



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO  
LATINO-AMERICANA (UNILA)  
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS  
DA VIDA E DA NATUREZA- ILACVN**

**CURSO DE MEDICINA**

**A ATUAÇÃO DA APS NO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR  
EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA: UM RELATO DE CASO**

**BEATRIZ ZEFERINO BITTENCOURT**

Trabalho de Conclusão de Curso . Curso de  
medicina da Universidade Federal da  
Integração Latino Americana

. Foz do Iguaçu  
2025

## **RESUMO:**

A tuberculose pulmonar é uma doença infecciosa de alta mortalidade, representando a segunda maior causa de morte por doença infecciosa no mundo, seguida apenas pela COVID-19. Pensando na maior adesão e controle ao tratamento, o Ministério da Saúde, através do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) determina que deve ser realizado o Tratamento Diretamente Observado (TDO), por meio do qual há supervisão da administração das doses medicamentosas para o paciente. O presente estudo consiste no relato de caso da condução da Equipe de Saúde da Família (ESF) no Tratamento Diretamente Observado (TDO) com doses supervisionadas em domicílio em um paciente masculino, 39 anos, com diagnóstico prévio de esquizofrenia e abuso de substâncias ilícitas.

## INTRODUÇÃO:

A tuberculose pulmonar, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é uma doença infecciosa crônica que permanece um desafio significativo para a saúde pública global. A fisiopatologia da tuberculose envolve a inalação de bacilos aerossolizados que, ao atingirem os alvéolos pulmonares, são fagocitados pelos macrófagos. No entanto, o bacilo pode sobreviver e se replicar dentro dessas células, desencadeando uma resposta inflamatória complexa que leva à formação de granulomas. Esses granulomas representam uma tentativa do sistema imunológico de conter a infecção, mas podem evoluir para necrose caseosa e cavitação pulmonar, características da doença ativa. As manifestações clínicas variam amplamente, desde sintomas inespecíficos, como febre, perda de peso e fadiga, até sinais mais específicos, como tosse persistente, hemoptise e dor torácica. O tratamento da tuberculose pulmonar requer um regime prolongado de múltiplos fármacos, incluindo a rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, administrados por um período mínimo de seis meses, visando erradicar o bacilo e prevenir a resistência bacteriana.

A tuberculose (TB) continua sendo uma das doenças infecciosas mais prevalentes no mundo, com uma distribuição geográfica desigual que afeta predominantemente países de baixa e média renda. Os grupos de risco para TB incluem pessoas vivendo com HIV, imunossuprimidos, indivíduos com comorbidades crônicas, como diabetes, e aqueles que vivem em condições de vulnerabilidade social, como moradores de rua e encarcerados. A associação entre TB e transtornos psiquiátricos, como a esquizofrenia, é particularmente preocupante, pois esses pacientes muitas vezes apresentam dificuldades de adesão ao tratamento, maior risco de abandono terapêutico e exposição a fatores de risco, como desnutrição e precariedade das condições de vida. Além disso, usuários de drogas apresentam uma prevalência aumentada de TB devido à combinação de fatores de risco como imunossupressão, coinfeção por HIV, e barreiras ao acesso aos serviços de saúde. Esses grupos, portanto, requerem atenção especial nas estratégias de controle e prevenção da tuberculose, visando à redução das desigualdades no enfrentamento da doença.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia essencial recomendada pelo Ministério da Saúde para o controle da tuberculose, com o objetivo de garantir a adesão e sucesso do tratamento. No TDO, um profissional de saúde ou agente comunitário supervisiona diretamente a ingestão dos medicamentos antituberculose pelo paciente, garantindo que cada dose seja tomada corretamente ao

longo do regime terapêutico. Essa abordagem é particularmente importante na fase intensiva do tratamento, que envolve o uso de múltiplas drogas por um período de dois meses, seguido de uma fase de manutenção. A Atenção Primária em Saúde (APS) é fundamental para a execução do TDO, pois oferece um espaço acessível e contínuo de cuidado, permitindo um acompanhamento regular dos pacientes. O vínculo estabelecido entre o paciente e a equipe de saúde na APS é crucial para o sucesso do tratamento, pois fomenta confiança, promove a adesão ao regime terapêutico e possibilita o manejo de possíveis efeitos adversos e dificuldades sociais que possam interferir no tratamento. Além disso, o TDO na APS contribui para a redução da transmissão da doença e a prevenção do surgimento de cepas resistentes, reforçando a importância do cuidado integral e da humanização no tratamento da tuberculose.

## **OBJETIVO:**

Discorrer e relatar os desafios da APS na realização do TDO em pacientes com abuso de substâncias ilícitas e doenças mentais, assim como servir de exemplo prático para casos semelhantes em demais áreas.

## **RELATO DE CASO:**

Paciente masculino, 39 anos, desempregado, com histórico pessoal de esquizofrenia há cerca de 20 anos - com tratamento irregular-, adicto em substâncias ilícitas. Apresenta histórico prévio de infecção por tuberculose pulmonar contraída de seu irmão, que fora infectado quando estava encarcerado. Durante a primeira infecção, seu TDO era feito de modo que o paciente necessitava comparecer à UBS três vezes na semana para ingerir a medicação, e o restante dos dias, sua mãe buscava a medicação e a administração era feita em sua residência. Contudo, pouco após o início do tratamento o paciente apresentou delírios persecutórios em que se negava a aderir ao tratamento por acreditar que lhe

estavam dando veneno. Além disso, o paciente constantemente desaparecia por dias para realizar uso de substâncias ilícitas, tornando a administração dos comprimidos para o tratamento irregular.

Após aproximadamente um ano de sua primeira infecção, o paciente foi levado via SAMU para pronto atendimento hospitalar por apresentar importante perda ponderal, inapetência, adinamia, tosse persistente e desconforto respiratório, com evolução de cerca de quarenta dias. Nos cinco dias anteriores apresentou dispneia aos pequenos esforços e picos febris de 39°C. Familiar relata que houve recusa por parte do paciente em procurar atendimento médico anteriormente, devido a seus delírios persecutórios decorrente da esquizofrenia.

Ao exame físico apresentava-se emagrecido, hipoativo, com ausculta pulmonar apresentando roncos e estertores crepitantes difusos. A radiografia de tórax demonstrou áreas de cavitação em lobos superiores, bilateralmente, assim como em lobo inferior direito. O paciente ficou internado em hospital onde foi iniciado o tratamento para tuberculose até apresentar melhora clínica. Posteriormente foi encaminhado para Atenção Básica para prosseguir com o tratamento ambulatorial com COXCIP.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) responsável pelo caso, diante do histórico do paciente de contrariedade à adesão ao tratamento, optou pela realização do

Tratamento Diretamente Observado com doses administradas em domicílio e supervisionadas pela Agente Comunitária de Saúde (ACS). De segundas às sextas-feiras as doses eram administradas diariamente pela ACS na residência do paciente. Aos finais de semana e feriados, os medicamentos eram entregues à mãe, que ficava responsável por supervisionar a ingestão das medicações. Esta escolha foi feita devido ao vínculo de confiança e credibilidade estabelecido entre a profissional e o paciente e sua família ao longo de muitos anos.

Ao longo dos meses de tratamentos, o principal desafio enfrentado pela equipe de saúde foi manter a regularidade do tratamento em momentos de crises psicóticas. Nesse sentido, houve episódios em que o paciente se opunha à ingestão da medicação, respondendo com agressões verbais a ACS responsável, e que só foi possível administrar a dose após muito diálogo e convencimento.

Dias após, o paciente apresentou quadro de maior agressividade, com ameaças diretas à sua família, necessitando, portanto, ser internado em UPA. A ESF entrou

5  
em contato com o Centro Municipal de Tuberculose e informou o acontecido e a urgência em enviar as doses medicamentosas para a unidade de internação, a fim de não comprometer o esquema terapêutico. Em seguida, a ESF entrou em contato com o CAPS para discutir qual seria a melhor conduta para prosseguir com o TDO em conjunto com um manejo do quadro psiquiátrico. A solução encontrada foi realizar administrações periódicas de decanoato de haloperidol, via intramuscular, a cada 15 dias, a fim de evitar novas crises que pudessem desencadear prejuízos ao TDO e à integridade física da equipe.

O tratamento em TDO estendeu-se por dezessete meses, sem recidiva dos sintomas ou pioras clínicas. Após 10 meses não foram mais encontradas estruturas compatíveis com BAAR em 100 campos analisados, mantendo-se assim até o fim do tratamento.

## **DISCUSSÃO:**

O cenário epidemiológico da tuberculose (TB) permanece desafiador tanto no mundo quanto no Brasil, com a doença sendo a segunda maior causa de morte por infecção, seguido apenas pela COVID-19 (OMS,2023). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2023, cerca de 10 milhões de pessoas contraíram TB globalmente, resultando em aproximadamente 1,5 milhão de mortes, especialmente em países de baixa e média renda. No Brasil, a TB também continua como um grave problema de saúde pública, com 68,7 mil novos casos em 2020 e 4,5 mil mortes pela doença em 2019 (BRASIL, 2019).

Em 1999, a OMS estabelece o Tratamento Diretamente Observado (DOTS - Directly Observed Treatment, Short- Course) como principal estratégia para o controle da epidemia de tuberculose em curso, tendo como um de seus pilares a monitorização sistemática do progresso dos pacientes em tratamento. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) consiste na supervisão regular da administração das doses medicamentosas pela equipe de saúde. Na prática, o TDO é realizado por meio de encontros periódicos entre o paciente e a equipe de saúde, em que o profissional deve observar a ingestão de cada dose prescrita, geralmente três vezes por semana, em ambientes controlados como unidades de saúde ou domicílio. Seu principal objetivo é assegurar o uso correto da medicação, prevenir o abandono terapêutico e reduzir o risco de desenvolvimento de resistência bacteriana, contribuindo para o controle da doença. (BRASIL, 2011)

No Brasil, o Programa Nacional do Controle da Tuberculose (PNCT) estabeleceu o tratamento supervisionado como uma prioridade no combate à doença, assim como a necessidade de horizontalizar o controle da tuberculose no país, através da integração com atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de garantir e ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. (BRASIL, 1999). Desse modo, é essencial para o êxito do Programa o envolvimento e comprometimento de todos os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares, com foco no usuário (BRASIL, 2011)

A APS assume um papel crucial na implementação dessa estratégia, principalmente em comunidades vulneráveis e de difícil acesso. As equipes de saúde da família são responsáveis pela identificação precoce de casos, acompanhamento dos pacientes em tratamento e supervisão da adesão medicamentosa por meio do TDO. A relação estreita entre a APS e o paciente facilita o controle da tuberculose,

diminuindo as taxas de abandono de tratamento e prevenindo a resistência bacteriana. Além disso, a APS oferece suporte psicossocial e educacional, essenciais para a adesão ao tratamento, especialmente em populações com maior risco de interrupção terapêutica, como pacientes com transtornos mentais e adictos, ampliando assim a eficácia e o alcance das estratégias de controle da tuberculose no SUS.

O vínculo entre o agente comunitário de saúde (ACS) e a população é fundamental para o sucesso das ações em saúde, especialmente em áreas vulneráveis. Ao estabelecer uma relação de confiança com os moradores, o ACS se torna um facilitador no acesso a serviços de saúde, promovendo a adesão ao tratamento, o acompanhamento contínuo e a disseminação de informações. Essa proximidade permite identificar precocemente problemas de saúde, realizar intervenções educativas e promover o autocuidado, além de reduzir barreiras culturais e sociais que podem dificultar o acesso ao sistema de saúde. Dessa forma, o ACS desempenha um papel crucial na efetividade das políticas de saúde pública e na promoção de uma atenção integral, contínua e humanizada.

O tratamento da tuberculose em uma segunda infecção com COXIP (esquema contendo rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) é indicado em casos de recidiva sem resistência bacteriana comprovada, representando uma reintrodução dos medicamentos de primeira linha. (BRASIL, 2011) . A escolha pelo COXIP visa manter a eficácia terapêutica, dada a comprovada atividade bactericida e esterilizante desses fármacos. No entanto, o monitoramento rigoroso da adesão ao tratamento e a realização de exames de sensibilidade são cruciais para detectar precocemente eventuais resistências que possam ter surgido, principalmente à rifampicina e à isoniazida, evitando a progressão para formas mais graves, como a tuberculose resistente ou multirresistente.

A conclusão bem-sucedida do tratamento, nesses casos, depende de uma combinação de intervenções farmacológicas adequadas, suporte social e acompanhamento contínuo, sendo determinante tanto para a cura individual quanto para o controle da transmissão na comunidade.

## **CONCLUSÃO:**

A remissão completa dos sintomas sem novos aparecimentos e os exames de controle de BAAR, sem dúvida, demonstram o sucesso terapêutico do caso. Alcançar esse resultado foi possível graças à dedicação e comprometimento da ESF responsável pelo caso e, principalmente, pelo vínculo estabelecido entre a ACS e o paciente. Nesse sentido, evidencia-se a imprescindibilidade de tornar o tratamento da tuberculose individualizado e integral, considerando a realidade socioeconômica de cada paciente, especialmente aqueles que apresentam maior vulnerabilidade.

Desse modo, facilitar o acesso à medicação levando as doses até a residência, orientar corretamente a família e usufruir de um vínculo criado previamente entre um profissional, o paciente e seu núcleo familiar, garantiu a adesão correta ao tratamento, apesar de suas inúmeras adversidades.

## Referências:

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Tratamento diretamente observado da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento\\_diretamente\\_observado\\_tuberculose.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf). Acesso em: 6 fev. 2025.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.** Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf). Acesso em: 6 fev. 2025.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.** Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.** Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde.

**FERREIRA, R. C. et al.** Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hp8zXRHDfcytm6vFb58dRhj/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**JARDIM, V. M. J. et al.** Tuberculose pulmonar confirmada em lactente: relato de caso. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, e138, 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/rp091221a04.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**MOURA, Alexandre Sampaio.** Doenças infectocontagiosas na atenção básica à saúde. 1. ed. São Paulo, 2016. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1931>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**OLIVEIRA, G. P. et al.** População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019.

*Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 1, e2020503, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/PSxSGxP74bq473khC96GZmb/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**SANT'ANNA, C. C. et al.** Tratamento da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, v. 43, n. 6, p. 472-486, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fr4LscGzFpJFSm6P4Hd5qXL/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**SANTOS, M. C. et al.** A importância da comunicação na relação médico-paciente.

*Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, Lisboa, v. 37, n. 1, p. 58-64, 2020. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11890/11298>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO.** Mudanças no tratamento da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 197-199, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/JfnxhPcnmcCC5c3VPtTJvzR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**SILVA, A. P. et al.** População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 19-28, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/TmZCfpdFCkHQqJVghHjHvdR/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2025.

**SOUZA, M. S. et al.** Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e190160, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/PRMyv4qRTVCqhw3z9Ypz5cx/>. Acesso em: 6 fev. 2025.