esses locais, oferecendo risco para os pacientes e profissionais de saúde. Nos setores de urgência e nas clínicas de internação, o interrogatório do SR deve ser implementado na admissão, e os casos suspeitos devem ser isolados até o resultado dos exames de baciloscopia (duas amostras).

3- **Serviços de atendimento de populações com HIV/aids**: é fundamental a identificação dos doentes bacilíferos, considerando que essa população é a de maior risco conhecido de adoecer de tuberculose.

4- **Sistema prisional**: é necessário que a atividade seja implantada tanto no momento da inclusão, como também estabelecida em rotina periódica para o conjunto da população privada de liberdade.

5- **Outras instituições fechadas (asilos de idosos, hospitais psiquiátricos, albergues de moradores em situação de rua)**: é desejável que a estratégia seja realizada na admissão e periodicamente (periodicidade estabelecida de acordo com o tempo de permanência das pessoas na instituição).

6- **População indígena e moradores de rua**: deve-se estabelecer uma rotina para a busca ativa do SR, considerando o elevado risco de adoecimento dessa população.