



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

Coleção Guia de Referência Rápida

Tuberculose

Versão Profissional

Rio de Janeiro, 1ª edição/2016

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

Superintendência de Atenção Primária

Coleção Guia de Referência Rápida

Tuberculose

Versão Profissional

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

1ª edição

SMS/RJ

PCRJ © 2016

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

José Carlos Prado Jr.

Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Betina Durovni

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

Guilherme Wagner

Coordenadora de Linhas de Cuidados de Doenças Transmissíveis

Patrícia Durovni

Colaboradores

Ana Paula Ferreira Barbosa

Elizabeth Cristina Coelho Soares

Jorge Eduardo Pio

Junia Cardoso

Maira Guazzi

Paulo Cesar de Almeida Mattos

Rafaella Peixoto Oliveira

Raquel Blake Piller

Diagramação

Victor Soares Rodrigues Pereira

Índice

●	Introdução	5
	■ Cuidados centrados na pessoa	5
●	Busca ativa de casos (Rastreamento)	6
	■ Como fazer busca ativa	7
	■ Como deve ser orientada a coleta de escarro	8
●	Diagnóstico	10
	■ Escarro Induzido (EI)	10
	■ Diagnóstico TB pulmonar com Teste Rápido Molecular	10
	■ Investigação de tuberculose em casos novos (nunca antes tratados)	11
	■ Investigação de tuberculose em casos nunca antes tratados em populações vulneráveis	12
	■ Investigação de tuberculose em casos de retratamento após abandono ou recidiva após cura	13
	■ Exames radiológicos na TB Pulmonar	14
	■ TB pulmonar na criança	21
●	Situações Especiais	25
	■ Gestante	25
	■ Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (PVHA)	25
	■ Hepatopatias	28
	■ Tabagismo	29
	■ Diabetes	29
●	Reações adversas	30
	■ Efeitos adversos menores	30
	■ Efeitos adversos maiores	31
●	Rotina no acompanhamento dos casos	33

●	Adesão e abandono de tratamento	34
●	Avaliação de contatos	37
	■ Controle de contatos de TB sensível	38
	■ Quimioprofilaxia Primária em recém-nascidos	40
	■ Controle de contatos de TB MR	41
●	Tratamento da Tuberculose Latente	42
●	Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no cuidado ao paciente com Tuberculose	44
●	Indicações de internação	47
●	Referência e contrarreferência	47
●	Glossário	49
	ANEXO: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS):	52

Introdução

Tuberculose é uma doença infecciosa transmitida por via aérea que afeta principalmente os pulmões, contudo com potencial para acometer outros órgãos. A apresentação pulmonar é o foco das ações de controle da doença. O objetivo é o diagnóstico precoce, pronta instituição do tratamento adequado e cura dos casos, interrompendo assim a cadeia de transmissão.

Sobre este Guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP) para o diagnóstico e manejo da Tuberculose (TB) na atenção primária. Ele foi construído a partir do conteúdo do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde, atualizado com as Notas Técnicas emitidas pelo Ministério da Saúde e adaptado pela gerência da Área Técnica de Doenças Pulmonares Prevalentes da SAP. O documento representa o posicionamento da S/SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de APS na cidade do Rio de Janeiro. Recomendamos que possíveis condutas divergentes do preconizado neste guia sejam previamente discutidas com o profissional de referência da área e devidamente registradas em prontuário.

■ Cuidados centrados na pessoa

Perceber o usuário a partir de suas necessidades pessoais e /ou familiares, de suas condições de vida, criando vínculo entre o serviço e os trabalhadores que produzem o cuidado, respeitando a autonomia no seu modo de viver e de ser alguém singular. Informar ao paciente sobre sua doença, a duração do tratamento prescrito, a necessidade

da avaliação dos contatos domiciliares, a importância da regularidade das doses, e as graves consequências da interrupção do uso dos medicamentos sem uma orientação permite que a pessoa participe das ações sobre o seu cuidado. Se esta pessoa estiver de acordo assim como os familiares e cuidadores uma relação de cooperação mútua poderá ser estabelecida.

Busca ativa de casos (Rastreamento)

Busca ativa é a atividade de saúde pública orientada a identificar precocemente o sintomático respiratório.

Sintomático respiratório (SR): indivíduos com tosse por três semanas ou mais.

Em populações de alto risco de TB, a busca de SR pode se dar com tosse de qualquer duração.

Exemplos: população privada de liberdade (PPL), população em situação de rua (PVSR), pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e profissionais da saúde (PS).

Não raramente, a tuberculose pode manifestar-se com diferentes apresentações clínicas que podem estar relacionadas com o órgão acometido. Desta forma, outros sinais e sintomas como febre, dor torácica, dispnéia, perda ponderal ou outros além da tosse, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada.

■ Como fazer busca ativa

- Interrogar sobre a presença e duração da tosse a toda clientela da unidade de saúde independentemente do motivo da procura inclusive em atividades extramuros;
- Orientar os SR identificados sobre a coleta de escarro para exame;
- Coletar duas amostras de escarro, uma no momento da identificação do SR e a outra no dia seguinte pela manhã, logo após o despertar do usuário;
- Registrar as solicitações do teste rápido molecular (TRM) baciloscopia (BAAR) ou cultura para BK no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), garantir o encaminhamento da amostra ao laboratório local e procurar o resultado no GAL entre 24/ 48h.
- Orientar o usuário a realizar os procedimentos de coleta conforme a figura.
- Avaliar rotineiramente a atividade de busca ativa por meio do indicador abaixo:

Proporção de sintomáticos respiratórios examinados entre os estimados

1º - N° de SR estimados por mês (1% da população ÷ 12) = População do território x $\frac{0,01}{12}$

2º - N° de SR examinados no mês anterior = Consulte no GAL o nº usuários com TRM para diagnóstico realizado no mês por sua unidade.

$\frac{\text{Nº de examinados no mês}}{\text{Nº de SR estimados}} \times 100 = \text{Proporção de SR examinados}$

Exemplo:

População do território: 6.000 pessoas

$6.000 \times 0,01 = 60 \div 12 = 5$

Usuários com resultado de TRM para diagnóstico, no GAL, no mês anterior: 3

$3/5 = 0,6 \times 100 = 60\%$ de SR examinados

■ Como deve ser orientada a coleta de escarro

O diagnóstico laboratorial da tuberculose (TB) pulmonar e laríngea se dá por meio de exames de escarro. Tanto o TRM como o BAAR e a cultura para BK dependem da quantidade e da qualidade da amostra de escarro.

- Não é necessário estar em jejum;
- Deve ser realizado em área aberta ou espaço interno com boa ventilação;
- Obtenha o pote adequado: boca larga, tampa de rosca, corpo transparente com marcação de volume em mililitros (mL);
- Ofereça um copo de água para o usuário beber ;
- Solicite que o usuário faça limpeza da cavidade oral com água sem escovação
- Faça a orientação do usuário descrevendo e representando a manobra descrita na figura;
- Entregue o pote ao usuário, observe a coleta e corrija a manobra se necessário;
- Solicite que o usuário repita a manobra até obter entre 5 e 10 mL de escarro abaixo da camada de espuma;
- Registre o nome do usuário no corpo do pote e encaminhe para o laboratório.

1 Encher o peito de ar (inspirar profundamente).

2 Prender a respiração (reter o ar por uns 10 segundos).

3 Tossir fortemente para eliminar a secreção brônquica (escarro, catarro, pigarro).

4 Escarrar no pote oferecido.

5 Repetir os passos 1, 2, 3 e 4 por três vezes para ter uma boa quantidade de escarro (mais ou menos dois dedos de material no pote).

1 **2** **3** **4**
REPETIR POR 3 VEZES

6 Identificar o corpo do pote com seu nome. Tampar bem.

7 LABORATÓRIO
Entregar o material ao profissional de saúde.

Diagnóstico

■ Escarro Induzido (EI)

- Indicado para diagnóstico em pacientes com suspeita clínico-radiológica de TB pulmonar, que não tenham expectoração espontânea.
- *Indicação*: pacientes em tratamento, sem expectoração, com evolução clínica e ou radiológica desfavorável para realização de BAAR, cultura e TSA.
- *Contra-indicações*: broncoespasmo, hemoptise, insuficiência cardíaca grave, gravidez, doenças consumptivas (pacientes muito debilitados), situações nas quais há redução do reflexo da tosse e/ou alterações do sensório e insuficiência respiratória instalada ou iminente. Há risco de broncoconstrição, principalmente em pacientes com asma e DPOC.

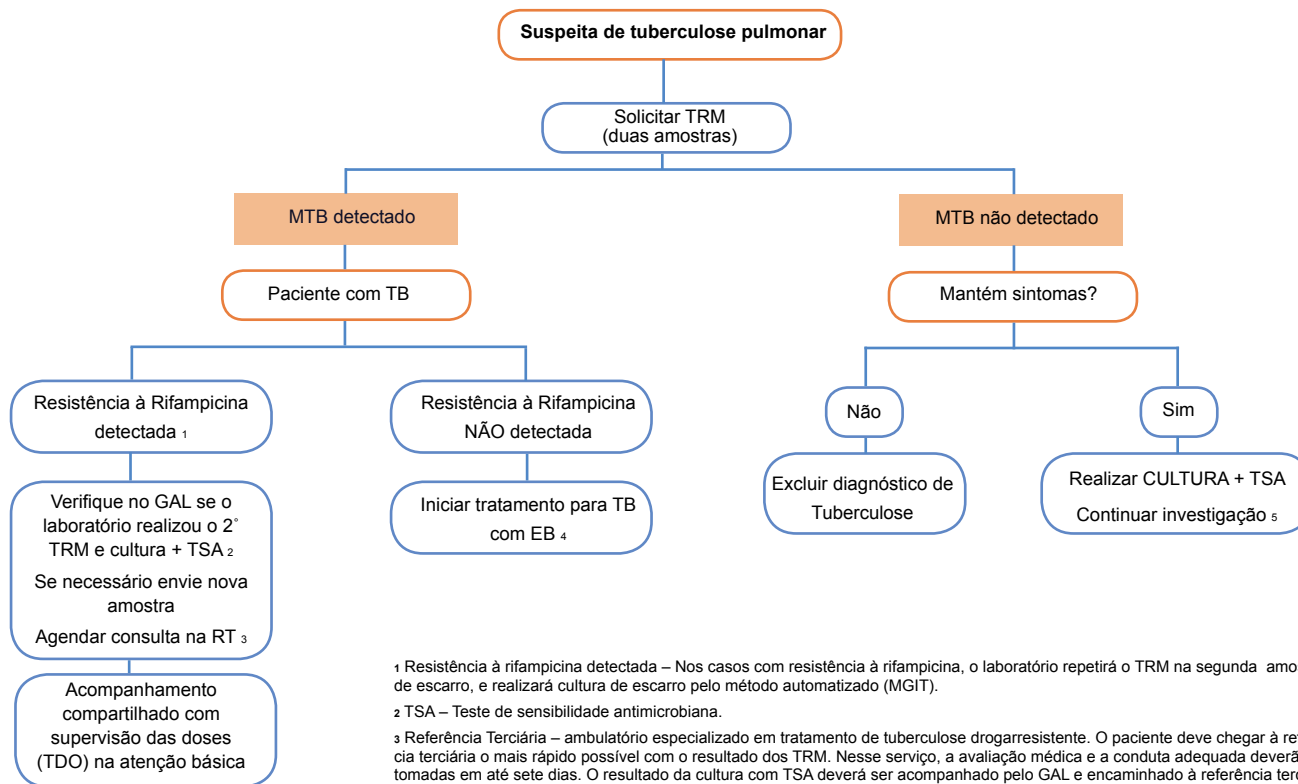
■ Diagnóstico TB pulmonar com Teste Rápido Molecular

Este teste detecta simultaneamente o *Mycobacterium tuberculosis* e a resistência à rifampicina (R), diretamente no escarro utilizando a técnica de reação em cadeia de polimerase (PCR) em tempo real apresentando um rendimento superior ao BAAR. Este teste não deve ser utilizado para o acompanhamento mensal.

O TRM está recomendado para:

- Diagnóstico. O acompanhamento mensal deve ser realizado por BAAR;
- Material de vias aéreas: escarro, escarro induzido e lavado broncoalveolar
- Material extrapulmonar (rendimento inferior ao material de vias aéreas): lavado gástrico, liquor, gânglios linfáticos e macerados de tecidos.

■ Investigação de tuberculose em casos novos (nunca antes tratados)



1 Resistência à rifampicina detectada – Nos casos com resistência à rifampicina, o laboratório repetirá o TRM na segunda amostra de escarro, e realizará cultura de escarro pelo método automatizado (MGIT).

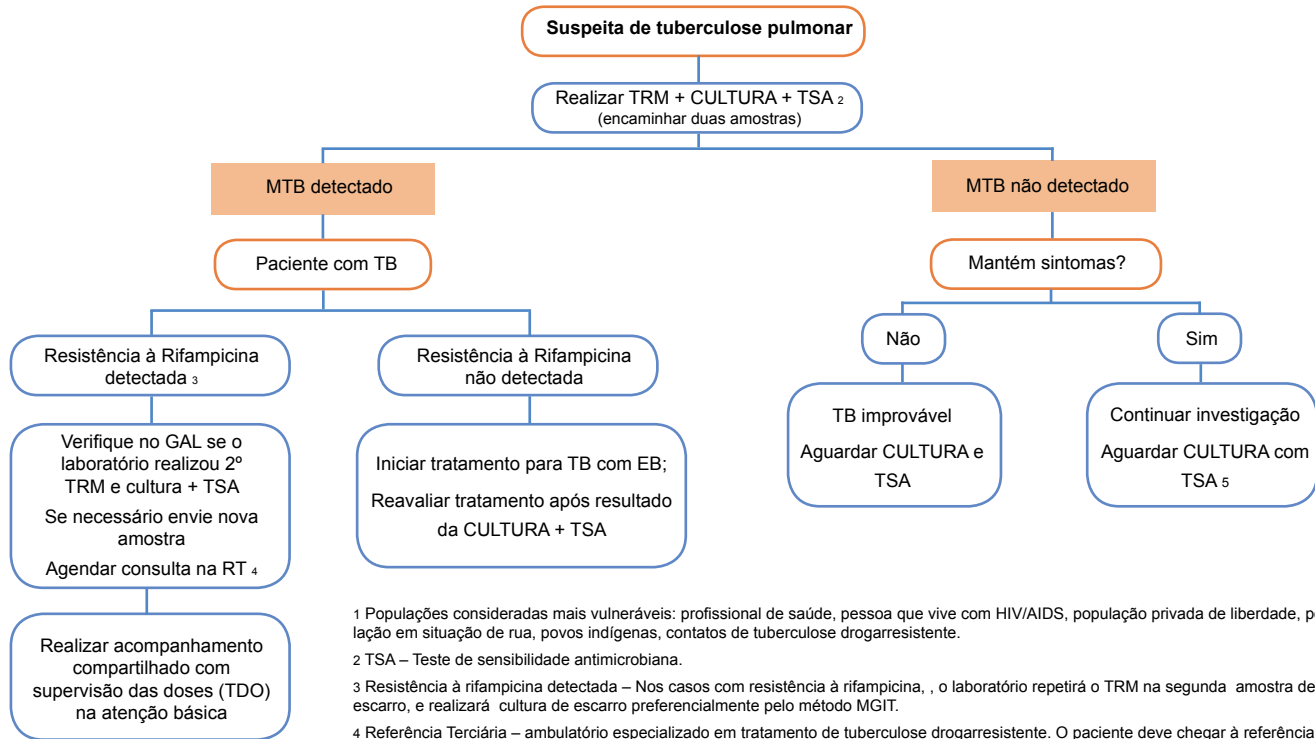
2 TSA – Teste de sensibilidade antimicrobiana.

3 Referência Terciária – ambulatório especializado em tratamento de tuberculose drogarresistente. O paciente deve chegar à referência terciária o mais rápido possível com o resultado dos TRM. Nesse serviço, a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TSA deverá ser acompanhado pelo GAL e encaminhado à referência terciária.

4 Esquema básico.

5 Investigar micobacteriose não tuberculosa (MNT).

■ Investigação de tuberculose em casos nunca antes tratados em populações vulneráveis ¹



1 Populações consideradas mais vulneráveis: profissional de saúde, pessoa que vive com HIV/AIDS, população privada de liberdade, população em situação de rua, povos indígenas, contatos de tuberculose drogarresistente.

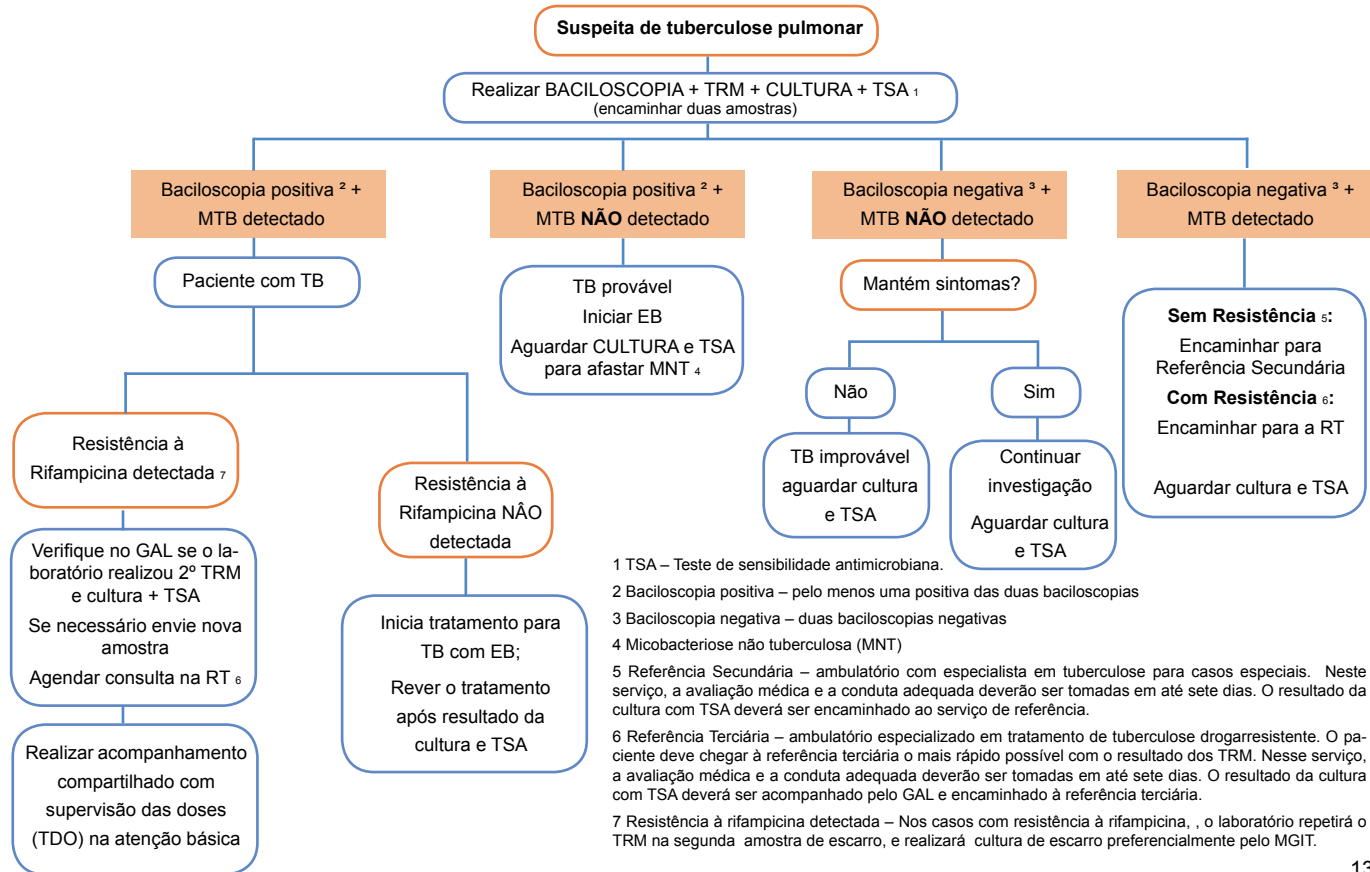
2 TSA – Teste de sensibilidade antimicrobiana.

3 Resistência à rifampicina detectada – Nos casos com resistência à rifampicina, o laboratório repetirá o TRM na segunda amostra de escarro, e realizará cultura de escarro preferencialmente pelo método MGIT.

4 Referência Terciária – ambulatório especializado em tratamento de tuberculose drogarresistente. O paciente deve chegar à referência terciária o mais rápido possível com o resultado dos TRM. Nesse serviço, a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TSA deverá ser acompanhado pelo GAL e encaminhado à referência terciária.

5 Investigar MNT e outras patologias.

■ Investigação de tuberculose em casos de retratamento após abandono ou recidiva após cura



■ Exames radiológicos na TB Pulmonar

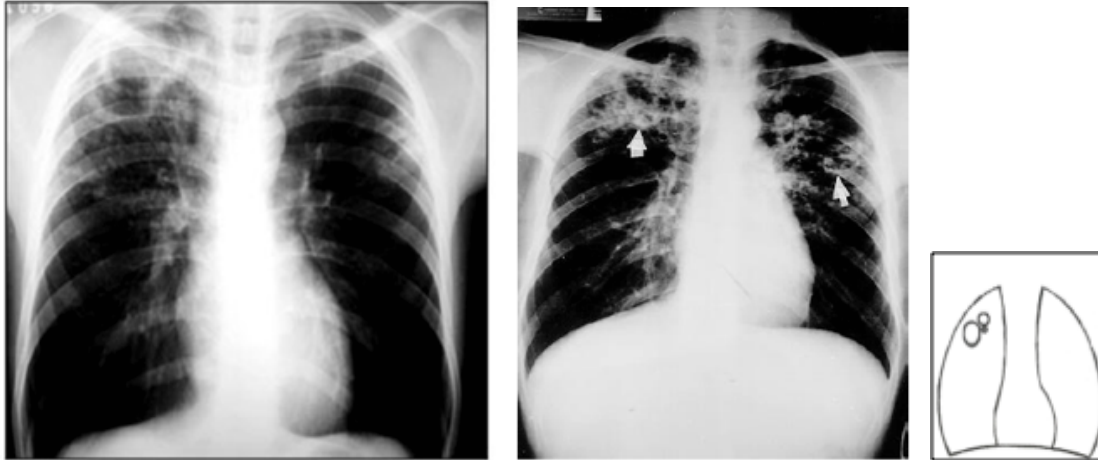
A radiografia de tórax é método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose. Diferentes achados radiológicos apontam para a suspeita de doença em atividade ou doença no passado, além do tipo e extensão do comprometimento pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar ou extrapulmonar. No entanto, até 15% dos casos de TB pulmonar não apresentam alterações radiológicas, principalmente pacientes imunodeprimidos.

- Nos pacientes com suspeita clínica permite a identificação de imagens sugestivas de tuberculose sendo indispensável submetê-los a exame de escarro para TB;
- Em suspeitos radiológicos sem confirmação bacteriológica por TRM ou BAAR, recomenda-se a realização de cultura para BK. Em caso de dúvida para início do tratamento, solicite avaliação da referência secundária;
- Em suspeitos radiológicos sem produção de escarro espontâneo está indicada a realização de escarro induzido.

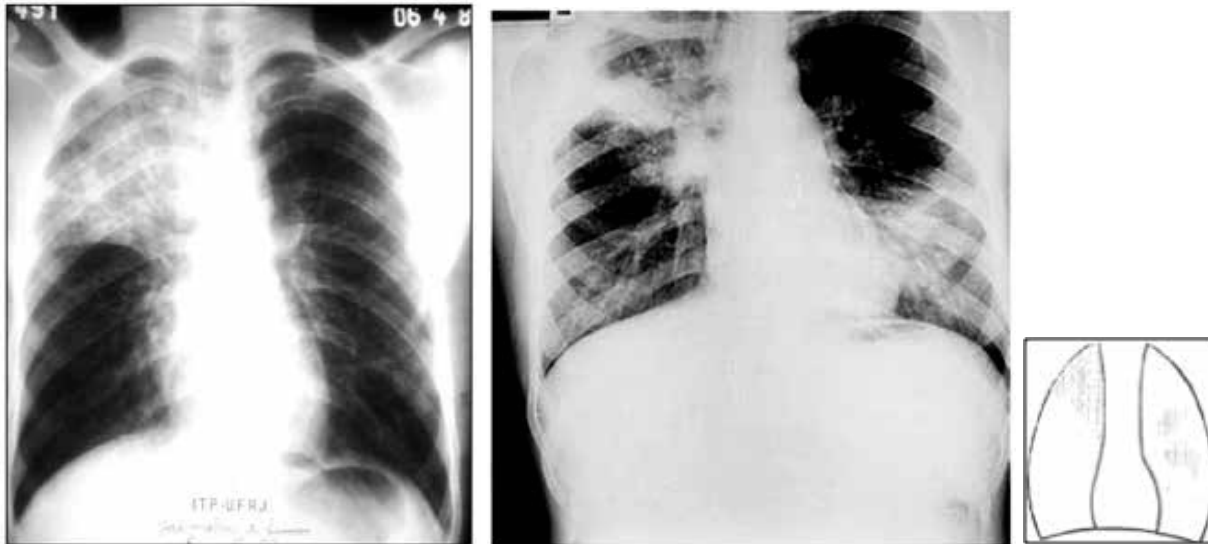
O estudo radiológico tem ainda importante papel na:

- Diferenciação de formas de tuberculose de apresentação atípica
- Diagnóstico de outras pneumopatias no paciente portador de HIV/AIDS ou de outras situações de imunodepressão.
- Exclusão de doença pulmonar associada (por exemplo, câncer de pulmão) que necessite de tratamento concomitante em pacientes com confirmação bacteriológica.
- Avaliação da evolução radiológica dos pacientes durante e ao final do tratamento.

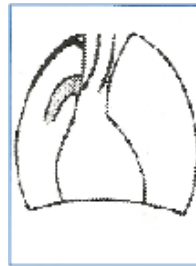
As principais alterações radiológicas sugestivas de tuberculose são listadas e comentadas a seguir:



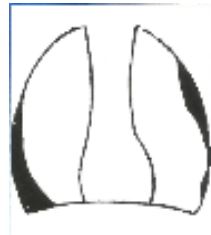
Padrão heterogêneo, com cavitações são mais frequentes nos segmentos ápico-posteriores dos lobos superiores ou superiores dos lobos inferiores e representa a forma mais frequente da doença. Cavidades com paredes espessas (>3mm) sugerem atividade de doença e espera-se que nessa situação os exames de escarro sejam positivos para tuberculose.



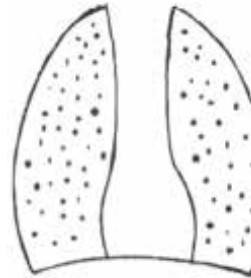
A pneumonia caseosa manifesta-se sob a forma de consolidações segmentares ou lobares, muitas vezes com aspecto semelhante ao da pneumonia bacteriana típica (padrão homogêneo, com bordas maldefinidas e presença de broncograma aéreo) Um achado sugestivo de atividade da tuberculose é a “pneumonia cruzada”, que decorre da disseminação bronco-gênica do *Mycobacterium tuberculosis* pelo parênquima pulmonar a partir de uma cavidade ou de um gânglio fistulizado e determina também infiltrados retículo-micronodulares .



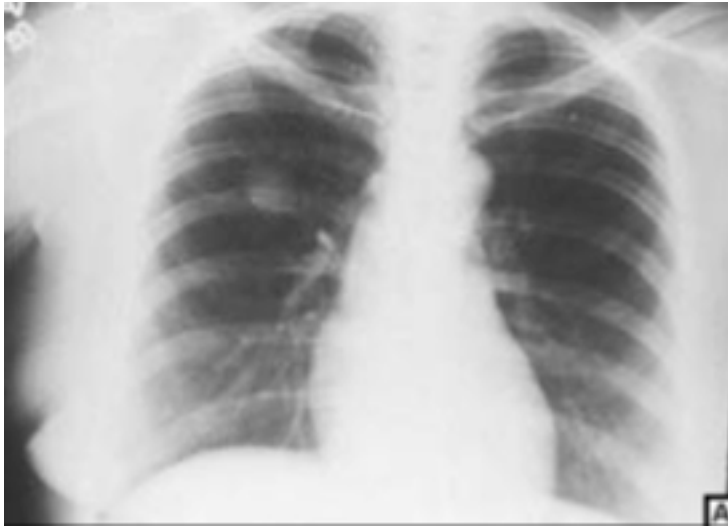
Com a evolução da doença pode ocorrer redução do volume pulmonar (atelectasia) com desvio de mediastino ou outras estruturas na direção da lesão mesmo sem tratamento. As cavidades podem também evoluir com suas paredes mais delgadas após a cura, representando a sequela ou inatividade do processo específico. Neste caso é importante sempre realizar o exame de escarro. (TRM, BAAR e cultura para BK).



O derrame pleural como manifestação da tuberculose primária ocorre em 6% a 8% dos casos. Quando o derrame está presente, um foco pulmonar pode coexistir e não ser visualizado na radiografia do tórax. A presença de lesões parenquimatosas sugestivas de atividade associadas ao derrame pleural auxilia no diagnóstico. O derrame pleural, geralmente, é unilateral, com volume que varia de pequeno a moderado.



A tuberculose miliar é caracterizada por opacidades retículo-micronodulares difusas decorrentes da disseminação hematogênica do *Mycobacterium tuberculosis* pelo parênquima pulmonar e representa acometimento do interstício pulmonar, indicando doença disseminada. Pode estar associada à tuberculose no SNC. É mais frequente em imunossuprimidos. Forma muito grave, porém com baixa positividade dos exames de escarro, sendo necessário avaliar internação.



Quando o complexo primário da tuberculose evolui para cura, pode manifestar-se radiologicamente por um nódulo pulmonar ou massa, também chamados tuberculomas, associados ou não a pequenos nódulos satélites e/ou gânglios mediastinais calcificados.

■ TB pulmonar na criança

Na criança até 10 anos as manifestações clínicas podem ser variadas e em geral as formas de apresentação são paucibacilares, mesmo quando pulmonares, porém o exame de escarro pode ser positivo. O achado clínico que chama atenção na maioria dos casos é a febre, habitualmente moderada, persistente por 15 dias ou mais e frequentemente vespertina. São comuns irritabilidade, tosse, perda de peso, sudorese noturna, às vezes profusa; a hemoptise é rara.

Em crianças, a suspeita de tuberculose deve ser levantada diante de um quadro de pneumonia sem melhora após uso de antimicrobianos para germes comuns por duas semanas ou mais.

Para facilitar o diagnóstico foi desenvolvido e validado um sistema de pontuação que oferece uma sensibilidade de até 88,9% e especificidade de até 86,5%(2)

Sistema de pontuação para diagnóstico de TB pulmonar em crianças (<10 anos) e em adolescentes (com escarro negativo)

Quadro clínico - radiológico		Contato com adulto com TB	Teste Tuberculínico	Estado nutricional
Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento ou sudorese > 2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Adenomegalia hilar ou padrão miliar • Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas • Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) evoluindo com piora ou sem melhora > 2 semanas em uso de antibióticos comuns. 	Contato próximo nos últimos 2 anos	<p>≥5 mm em não vacinados com BCG ou vacinados há ≥ 2 anos ou</p> <p>≥ 10 mm em vacinados há < 2 anos</p>	Desnutrição grave
Acrescentar 15 pontos	Acrescentar 15 pontos	Acrescentar 10 pontos	Acrescentar 15 pontos	Acrescentar 5 pontos
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas	Condensação ou infiltrado de qq tipo < 2 semanas			
0 pontos	Acrescentar 5 pontos			
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos	Radiografia normal	Ocasional ou negativo	< 5mm	
Subtrair 10 pontos	Subtrair 5 pontos	0 pontos	0 pontos	

Interpretação

Maior ou igual a 40	Menor que 35 e superior a 30	Igual ou inferior a 25
Diagnóstico muito provável	Diagnóstico possível	Diagnóstico pouco provável
Permite iniciar tratamento tuberculose	Iniciar tratamento para tuberculose a critério clínico	Não iniciar tratamento para tuberculose, investigar outros diagnósticos.

Tratamento

O tratamento diretamente observado (TDO) é mais do que observar a deglutição dos medicamentos: é uma estratégia de construção de vínculo entre o paciente, o profissional e o serviço de saúde.

Esquema de tratamento para adultos e adolescentes:

Fases de tratamento	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 Comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		>50kg	4 comprimidos	
RH Fase de Manutenção	Comprimido ou cápsula de 150/75 mg	20kg a 35kg	2 comprimidos	4
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		>50kg	4 comprimidos	

Pacientes diabéticos e ou com formas pulmonares cavitárias, que permaneceram com baciloscopia positiva ao final do segundo mês de tratamento, poderão ter a segunda fase do seu tratamento prolongada para nove meses (observando que a solicitação de cultura para BK e teste de sensibilidade e mandatória nestes casos).

Esquema de tratamento para crianças menores de 10 anos:

Fases de tratamento	Fármacos	Peso do paciente			
		Até 20 Kg	Até 20 Kg	>36 a 45Kg	>45Kg
		mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
Fase de ataque	R- Rifampicina	10	300	450	600
	H-Isoniazida	10	200	300	400
	Z-Pirazinamida 30mg/mL	35	1000	1500	2000
Fase de manutenção	R- Rifampicina 20mg/mL	10	300	450	600
	H-Isoniazida 100mg/comprimido	10	200	300	400

Adulto e adolescente com comprometimento meningoencefálico:

Fases de tratamento	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 Comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		>50kg	4 comprimidos	
7 RH Fase de Manutenção	RH Comprimido ou cápsula de 150/75 mg	20kg a 35kg	2 comprimidos	7
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		>50kg	4 comprimidos	

Obs.:

1. Nos casos de concomitância de tuberculose meningoencefálica e qualquer outra localização utilize o esquema para a forma meningoencefálica.
2. Na meningoencefalite tuberculosa deve ser associado corticosteroides ao esquema anti TB (prednisona oral 1 a 2 mg / Kg/dia) por 4 semanas ou dexametasona I.V. nos casos graves (0,3 a 0,4 mg/kg/dia) por 4 a 8 semanas, com redução gradual da dose nas 4 semanas subsequentes
3. A fisioterapia na tuberculose meningoencefálica deverá ser iniciada o mais cedo possível.
4. Para a forma meningoencefálica da tuberculose em criança, utilizar o esquema básico para crianças prolongando-se a fase de manutenção por 7 meses.

Situações Especiais

■ Gestante

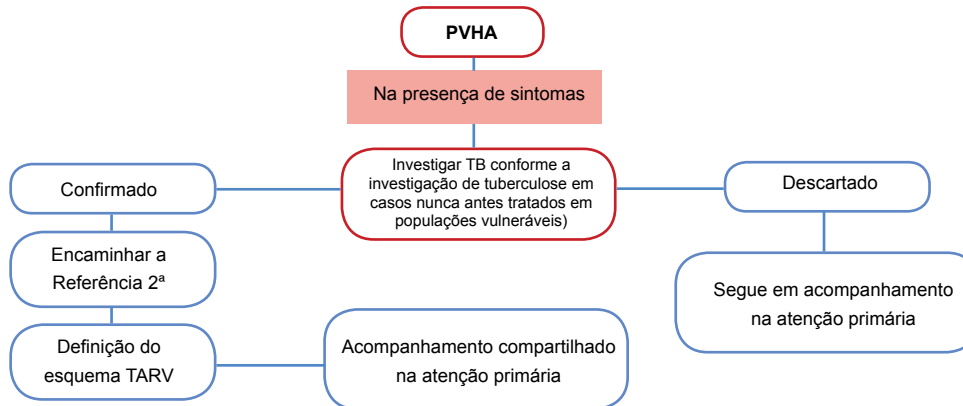
O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes, contudo está recomendado o uso de piridoxina (50mg/dia) durante a gestação para evitar crise convulsiva (devido à isoniazida) no recém-nascido.

Não há contra indicações à amamentação, exceto se a mãe apresentar mastite tuberculosa.

É recomendável, que a mãe faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança enquanto estiver bacilífera.

■ Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (PVHA)

Em pacientes HIV positivos a apresentação clínica da tuberculose é influenciada pelo grau de imunossupressão. A tuberculose deve ser investigada em todas as consultas de PVHA, mediante o questionamento sobre a existência de um dos quatro sintomas: febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento. A presença de qualquer um dos sintomas indica a possibilidade de TB ativa e a necessidade de investigação do caso (Investigação de tuberculose em casos nunca antes tratados em populações vulneráveis). A coleta de escarro para TRM, cultura, identificação da espécie e realização de teste de sensibilidade – TS deve ser insistentemente realizada como rotina de investigação de casos suspeitos de TB, utilizando, quando necessário, o escarro induzido.

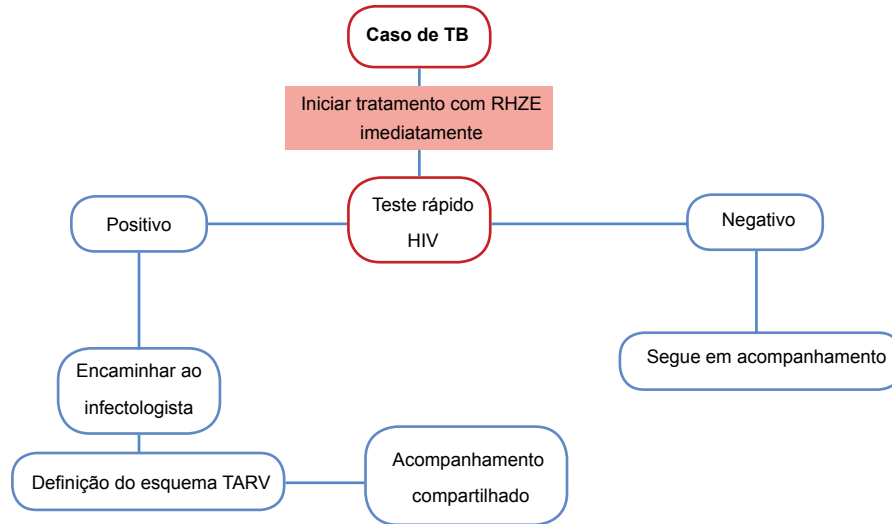


Na ausência de sintomas é indispensável investigar infecção latente por meio de prova tuberculínica (PT) e avaliação da radiografia de tórax.

Para os usuários soropositivos para o HIV com PT < 5mm é necessário repetir o teste a cada 12 meses.

A descoberta da soropositividade ao HIV é comum durante o diagnóstico de tuberculose e todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS e TB ativa devem iniciar terapia antirretroviral (TARV), independentemente da forma clínica da tuberculose e da contagem de linfócitos T-CD4+. O tratamento da TB em pessoas infectadas pelo HIV segue as mesmas recomendações para os não infectados, tanto nos esquemas quanto na duração total do tratamento e os efeitos adversos e hipersensibilidades também devem ser tratados da mesma forma, contudo está recomendado, o uso concomitante de vitamina B6 na dose de 50 mg/dia pelo maior risco de neuropatia periférica. A rifampicina induz o sistema enzimático P-450 CYP3A, acelerando a metabolização e ocasionando diminuição do nível sérico dos inibidores da protease (IP) e dos inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo (ITRNN) e, portanto em algumas situações o esquema de TARV deverá ser adaptado ao esquema RHZE de tratamento da TB na referência secundária.

Após consulta de infectologia alguns pacientes coinfectados e já em uso de esquemas de TARV poderão necessitar de esquema especial (EE) para o tratamento de TB.



- Os coinfectados com HIV deverão iniciar o tratamento para TB na atenção primária e ser encaminhados à referência secundária onde será definido o esquema de TARV;
- Não se recomenda o início concomitante do tratamento para ambos os agravos
- A TARV deve ser iniciada entre a 2ª e a 8ª semana após o início do tratamento para TB
- Pacientes com LT-CD4+ inferior a 200 cel/mm³ ou com sinais de imunodeficiência avançada, devem começar a TARV na 2ª semana após o início do tratamento para tuberculose;
- Nos demais pacientes, a TARV pode ser iniciada na 8ª semana, após o término da fase intensiva do tratamento da TB;
- Usuários já em uso de TARV deverão também ser avaliados por infectologista em até duas semanas após o início do tratamento para TB

Manifestações indicativas de imunodeficiência avançada:

Nesta situação a TARV deverá ser introduzida no 15º dia do tratamento da TB ativa.

- Perda ponderal > 10% do peso;
- Candidíase persistente;
- Leucoplasia pilosa oral;
- Prurigo;
- Diarreia crônica por mais que um mês;
- Linfócitos totais <1.000 no hemograma.

Uma taxa maior de falência terapêutica e recorrência da tuberculose tem sido demonstrada nos coinfectados, o que demanda atenção especial em sua condução. No acolhimento dos usuários com coinfeção TB-HIV é importante esclarecer o usuário sobre a interação entre estas doenças; a importância da adesão ao tratamento de ambas e da identificação dos contatos. Devem também ser abordados o estigma, os problemas sociais ou outras dificuldades que possam interferir na evolução e adesão ao tratamento da coinfeção.

■ Hepatopatias

Antes do início do tratamento para TB os usuários devem ser questionados sobre história de hepatopatia prévia e investigados com hemograma, TGO, TGP, creatinina, bilirrubinas e testes rápidos para as hepatites virais. Caso a anamnese ou os exames complementares sugiram hepatopatia, estes deverão ser avaliados pela referência secundária para utilização de esquema especial.

Durante o tratamento podem surgir sinais de hepatotoxicidade como icterícia associada ou não à elevação de TGP e TGO. Nesta situação recomenda-se suspender a medicação e solicitar avaliação da referência secundária imediatamente.

Outras comorbidades frequentes:

■ Tabagismo

Uma revisão sistemática confirmou a associação entre o uso do tabaco e TB infecção, TB doença, recidiva da TB e mortalidade pela doença. A revisão concluiu que a exposição passiva ou ativa à fumaça do tabaco está significativamente associada com a recidiva da TB e sua mortalidade. Esses efeitos parecem independentes dos efeitos causados pelo uso do álcool, status sócio-econômico e um grande número de outros fatores potencialmente associados (OMS, 2007). O fumo altera os mecanismos de defesa da árvore respiratória e reduz a concentração de oxigênio no sangue, colabora para a gravidade das lesões necrotizantes, além de prejudicar e tornar mais lenta a cicatrização, o que pode gerar sequelas mais extensas. Utilize a abordagem mínima recomendada pelo Ministério da Saúde.

- Perguntar sempre;
- Avaliar;
- Registrar;
- Oferecer tratamento.

■ Diabetes

- Pense em tuberculose em todo paciente portador de diabetes.
- Procure diabetes em todo paciente com diagnóstico de tuberculose.
- Diabetes triplica o risco de desenvolver tuberculose ativa, aumenta o risco de recidiva e a mortalidade.

- A radiologia pode apresentar alterações consideradas típicas de tuberculose e apresentações atípicas (predominância de acometimento dos lobos inferiores, geralmente associado a cavidades).
- Na presença de diabetes avalie a necessidade de estender o tratamento para 9 meses no caso de lesões cavitárias importantes e se BAAR for positivo no segundo mês de tratamento. Consulte a referência secundária.
- Avaliar o uso de insulina durante o tratamento pela diminuição da ação dos hipoglicemiantes orais devido à interação com a rifampicina.
- Bom controle glicêmico reduz complicações em longo prazo e facilita a cura da tuberculose.

Reações adversas

Estudos mostram que a ocorrência de efeitos adversos pode ser causa de abandono do tratamento. As reações adversas podem ser divididas em dois grupos:

■ Efeitos adversos menores

É de extrema importância que o paciente esteja bem informado sobre os possíveis efeitos adversos e das medidas simples que permitem controlá-los. Cabe a atenção primária a identificação, manejo e monitoramento dos efeitos adversos menores.

Efeito adverso	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduta
Náusea, vômito, dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol	Reformular o horário da administração da medicação (duas horas após o café da manhã ou com o café da manhã); considerar o uso de medicação sintomática; e avaliar a função hepática.

Efeito adverso	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduta
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar
Prurido ou exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico
Dor articular	Pirazinamida Isoniazida	Medicar com analgésicos ou antiinflamatórios não hormonais
Hiperurecemia sem sintomas	Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica
Hiperuricemia com artralgia	Pirazinamida Etambutol	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol e colchicina, se necessário
Cefaleia, ansiedade, euforia, insônia.	Isoniazida	Orientar

■ Efeitos adversos maiores

O paciente deve ser orientado da ocorrência dos principais efeitos adversos e da necessidade de retornar ao serviço de saúde na presença de algum sintoma que identifique como possivelmente associado ao uso dos medicamentos. Cabe à atenção primária identificar os pacientes com efeitos adversos maiores e encaminhá-los a referência secundária.

Efeito adverso	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduta
Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol Estreptomina	Suspender o tratamento; reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do quadro; substituir o esquema nos casos recorrentes ou graves, por esquemas especiais sem a medicação causadora do efeito

Efeito adverso	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduta
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	Isoniazida	Suspender a isoniazida e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Neurite óptica	Etambutol	Suspender o etambutol e reiniciar esquema especial sem a referida medicação. É dose-dependente, e quando detectada precocemente, reversível. Raramente desenvolve toxicidade ocular durante os dois primeiros meses com as doses recomendadas.
Hepatotoxicidade	Pirazinamida Isoniazida Rifampicina	O tratamento deverá ser interrompido quando o valor das enzimas hepáticas atingirem 5 vezes o valor normal mesmo na ausência de sintomas, se atingir 3 vezes o valor normal, na presença de sintomas, ou logo que icterícia se manifeste e neste caso o paciente deverá ser encaminhado para avaliação pela referência secundária. Aguardar a melhora dos sintomas e redução dos valores das enzimas hepáticas; reintroduzir um a um após avaliação da função hepática; considerar a continuidade do EB ou EE substituto, conforme o caso
Hipoacusia Vertigem, nistagmo	Estreptomicina	Suspender a estreptomicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Nefrite intersticial	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender a pirazinamida e reiniciar esquema especial sem a referida medicação

Rotina no acompanhamento dos casos

1. Notificar todos os casos no SINAN RIO e registrar no PEP
2. Identificar e acompanhar as possíveis comorbidades como HIV, diabetes, hepatopatias e nefropatias. Encaminhar os casos à referência secundária para avaliação individual e conduta terapêutica segundo recomendado.
3. Avaliar contatos e tratar ILTB segundo recomendação.
4. Pesquisar mensalmente o usuário para avaliar a dose do medicamento e a resposta ao tratamento.
5. Identificar efeitos adversos menores e adotar as medidas para controle. Nos casos dos efeitos adversos maiores, suspender os medicamentos e encaminhar o paciente para a referência secundária.
6. Ouvir as queixas ou dificuldades encontradas pelo paciente e ajudar na resolução das questões.
7. Solicitar mensalmente a coleta de escarro para realização de BAAR de controle.
 - BAAR positivo no segundo mês sinaliza dificuldade de adesão, suspeita de resistência a drogas, ou doença extensa que pode necessitar de manutenção do tratamento até o 9º mês. Conferir a adesão e verificar no GAL o resultado de cultura e TSA e / ou solicitar cultura e TSA.
 - BAAR positivo persistente no 4º/5º mês pode significar falência ao tratamento. Verificar resultado de cultura e TSA no GAL e encaminhar paciente para avaliação da referência secundária.
8. Avaliar necessidade de suporte de saúde mental e de serviço social ou apoio de outros órgãos e instituições de outros setores.
9. O exame de Rx de tórax deve ser realizado no momento do diagnóstico, ao término da fase de ataque (3º mês) e ao final do tratamento para avaliação de alta.
10. Oferecer as mulheres em idade fértil outras opções de contracepção, devido a ação da rifampicina que reduz a eficácia do anticoncepcional hormonal.

11. Os pacientes com tuberculose possuem direitos e benefícios sociais relacionados à sua condição de saúde e vida. Um deles é o Riocard eletrônico, caso o paciente se enquadre no perfil de hipossuficiente (renda familiar inferior a três salários mínimos ou renda per capita de até 1/2 salário mínimo) ou os pacientes que já tenham cadastro no CADUNICO. Em caso de dúvidas ligue para 4003-3737 ou entre no site www.riocard.com.

12. Suspender o tratamento ao completar o sexto mês após avaliar a evolução clínica e radiológica do usuário em relação ao quadro inicial.

13. Encerrar casos no SINAN Rio e PEP

Adesão e abandono de tratamento

O tratamento da tuberculose exige a tomada diária da dose correta de medicação por período não inferior a 6 meses. A falta de adesão às doses do esquema prescrito reduz sua eficácia levando à falência de tratamento, à recidiva de adoecimento favorecendo o surgimento de cepas resistentes aos medicamentos. Trabalhar para garantir a adesão é responsabilidade da equipe de saúde, independente da situação do usuário ou das condições do território.

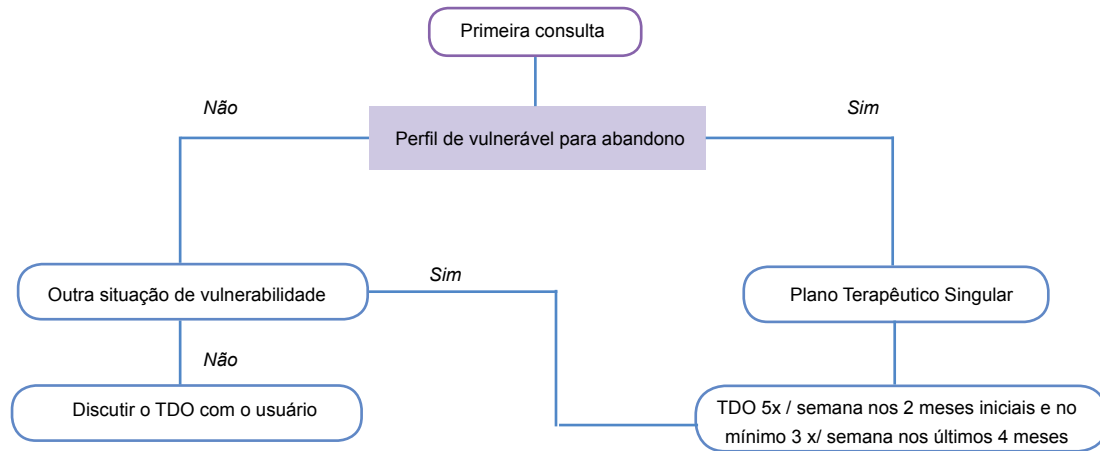
Ações do serviço de saúde associados à melhora da adesão ao tratamento de TB

- Dar maior visibilidade a tuberculose na comunidade por meio de ações educativas (informação e comunicação) pode criar novas atitudes em relação à doença.
- Buscar apoio de familiares e parceiros, além de articular com as redes sociais do território (instituições religiosas/recreativas, ONGS, escolas) pode criar uma rede de apoio aos usuários.
- Flexibilizar a equipe no sentido de respeitar à autonomia dos pacientes, dentro de um plano terapêutico pode tornar o tratamento mais factível para o usuário.
- Informar o usuário previamente sobre os efeitos colaterais da medicação pode melhorar a adesão do paciente quando surgem reações adversas.

O abandono do tratamento é um desfecho que pode ser evitado quando estas e outras ações que facilitam a adesão são trabalhadas na comunidade e a atenção individualizada é realizada pela equipe de saúde.

Fatores relacionados aos usuários associados à baixa adesão ao tratamento
• População vulnerável (vivendo em situação de rua, história de privação de liberdade, pessoa vivendo com HIV/AIDS ou em pobreza ou extrema pobreza).
• Usuário de álcool, outras drogas ou portador de transtorno mental.
• Sinais de isolamento social.
• História de abandono de tratamento anterior.
• Recusa na tomada de alguma dose do medicamento ou falta de comparecimento à consulta.
• Relato de intolerância ou algum efeito adverso aos tuberculostáticos.

Diante de um ou mais destes fatores, a equipe de saúde deve se reunir para construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para este usuário. Ver anexo.



Adaptado de: Tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.131 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Avaliação de contatos

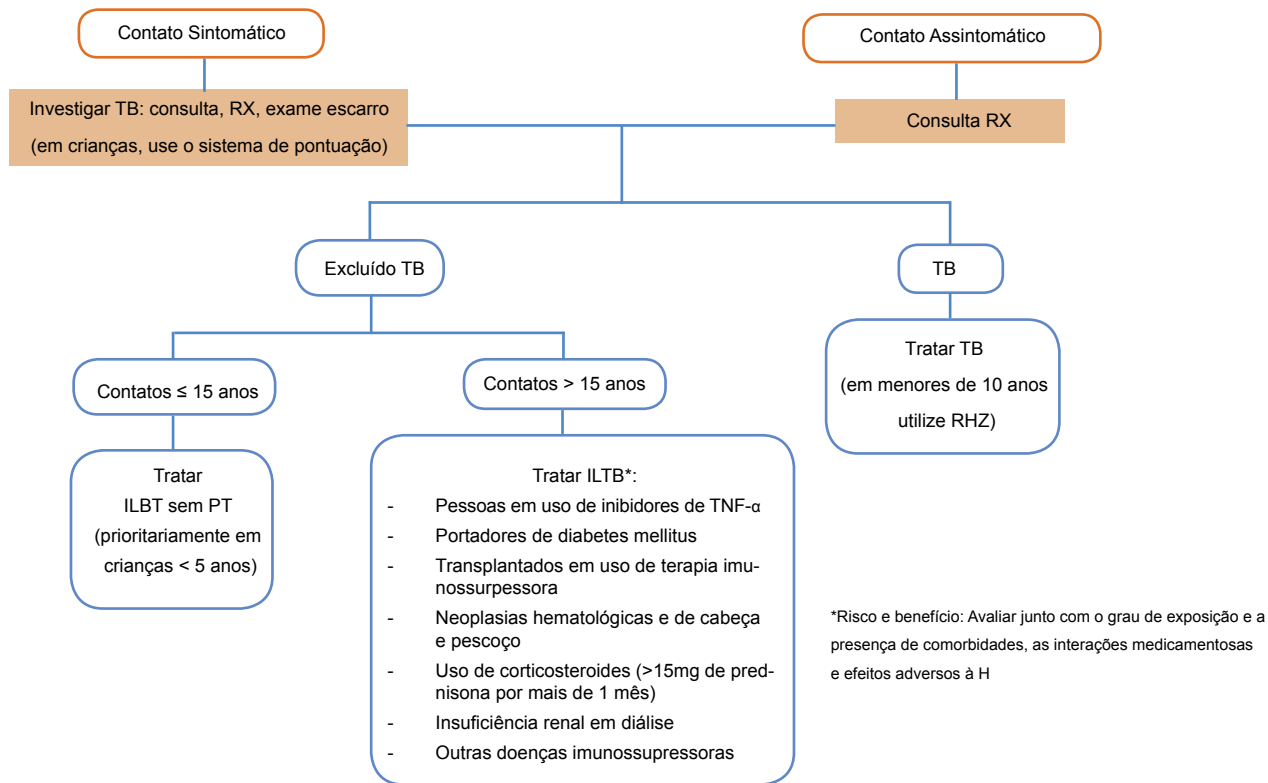
A atividade de controle de contatos é uma ferramenta importante para diagnosticar precocemente os casos de doença e identificar os indivíduos com maior risco de adoecer para então indicar as medidas de prevenção. É realizada fundamentalmente pela atenção básica e deve ser considerada uma prioridade.

Na criança com TB, preconiza-se a investigação de todos os seus contatos, independentemente da forma clínica, pois ela provavelmente convive com um caso índice.

Prioridades para avaliação de contatos e tratamento de infecção latente (ILTB):

- Contatos menores de 5 anos;
- PVHA e portadores de outras condições de alto risco.

■ Controle de contatos de TB sensível

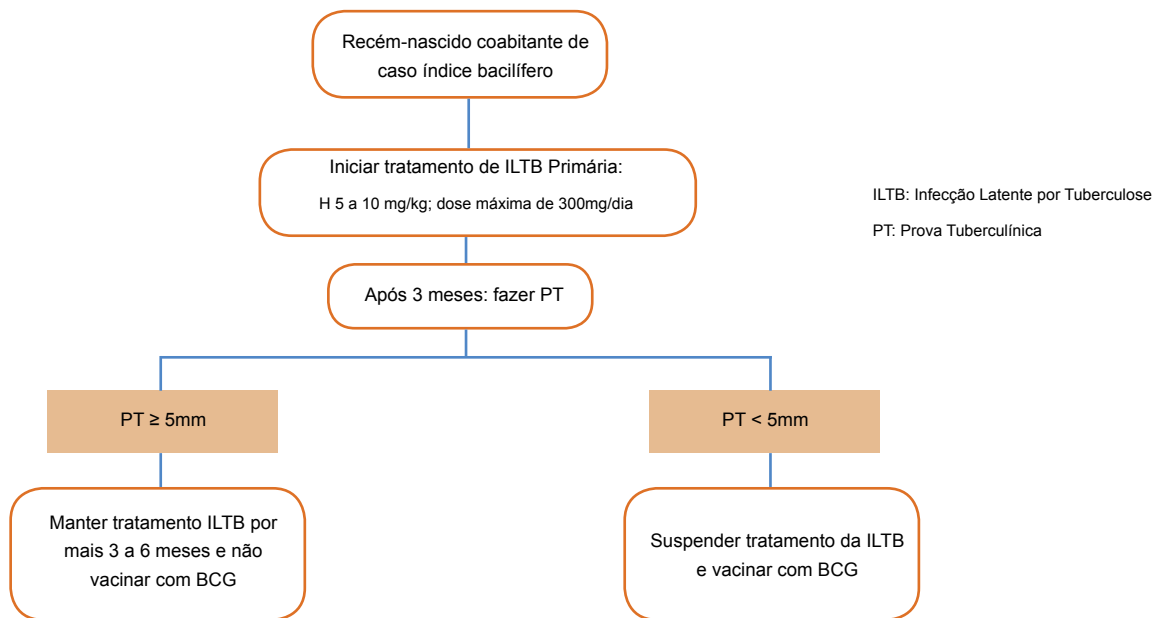


Fonte: NOTA INFORMATIVA N 08, DE 2014 /PNCT/DEVOP/SVS/MS

Processo de avaliação de contatos

1. O caso índice deve ser entrevistado o quanto antes para identificação das pessoas que serão consideradas contatos.
 2. Sempre que possível realizar visita domiciliar para melhor entendimento das circunstâncias que caracterizam os contatos identificados na entrevista do caso índice.
 3. Todos os contatos serão convidados a comparecer à unidade de saúde para serem avaliados. Essa avaliação consiste na realização de criteriosa anamnese e exame físico:
 - Sintomáticos – crianças (Capítulo -TB pulmonar na criança) ou adultos (incluindo pessoas com HIV/aids) deverão ter sua investigação diagnóstica ampliada com radiografia de tórax, exame de escarro e/ou outros exames, de acordo com cada caso.
 - Assintomáticos - depois de afastada doença ativa por meio de exame radiológico e avaliação clínica deve-se iniciar tratamento para ILTB nos menores de 15 anos independente da PT e para os grupos sob maior risco de adoecimento de acordo com a PT (quando disponível), comorbidades, interações medicamentosas e efeitos adversos do tratamento.
- Se a PT for < 5mm deve-se repeti-la entre cinco e oito semanas após a primeira PT para verificação de possível conversão por infecção recente.
- Será considerada conversão da PT quando houver um incremento de pelo menos 10mm em relação a PT anterior .
- Contatos com história prévia de TB tratada anteriormente com quaisquer resultados da PT não devem ser tratados para ILTB.

■ Quimioprevenção Primária em recém-nascidos



Fonte: Manual de Recomendações/MS, 2011

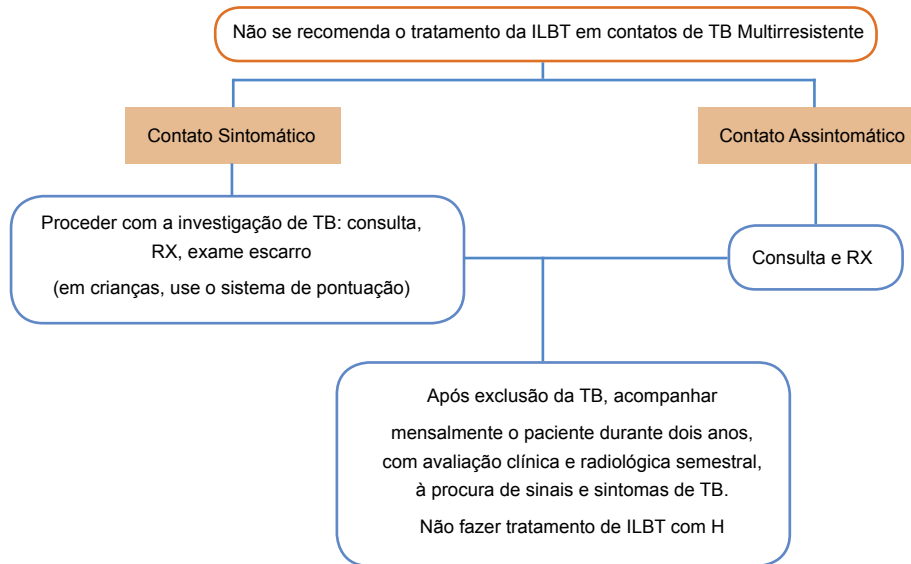
Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero. Nestes casos, o recém-nascido não deverá ser vacinado ao nascer.

A H é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a PT. Se o resultado da PT for $\geq 5\text{mm}$, a quimioprevenção – QP deve ser mantida por mais três a seis meses, caso contrário interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG.

■ Controle de contatos de TB MR

Não se recomenda o tratamento da ILTB em contatos de tuberculose multirresistente:

- Contatos sintomáticos- proceder com a investigação de tuberculose.
- Contatos assintomáticos- após exclusão de tuberculose acompanhar mensalmente o paciente durante dois anos, com avaliação clínica e radiológica semestral a procura de sinais e sintomas de tuberculose. **Não fazer profilaxia com isoniazida.**



Tratamento da Tuberculose Latente

A suscetibilidade à infecção é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após esta infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. No entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo.

Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nesta fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de uma exposição a uma nova fonte de infecção.

Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento. Entre estes, destaca-se a infecção pelo HIV. Outros fatores de risco: doenças ou tratamentos imunodepressores; idade – menor do que 2 anos ou maior do que 60 anos; e desnutrição.

Em pacientes conhecidamente infectados (PPD ou IGRA) ou expostos à tuberculose com risco aumentado de adoecimento, contudo sem doença ativa, recomenda-se a utilização de medicação capaz de inibir a multiplicação do bacilo e assim evitar o adoecimento.

O tratamento da ILTB se faz com a isoniazida na dose de 5 a 10 mg/Kg/dia com dose máxima de 300mg/dia por no mínimo por 6 meses (180 doses) e idealmente 9 meses (270 doses).

A quantidade de doses tomadas é mais importante do que o tempo do tratamento. Por isso, recomenda-se que esforços sejam feitos para que o paciente complete o total de doses programadas mesmo com a eventualidade de uso irregular, considerando a possível prorrogação do tempo de tratamento com o objetivo de completar as doses previstas, não excedendo esta prorrogação em até três meses do tempo inicialmente programado.

Observações importantes:

- 1 .Nos casos em que a unidade de saúde receber pessoas com indicação de tratamento da ILTB com base no resultado do “Interferon-gamma release assay” (IGRA), o tratamento da infecção latente da tuberculose deverá ser disponibilizado.
2. Pessoas que já fizeram um curso completo de isoniazida não devem ser tratadas novamente, exceto quando ocorrer uma nova exposição.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no cuidado ao paciente com Tuberculose

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem estar inseridos no cuidado ao paciente com tuberculose podendo apoiar os casos de difícil manejo, favorecendo a adesão ao tratamento e reduzindo os casos de abandono.

São previstas como atividades da equipe NASF no cuidado da tuberculose:

- Apoiar a investigação e busca ativa das pessoas que entraram em contato com pacientes com tuberculose pulmonar positivo.
- Estar atento aos sinais de alerta da tuberculose durante os atendimentos, atividades educativas e visitas domiciliares.
- Pautar o tema em espaços comuns (colegiado gestor local, participação em rádio ou outras mídias comunitárias), sempre com enfoque de educação em saúde e mobilização da comunidade para a causa da tuberculose.
- Incentivar grupos de apoio mútuo para os pacientes com tuberculose (“apoio entre pares”), sem estar focado na doença, com compartilhamento de sentimentos acerca do processo de melhora e cura, buscando sempre estratégias para superar obstáculos. Estes grupos deverão, preferencialmente, incluir pacientes já curados e oferecer atividades variadas, como por exemplo: Oficinas de reciclagem e de artesanato, grupos de leitura. Rodas de conversa e de debates deverão ser utilizados, em substituição a palestras. Investir na participação de familiares nestes grupos.
- Apoiar o georreferenciamento dos casos de tuberculose no território.
- Identificar domicílios em situação de risco para o desenvolvimento da tuberculose, como ausência de iluminação natural, ventilação, infraestrutura precária, entre outros.

Além do trabalho em equipe, cada categoria profissional pode contribuir no cuidado ao paciente com tuberculose. Seguem algumas das ações que podem ser desempenhadas pelas categorias profissionais previstas nos NASF.

Escopo mínimo de atividades da equipe NASF, de acordo com a categoria profissional

Categoria profissional	Ações desempenhadas
Psicologia	<p>Qualificar a abordagem da equipe de APS para uma escuta mais ativa e sensível apoiando a equipe a pensar em estratégias dirigidas ao grupo de pessoas que não segue as orientações da equipe, pessoas com histórico de abandono prévio, usuários de álcool e outras drogas e vulnerabilidades sociais extremas;</p> <p>Realizar atendimento específico (compartilhado ou individual) com pacientes identificados pela equipe como risco de abandono;</p> <p>Atentar para os sinais de alerta da tuberculose nas atividades de grupo da unidade (tabagismo e outros);</p> <p>Apoiar na elaboração do PTS de paciente em abandono do tratamento.</p>
Serviço Social	<p>Manejar os casos que necessitem de apoio para resolver situações de trabalho, renda e benefícios sociais;</p> <p>Manejar as populações vulneráveis beneficiárias dos programas de transferência de renda (Cartão Família Carioca, Bolsa Família, BPC, demais programas);</p> <p>Identificar os territórios com maior precariedade de infraestrutura e esgotamento sanitário.</p>
Fisioterapia	<p>Realizar/ orientar exercícios de incentivo respiratório, nos casos de derrame pleural e sequelas.</p>
Farmácia	<p>Fazer a solicitação e controle da medicação mensalmente;</p> <p>Acompanhar a dispensação semanal do medicamento para os ACS e sinalizar a quando houver interrupção na distribuição.</p> <p>Orientar os pacientes quanto a melhor maneira de tomar os medicamentos e seus efeitos adversos.</p> <p>Vincular a liberação da primeira remessa da medicação à notificação do caso no SINAN, a fim de favorecer o aprimoramento da vigilância dos casos de TB através do incentivo à notificação;</p> <p>Participar como equipe na mudança de fase de tratamento dos pacientes em tratamento</p>

Categoria profissional	Ações desempenhadas
Nutrição	Atentar para os casos com ganho ou perda ponderal relevante; Orientar quanto a alimentação saudável e suporte nutricional durante o tratamento;
Sanitarista	Contribuir com as equipes na análise das coortes para avaliação do resultado de tratamento por equipe e por unidade; Qualificar o registro dos casos de TB no SINAN Utilizar espaços de Educação Continuada para discussão da epidemiologia da doença no território de atuação da equipe. Acompanhar e discutir com a equipe o indicador de busca ativa por território.
Pediatría	Qualificar a profilaxia, diagnóstico e tratamento de tuberculose na infância pelos médicos generalistas, considerando-se as especificidades do manejo da doença neste nesse ciclo de vida.
Infecçologia	Contribuir com o atendimento dos casos de coinfeçãõ TB HIV que estejam em cuidado compartilhado na APS, tratamento da infecçãõ latente por tuberculose e interações medicamentosas.
Terapia ocupacional	Construir oficinas com atividades voltadas para a geraçãõ de bem estar e renda (oficinas de reciclagem, artesanato, dentre outras);
Educador físico	Planejar e realizar atividades que contribuam para a qualidade de vida de pessoas com Tuberculose. Estimular as pessoas encaminhadas pela equipe de saúde, a ingressar no Programa Academia Carioca de forma a propiciar a longitudinalidade do cuidado associado ao desenvolvimento da aptidãõ física.
Ginecologia	Trabalhar a escolha de outros métodos contraceptivos em mulheres em tratamento com esquema básico e uso de contraceptivos hormonais.

Indicações de internação

- Meningoencefalite tuberculosa
- Intolerância aos medicamentos antituberculose incontrolável em ambulatório
- Comprometimento do estado geral que não permita tratamento em regime ambulatorial
- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não à TB que necessitem de tratamento e/ou procedimento em regime hospitalar
- Casos em situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior probabilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência.

Referência e contrarreferência

Após criteriosa avaliação na atenção primária os usuários deverão encaminhar os usuários para unidades de atenção secundária ou terciária com as seguintes características:

A referência secundária (ambulatórios de pneumologia)

- Dificuldade diagnóstica;
- Evolução clínica, radiológica ou bacteriológica desfavorável;
- Intolerância grave a algum dos fármacos antiTB;
- Monorresistência diagnosticada por cultura e TSA (quando detectada por TRM, solicitar novo TRM e encaminhar para referência terciária).

A referência terciária (ambulatórios de TB MR)

- Monorresistência a rifampicina: quando detectada no TRM
- Polirresistência: resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto à associação rifampicina e isoniazida
- Multirresistência (MDR): resistência a pelo menos Rifampicina e Isoniazida
- Resistência extensiva (XDR): resistência à Rifampicina e Isoniazida acrescida à resistência a uma fluoroquinolona e a um medicamento injetável de segunda linha (Amicacina, Canamicina ou Capreomicina).

Glossário

Abandono: Não uso do medicamento por mais de 30 dias consecutivos.

BF: Bolsa Família – Programa de Transferência de Renda do Governo Federal

CASO ÍNDICE: todo paciente com TB pulmonar ativa, prioritariamente com TRM detectado.

CASO NOVO: Pessoa com diagnóstico de TB confirmado ou clínico-epidemiológico que não tenha sido tratada por mais de 30 dias.

CASO DE RETRATAMENTO: Pessoa já tratada por tuberculose por mais de 30 dias que venha a necessitar de nova terapia por recidiva após cura (RC) ou retorno após abandono (RA).

CONTATO: pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da TB (em casa, ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola).

CFC: Cartão Família Carioca - programa de transferência de renda complementar ao Programa Bolsa Família, do Governo Federal.

FALÊNCIA: persistência da positividade do escarro ao final do 4º ou 5º mês de tratamento, tendo havido ou não negatificação anterior do exame.

GAL: Gerenciador de Ambiente Laboratorial – Sistema baseado na Web que permite cadastrar amostras para serem avaliadas pelos laboratórios e recebimento dos laudos dos exames;

IGRA: “Interferon Gamma Release Assay” Ensaio de liberação de Interferon-Gamma – teste de detecção de infecção pelo *M.tuberculosis* por amostra de sangue

ILTB: Infecção Latente pelo *M. tuberculosis*

Monorresistência: resistência a um único fármaco

Multirresistência (MDR): resistência a pelo menos Rifampicina e Isoniazida

MGIT: “Mycobacteria Growth Indicator Tube” Tubo indicador de crescimento de micobactéria sistema automatizado para cultura e teste de sensibilidade

MNT: Micobacterias Não Tuberculosas

OMS: Organizacao Mundial de Saude

PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente

PCR: Reação em Cadeia de Polimerase (polymerase chain reaction)

PCT: Programa de Controle da Tuberculose

PPD: Derivado Proteico Purificado (Purified Protein Derivative)

PPL: Pessoa Privada de Liberdade

PT: Prova Tuberculínica – Teste intradérmico realizado com PPD para identificar infecção pelo M.tuberculosis

PVHA: Pessoa vivendo com HIV ou AIDS

Polirresistência: resistência a dois ou mais fármacos, exceto à associação Rifampicina + Isoniazida.

R: Rifampicina

Recidiva: Adoecimento por tuberculose após um tratamento e cura anterior independentemente do tempo decorrido entre os eventos.

S: Estreptomicina

SITETB: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose - destina-se à notificação e ao acompanhamento dos casos de TB que têm indicação de tratamentos especiais, quer pela ocorrência de reações adversas, resistência às drogas, toxicidade ou certas comorbidades que impossibilitem o uso do Esquema Básico.

SINAN: Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SINAN RIO: Sistema web-based para entrada e atualização de fichas de notificação de TB no SINAN

SR: Sintomático Respiratório - indivíduos com tosse por três semanas ou mais.

SRE: Sintomáticos Respiratórios Estimados

TARV: Tratamento Antirretroviral

TB: Tuberculose

TB-HIV: Confeção por *Mycobacterium Tuberculosis* e HIV

TB-MDR: TB Multirresistente

TDO: Tratamento Diretamente Observado

Transferência: refere-se ao paciente que comparece à unidade de saúde para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra unidade, desde que não tenha havido interrupção do tratamento por mais de 30 dias. Necessário o contato entre unidades para confirmar se não houve interrupção do tratamento

VT: Virgem de Tratamento

XDR: Cepas de *Mycobacterium tuberculosis* extensivamente resistentes - do inglês, "extensively drug resistance"

Z: Pirazinamida

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS):

Uma ferramenta para o cuidado de usuários com tuberculose

O projeto terapêutico singular é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, com apoio matricial se necessário (Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF). Este é um processo dinâmico, uma vez que a própria relação entre os profissionais e o usuário está em constante transformação. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral.

Contém quatro momentos:

- 1) **Diagnóstico situacional:** É importante identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes do paciente com tuberculose. Além das dimensões subjetivas, também é importante reconhecer o contexto social e histórico em que se inserem a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo ao qual está dirigido o PTS. Também é importante identificar as intervenções já realizadas e seus resultados, bem como realizar a avaliação das vulnerabilidades compostas pelos fatores de risco e fatores de proteção individuais, familiares, grupais e coletivos. As potencialidades podem ser incluídas entre os fatores de proteção.
- 2) **Definição de metas:** Definir as questões sobre as quais se pretende intervir. As metas devem ser norteadas pela inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo. Neste momento do PTS também é importante fazer projeções de curto, médio e longo prazo.
- 3) **Divisão de responsabilidades:** Envolve a definição clara e a atuação do técnico de referência por meio do esclarecimento

do que vai ser feito, por quem e em que prazos. O técnico de referência tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de saúde e outras instâncias que sejam necessárias.

4) **Reavaliação:** Conduzida pelo técnico de referência, deve ser sistemática, agendada com a equipe e a pessoa cuidada. A revisão de prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados esperados e obtidos podem ajudar a manter o PTS ou introduzir e redirecionar as intervenções conforme as necessidades.

Alguns aspectos precisam ser observados:

- a) Os usuários ou famílias são escolhidos para as reuniões de PTS de acordo com a dificuldade ou gravidade da situação.
- b) Uma estratégia é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.
- c) Não há um tempo pré-determinado para o PTS, visto que muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do (s) vínculo(s) com o usuário.
- d) É importante lembrar que na elaboração do PTS as diferenças, conflitos e contradições precisarão ser explicitados e trabalhados, de maneira a pactuar os consensos possíveis entre os diversos agentes envolvidos. Divergências de expectativas também devem ser esclarecidas.

No PTS, é importante a crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Algumas dicas são:

- Fazer junto e não pelo outro;
- Buscar resoluções com e não para o outro;
- Ofertar contatos, encontros, momentos de conversa, seja nos espaços dos serviços, na rua ou no domicílio das pessoas. Possibilita, além de coletar informações, a formação de vínculos com o paciente;

1. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
2. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo 45(2):103-105, March-April, 2003
3. J Pneumol 27(6) – nov-dez de 2001 Bombarda S, Figueiredo CM, Funari MBG, Soares Jr J, Seiscento M, Terra Fo M
4. Pulmão RJ 2006;15(3):166-174 Capone D, Jansen JM, Lopes AJ et al . Diagnóstico por imagem da tuberculose
5. Tuberculosis – A Training Manual for Health Workers- National Tuberculosis Control Programme- South African Department Of Health- 1998
6. Case courtesy of Dr Mark Holland , Radiopaedia.org, rID: 19373

Formato: 21 x 14,8cm | Tipografia: ArialPaper: Couché 90g (miolo), Supremo Duo Design 300g (capa)

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar - Cidade Nova
Rio de Janeiro - RJ

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms

