GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2021 – TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA[1]

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), é uma doença infectocontagiosa de transmissão aérea, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é considerada a principal causa de morte por infecções no mundo (WHO, 2020). O Brasil é um dos países com alta carga dessa doença e enfrenta dificuldades para controlar este agravo (BRASIL, 2017a). Tais dificuldades contribuem para a "reemergência da TB como um grave problema de saúde pública", e se relacionam tanto com os aspectos do tratamento, dos serviços de saúde, bem como às inúmeras situações de vulnerabilidades presentes no contexto de vida de determinados grupos populacionais: população em situação de rua (PSR), pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA), população privada de liberdade (PPL) e pessoas que convivem com extrema pobreza (BRASIL, 2019).

Como resposta a esse cenário epidemiológico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os países signatários de suas recomendações têm formulado estratégias de fortalecimento da adesão ao tratamento da TB que incluam ações intersetoriais, o enfrentamento dos determinantes sociais da doença[2] e um cuidado centrado no paciente articulado em rede (BRASIL, 2019). Nesse contexto, a

[1] Os termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde" são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como sinônimos. Dessa forma, associam-se a ambos os termos os princípios e as diretrizes definidos no Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2.

[2] Estudos demonstram a pobreza, desnutrição, baixa escolaridade, moradias precárias, alta densidade populacional, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, viver em áreas de alta incidência de TB, uso abusivo de álcool e outras drogas, migração, além de barreiras culturais e econômicas como determinantes sociais relacionados à ocorrência de TB.

descentralização do tratamento da TB para a Atenção Básica visa ampliar o acesso da população vulnerável com maior risco de adoecimento (e da população em geral) e fortalecer a principal estratégia de controle da doença, o tratamento Diretamente Observado (TDO), seja ele domiciliar, na Unidade de Saúde ou compartilhado com o serviço especializado.

Está no escopo das atribuições da Atenção Básica (AB) as estratégias programáticas de controle da TB, de acordo com o atual *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose* (BRASIL, 2019): **1) a detecção precoce dos casos de TB, a qual inclui a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a busca passiva de casos, para investigação, diagnóstico e tratamento (e ou devido encaminhamento); 2) o fortalecimento da adesão terapêutica, a qual inclui o acolhimento, a implementação do TDO, a construção do Projeto Terapêutico Singular e monitoramento dos casos e busca de faltosos (BRASIL, 2019).**

Podemos citar também, para além da assistência individual, a necessidade de que a AB desenvolva estratégias comunitárias integradas às ações com a Vigilância em Saúde (VS). Tal integração colabora para que os profissionais de saúde reconheçam as particularidades do território, os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, as situações de risco sanitário e o contexto local das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (eSF) e das Equipes de Atenção Primária (eAP). A partir disso, diferentes processos de trabalho podem ser necessários, considerando as diferenças do contexto de vida das populações com maior risco de adoecimento dentro de cada território. Portanto, a sensibilização das equipes da AB, quanto a importância de direcionar suas ações também para o tratamento da TB, contribui para o planejamento de estratégias de promoção e proteção da saúde da população, de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018a).

No Brasil, assim como em vários países, a TB, é considerada condição sensível à Atenção Primária e a organização das ações de atendimento à TB nesse nível de atenção estão incluídas no primeiro pilar do Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose (BRASIL, 2017a): “Prevenção e Cuidado Integrado Centrado no Paciente”. Portanto, descentralizar as ações de tratamento da TB para a AB tem potencial para fortalecimento da adesão e redução de situações de vulnerabilidades[3], contribuindo para maior controle da doença. Dentre as ações realizadas na AB estão:

[3] A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um determinante social relacionado à TB e visto que a AB é a porta de entrada preconizada aos serviços do SUS, o atendimento desta doença neste nível de atenção torna-se uma potencialidade para o controle da doença.

- Identificar novos casos no território, através da busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Realizar diagnóstico oportuno dos usuários, diminuindo a chance de transmissão da tuberculose para seus contatos;
- Iniciar o tratamento imediatamente, evitando que o paciente circule por vários serviços até receber o medicamento;
- Realizar a investigação e controle dos contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente e/ou doença;
- Organizar, implementar e supervisionar o TDO nas Unidades de Saúde, diminuindo a chance de abandono do uso da medicação pelo usuário;
- Participar da construção de estratégias que visem fortalecer, a comunicação entre os três níveis de atenção, de forma a fortalecer a referência e contrarreferência dos casos de TB.

Com as ações de controle da tuberculose sendo realizadas no território pela AB, amplia-se a possibilidade de aumento dos índices de cura, a redução do abandono do tratamento, a redução de vulnerabilidades, a contribuição para o enfrentamento dos determinantes sociais relacionados à doença e, por consequência, o decréscimo da transmissão da tuberculose na população.

2. JUSTIFICATIVA

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose em parceria com a Divisão de Atenção Primária à Saúde, deram início a construção deste documento, que, por meio das Coordenadorias Regionais de Saúde, identificou-se a necessidade deste, para qualificar as orientações e servir de instrumento de apoio à prática profissional das equipes de saúde da AB, considerando a complexidade do controle e manejo da tuberculose, nos territórios sob sua responsabilidade.

3. OBJETIVO

Essa Nota Técnica tem como objetivo reforçar o papel da Atenção Básica como coordenadora do cuidado, frente às novas recomendações de controle da TB, as quais incluem o enfrentamento das situações de vulnerabilidades relacionadas aos casos da doença e o cuidado articulado em rede. Além de, definir critérios para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao

indivíduo acometido por esta doença, garantindo a resolução prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

4. DETECÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE

O controle da TB requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema de porta de entrada capaz de assegurar o diagnóstico precoce dos casos e assistência qualificada no processo de acompanhamento (BRASIL, 2017a). O Ministério da Saúde estima que 1% da população seja composta por sintomáticos respiratórios (SR), que constituem em indivíduos que apresentam tosse por três ou mais semanas. O tempo de três semanas de tosse é válido para a população geral, porém em populações específicas pode ser duas semanas ou a qualquer tempo (BRASIL, 2019).

A busca de sintomático respiratório deve ser uma atitude incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose. O rastreamento de casos sintomáticos respiratórios pode ocorrer de duas formas:

Busca Passiva: é aquela em que a equipe de saúde investiga os usuários que procuram espontaneamente o serviço de saúde;

Busca Ativa: é aquela em que a equipe estabelece ações fora da Unidade de Saúde, na comunidade.

Quadro 1: Orientações para busca de SR em populações específicas:

Sistema prisional	Implantar a porta de entrada no sistema para novos usuários e estabelecer uma rotina sistemática de busca de SR na unidade prisional, pelo menos uma vez ao ano ou, idealmente, a cada 6 meses (BRASIL, 2019) contemplando profissionais e pessoas privadas de liberdade.
Instituições fechadas	Instituições fechadas na área dos serviços de atenção básica, como Instituições de Longa Permanência e albergues, é desejável que a estratégia de busca ativa de SR seja realizada periodicamente. Essa periodicidade deve ser estabelecida de acordo com o tempo de permanência das pessoas na instituição e a sua capacidade de organização operacional local.

População indígena	Deve-se estabelecer uma rotina diária para a realização da busca ativa do SR, considerando o elevado risco de adoecimento dessa população. Essa busca deve ter caráter permanente e priorizada durante a visita domiciliar e em eventos que ocorrem nas aldeias.
População em situação de rua	Realizar busca ativa nos locais de permanência das pessoas em situação de rua em conjunto com equipes de assistência social, serviços itinerantes e consultórios de rua, para identificação dos casos e encaminhamento, com articulação entre unidades de saúde e abrigos, visando o cuidado compartilhado.

Fonte: Brasil (2019)

O rastreamento, conforme Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na Atenção Básica (APÊNDICE I), deve ser realizado de forma compartilhada com outros pontos da RAS, essas ações proporcionam a diminuição da carga de bacilos da população, consequentemente diminuindo a incidência de tuberculose no território.

5. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Conforme Portaria Ministerial, a tuberculose é uma doença de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016). **Notifica-se apenas o caso confirmado de tuberculose** (critério laboratorial ou clínico). Mediante a confirmação de um caso de tuberculose, a unidade de saúde (pública ou privada) que identifica o caso é responsável por sua notificação. Outros serviços podem notificar o caso, como por exemplo, os laboratórios.

A notificação é feita por meio do preenchimento da "Ficha de notificação/Investigação de Tuberculose" **(Anexo I*)***. O caso de tuberculose deve ser acompanhado até o seu encerramento e é recomendável utilizar o boletim de acompanhamento gerado pelo SINAN **(Anexo III)**. Estes dados devem ser inseridos mensalmente no SINAN, pela vigilância municipal.

6. DIAGNÓSTICO

A forma clínica pulmonar da TB é a mais importante do ponto de vista epidemiológico, em função da transmissão por via respiratória. Contudo existem apresentações extrapulmonares, as quais têm seus sinais e sintomas dependentes dos

órgãos ou sistemas acometidos (BRASIL, 2019). Quando há suspeita de tuberculose extrapulmonar os pacientes HIV soronegativos devem ser encaminhados para referência secundária de acompanhamento de tuberculose, já os pacientes HIV soropositivos devem ser encaminhados para o Serviço de Atenção Especializada (SAE).

Em relação a TB pulmonar, os métodos para o diagnóstico laboratorial da tuberculose são a baciloscopia, a cultura para micobactérias e o Teste Rápido Molecular/ Gene Xpert (TRM).

A realização da cultura permite o isolamento e a identificação do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB) e das micobactérias não tuberculosas (MNT), para posterior realização do Teste de Sensibilidade às drogas Antimicrobianas (TSA).

Atentar para outros sinais e sintomas além da tosse, dentre os quais: febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, astenia (cansaço e mal estar), emagrecimento, dor torácica, hemoptise e/ou escarro hemático.

Todo usuário com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV. O diagnóstico precoce de infecção pelo HIV em pessoas com tuberculose tem importante impacto no curso clínico das duas doenças e na condição de saúde do indivíduo (Brasil, 2019).

6.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

6.1.1 Baciloscopia

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento da TB. Por ser um método simples e seguro, deve ser realizado por todo laboratório público de saúde e pelos laboratórios privados tecnicamente habilitados. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR, pelo método de Ziehl-Nielsen, é a técnica mais utilizada em nosso meio (Brasil, 2019).

A baciloscopia de escarro é indicada nas seguintes condições:

- No sintomático respiratório, durante estratégia de busca ativa;
- Em caso de suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse;
- Para acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.

A baciloscopia de escarro para diagnóstico deve ser realizada em duas amostras: uma por ocasião do primeiro contato com a pessoa que tosse e a outra preferencialmente no dia seguinte, com a coleta do material sendo feita ao despertar. Para garantir a qualidade da da baciloscopia, a coleta das amostras deve seguir as orientações para *Coleta de Escarro do Ministério da Saúde* disponível no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019), pág. 62.

Municípios e/ou serviços de saúde que fazem a busca ativa de SR devem planejar e monitorar essa atividade levando em conta a população local. Conforme já mencionado, o número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar é de 1% da população geral (Brasil, 2019).

6.1.2 Cultura para micobactérias, identificação e teste de sensibilidade:

A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Tanto nas situações de retratamento, seja reingresso pós abandono ou recidiva, assim como nos casos de coinfecção com HIV, profissionais de saúde e situações de vulnerabilidade social (PSR, PPL, Albergues, Comunidades terapêuticas de dependentes químicos ou instituições de longa permanência, população indígena, e imigrantes) a cultura com identificação e teste de sensibilidade, deve sempre ser solicitada.

Considerando a elevada frequência de formas multirresistentes na população carcerária, a cultura e o TS devem ser sempre realizados em todos os sintomáticos respiratórios identificados, além da baciloscopia ou TRM-TB (BRASIL, 2019).

Cabe ressaltar que, nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença.

A cultura deve ser realizada independente do resultado da baciloscopia para todos os casos com suspeita de TB. O teste de sensibilidade (TSA) deverá ser realizado a partir das culturas positivas para CMTB em sistemas automatizados que reduzem o tempo para o resultado do perfil de sensibilidade/resistência às principais drogas utilizadas no tratamento (BRASIL, 2019).

Considerando que em muitos locais não há laboratórios que realizem cultura, sugerimos que seja questionado ao gestor municipal a disponibilidade local ou regional, bem como estimulada a contratualização/pactuação para a realização desses exames.

6.1.3 Radiografia de tórax:

Entre os métodos de imagem, a radiografia de tórax é o de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. Juntamente com as radiografias de tórax, sempre devem ser realizados exames laboratoriais (baciloscopias, cultura e/ou teste rápido molecular) na tentativa de buscar o diagnóstico bacteriológico e acompanhar a evolução baciloscópica. O exame radiológico em pacientes com diagnóstico bacteriológico tem como principais objetivos excluir outra doença pulmonar associada, avaliar a extensão do acometimento e sua evolução radiológica durante o tratamento. Geralmente são realizadas duas radiografias: uma no diagnóstico, a segunda no final do tratamento (BRASIL, 2019).

6.1.4 Teste Rápido Molecular (TRM)

O TRM-TB está indicado, prioritariamente, para o diagnóstico de novos casos e a avaliação de resistência à rifampicina de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes. Esse método não deve ser utilizado para diagnóstico em pessoas que já foram tratadas anteriormente para tuberculose, mas pode ser utilizado para avaliação de resistência a Rifampicina nestes casos. Nos locais em que a máquina está disponível, também têm seu uso prioritário no diagnóstico. Contudo, é uma ferramenta de alto custo e que necessita de laboratórios especializados para sua realização. Desta forma, no RS, hoje estão disponíveis máquinas em 10 municípios de alta carga de doença tuberculosa, são eles: Alvorada, Canoas, Charqueadas, Gravataí, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria, São Leopoldo e Viamão.

6.1.5 Prova Tuberculínica (PT)

A prova tuberculínica (PT) é utilizada para diagnóstico de ILTB, e pode também auxiliar o diagnóstico de tuberculose ativa em crianças (WHO, 2015).

A prova tuberculínica é um teste diagnóstico de Infecção Latente de Tuberculose (ILTB) que se baseia em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação do PPD por via intradérmica, em que a leitura é realizada **48 a 72 horas** após a aplicação, podendo ser estendido até **96 horas** (BRASIL, 2014).

Não há evidências para utilização de PT como método auxiliar no diagnóstico de TB pulmonar ou extrapulmonar no adulto. Uma PT positiva não confirma

o diagnóstico de TB ativa, assim como uma PT negativa não o exclui (BRASIL, 2019 – p.84).

Assim, a PT é indicada para:

- Identificar casos ILTB em adultos e crianças;
- Auxiliar no diagnóstico de TB ativa em crianças.

A prova tuberculínica reativa, isoladamente, não é suficiente para o diagnóstico da tuberculose doença. Além disso, é um método complementar de diagnóstico, não excluindo os métodos tradicionais: avaliação clínica, radiológica e baciloscópica. Mesmo na ausência deste insumo, não se deve deixar de avaliar o paciente pelos métodos tradicionais.

7. ORGANIZAÇÃO A NÍVEL MUNICIPAL

No que se refere ao âmbito municipal as ações preconizadas são apresentadas no fluxograma a seguir.

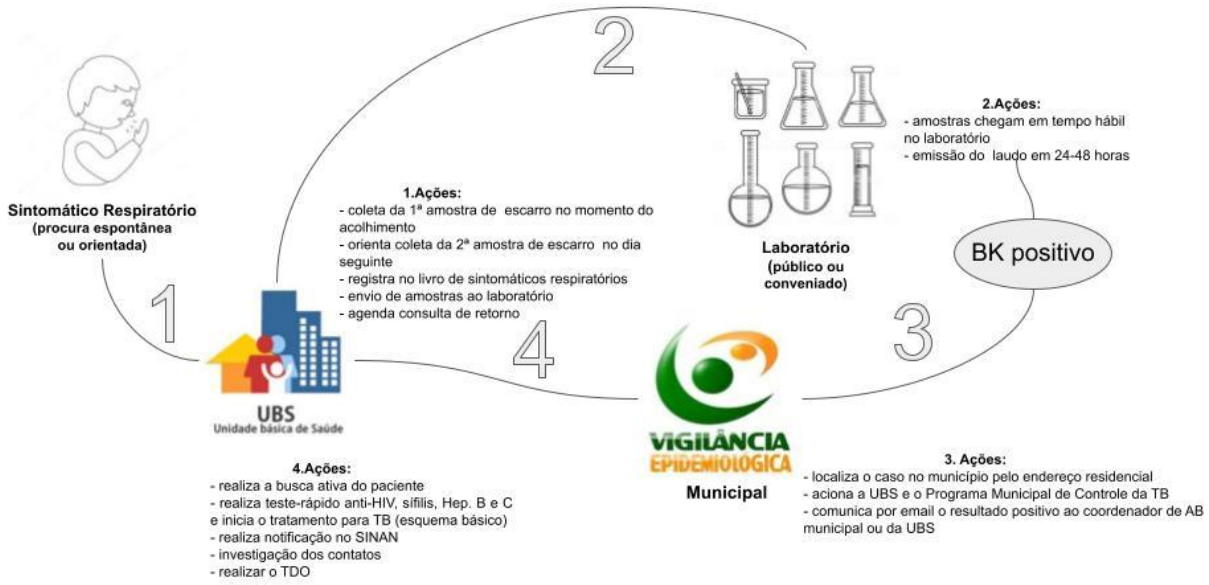


Figura 1: ações de controle da tuberculose a serem realizadas no âmbito municipal

Fonte: produção própria da SES/RS (2020).

Ressaltamos também, que compete à instância municipal, entre outras ações, assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas normas, identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais (BRASIL, 2019).

Nos municípios em que ainda não há um Programa Municipal de Controle da Tuberculose implementado, com o auxílio das Coordenadorias, deve-se identificar e pactuar fluxos para o serviço que será referência em atenção secundária, podendo ser um Serviço de Atenção Especializada (SAE) ou um especialista (por exemplo, infectologista ou pneumologista) no próprio município ou em um município próximo.

8. TRATAMENTO

A tuberculose é uma doença curável, em praticamente todos os casos, em pessoas com bacilos sensíveis aos medicamentos antituberculose (anti TB), quando o tratamento medicamentoso é disponibilizado universalmente e o esquema terapêutico indicado é mantido sem interrupção até a sua conclusão. O profissional de saúde deve orientar o paciente de forma clara, atentando-se para identificar possíveis dificuldades à adesão ao tratamento, considerando as especificidades e necessidades de cada indivíduo.

No Brasil, o esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes (ver quadro 2) é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. A apresentação farmacológica dos medicamentos, atualmente em uso, para o esquema básico é de comprimidos em doses fixas combinadas com a apresentação tipo 4 em 1 (RHZE) ou 2 em 1 (RH).

O esquema básico em crianças <10 anos de idade (ver quadro 3) é composto por três fármacos na fase intensiva (RHZ), e dois na fase de manutenção (RH), com apresentações farmacológicas individualizadas (comprimidos e/ou suspensão). Em fevereiro de 2020 conforme Ofício Circular Nº 3/2020/CGDR/DCCI/SVS/MS foi disponibilizado comprimidos dispersíveis para o tratamento da tuberculose em crianças menores de 10 anos no Brasil.

Em todos os esquemas de tratamento, os medicamentos deverão ser ingeridos diariamente e de uma única vez. O tratamento em regime ambulatorial, prioritariamente, deve ser realizado por meio da estratégia de Tratamento Diretamente Observado.

Quadro 2: Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade):

Esquema	Faixas de peso	Unidade/Dose	Duração
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150* mg ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

*A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

Fonte: Brasil (2019).

Quadro 3: Esquema Básico para o tratamento da TB em crianças (< 10 anos de idade).

Fases do tratamento	Fármacos	Peso do paciente						
		Até 20Kg	≥21Kg a 25Kg	≥26Kg a 30Kg	≥31Kg a 35Kg	≥36Kg a 39Kg	≥40Kg a 44Kg	≥45Kg
		mg/Kg/ Dia	mg/Dia	mg/Dia	mg/Dia	mg/Dia	mg/Dia	mg/Dia
2RHZ	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300
	Pirazinamida	35 (30-40)	750	1.000	1.000	1.500	1.500	2.000
4RH	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300

Fonte: Brasil (2019).

O seguimento de pacientes com tuberculose pulmonar na APS deve ser realizado com consultas médicas mensais, nas quais será reavaliada a adesão ao tratamento, o número de doses tomadas, a evolução clínica, a necessidade de ajuste da dose da medicação de acordo com o peso e o resultado de baciloscopias de controle ao longo do tratamento e outros exames complementares que forem necessários. O quadro 4 resume este seguimento.

Quadro 4: Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos:

Procedimentos	1ºmês	2ºmês	3ºmês	4ºmês	5ºmes	6ºmês	OBS
Consultas	x	x	x	x	x	x	Maior frequência a critério clínico
Realizar TR para o HIV (se possível realizar os demais testes rápidos, sífilis e hepatites virais)	x						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento
Avaliação da Adesão	x	x	x	x	x	x	
Baciloscopia de Controle	x	x	x	x	x	x	Recomendação para casos pulmonares
Radiografia de Tórax	x					x	
Glicemia, função hepática e renal	x						No início e repetir a critério clínico

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

8.1 REAÇÕES ADVERSAS

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: reações adversas “menores” (Quadro 5), em que normalmente não é necessária a suspensão dos medicamentos, e reações adversas “maiores”, que normalmente causam a

suspensão do tratamento,e nestes casos o paciente deverá ser encaminhado para a referência secundária para TB.

Quadro 5: Reações adversas menores aos fármacos do Esquema Básico*

Efeitos adversos	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Condutas
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	Etambutol/ Isoniazida/ Pirazinamida/ Rifampicina	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática.
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar.
Prurido e exantema leve	Isoniazida/ Rifampicina	Medicar com anti-histamínico.
Dor articular	Isoniazida /Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou antiinflamatórios não hormonais.
Neuropatia periférica	Etambutol (incomum) Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução.
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Etambutol/ Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar.
Febre	Isoniazida/ Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

*Observações:

- Não há necessidade de alteração da composição do esquema nas reações adversas menores;

- As reações adversas menores devem ser manejadas na própria Atenção Primária;
- Como parte importante da farmacovigilância, recomendamos que as reações adversas aos medicamentos antiTB sejam notificadas à Anvisa, pelo sistema VigiMed, para o monitoramento da sua frequência.

9. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

O TDO é a principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com TB, pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde (BRASIL, 2019). Tal ação inclui a construção do vínculo e a observação da ingestão dos medicamentos, que deve ser realizada, idealmente, todos os dias da semana por profissional de saúde ou outros profissionais capacitados, desde que supervisionados por profissionais de saúde. Será considerado TDO se a observação da tomada ocorrer no mínimo três vezes por semana durante todo o tratamento (24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção em casos de tratamento padronizado por 6 meses). A observação das tomadas de medicação realizadas de segunda-feira a sexta-feira, ou pelo menos três vezes na semana, devem ser registradas no cartão de TDO.

A realização do TDO pode ser feita por profissionais de outros serviços como Centro POP, abrigos institucionais, Centros de Atenção Psicossocial – Caps e outros parceiros) desde que supervisionados (e ou capacitados) por um profissional de saúde (BRASIL, 2011). Na AB, a realização do TDO faz parte das atribuições dos ACS e deve-se considerar este profissional como importante ator para a construção do vínculo com o usuário e operacionalização da estratégia.

Importante destacar que a implementação do TDO pode se beneficiar da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma ação de fortalecimento da adesão ao tratamento. O PTS contempla a organização do cuidado por equipe multidisciplinar e pressupõe a inclusão do suporte familiar e as redes de apoio do indivíduo em tratamento. É um dispositivo de cuidado que deve ser acionado nas situações mais complexas de adoecimento, que no caso da TB são bastante recorrentes. Tais situações, em partes se configuram pela presença de determinantes sociais relacionados a não adesão ao tratamento: cenários de instabilidade financeira, de extrema pobreza, iniquidades de acesso a bens e serviços, bem como fatores

culturais, étnico-raciais e comportamentais frente ao tratamento de uma doença (BRASIL, 2019).

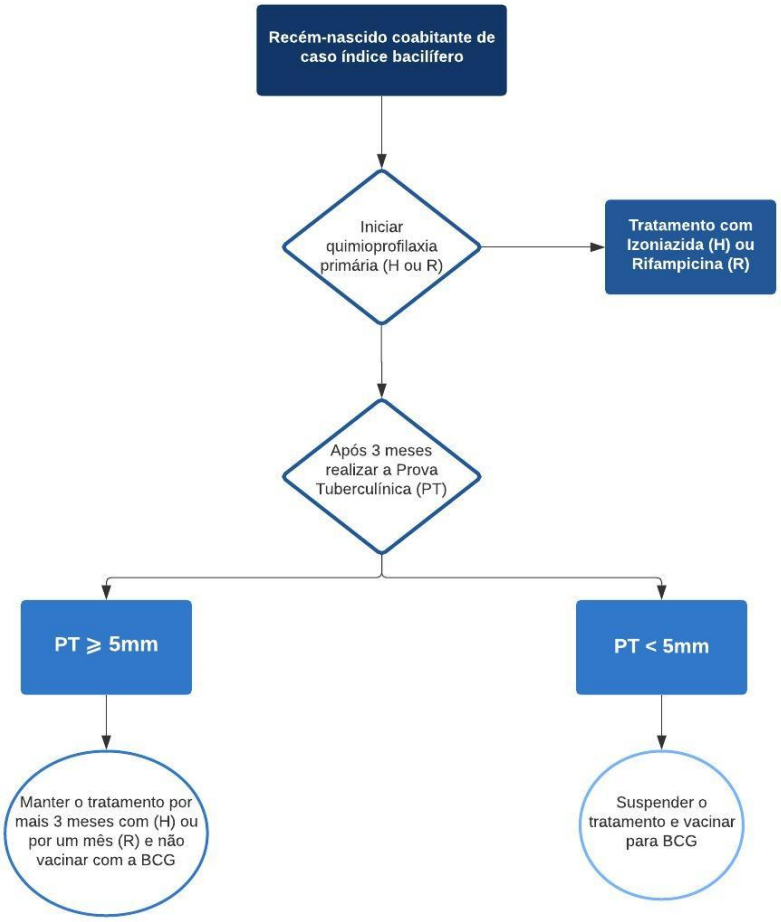
10. CONTROLE DE CONTATOS

Consiste em uma atividade programática destinada a identificar precocemente os casos de TB e, também, para identificação de indivíduos recém-infectados pelo *M. tuberculosis* no âmbito dos programas de controle da tuberculose. Para o diagnóstico precoce da TB além da busca de SR, é necessário que a AB realize investigação dos contatos de caso de TB. Denomina-se “contato de caso de TB” – toda pessoa que foi exposta ao caso índice ou caso fonte, no momento da descoberta do caso de tuberculose. Esse convívio pode ocorrer em casa, em ambientes de trabalho, em instituições de longa permanência, em escolas, dentre outros (BRASIL, 2019).

A investigação de contatos, conforme Fluxograma de Investigação de Contatos (ANEXOS IV e V), envolve a avaliação clínica com o objetivo de identificar a possibilidade de doença ativa ou da infecção latente da tuberculose (ILTB).

Recém-nascidos (RN) expostos a casos TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo *M. tuberculosis* (MTB) e desenvolver formas graves da doença. Nessas situações recomenda-se postergar a vacinação pela BCG e, após descartado tuberculose ativa, iniciar a quimioprofilaxia primária, conforme fluxograma abaixo:

FLUXOGRAMA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO TUBERCULOSA EM RECÉM-NASCIDO



Fonte: (BRASIL, 2019)

OBS: É importante salientar que antes de se iniciar o tratamento da ILTB, deve-se sempre investigar sinais e sintomas clínicos sugestivos de TB ativa.

Caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado com BCG, recomenda-se o uso de H por seis meses e não está indicada a realização da PT. Avaliar individualmente a necessidade de revacinar para BCG após esse período, já que a H é bactericida e pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG efetuada (BRASIL, 2019).

11. ILTB

A ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sem manifestação da doença ativa. Em geral, as pessoas infectadas permanecem saudáveis por muitos anos, sem transmitir o bacilo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2017a)

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da TB, tem 30% de chance de infectar-se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais (BRASIL, 2018b).

Atualmente há duas opções terapêuticas no Brasil para tratamento de ILTB: isoniazida ou rifampicina. O esquema de tratamento preferencial é com isoniazida. Neste esquema é adotada a dose de 5 a 10 mg/kg de peso para adultos (≥10 anos) e 10mg/kg de peso para crianças (<10 anos), até a dose máxima de 300mg/dia. Recomenda-se a utilização de 180 doses, que poderão ser tomadas de seis a nove meses, ou 270 doses, que poderão ser tomadas de nove a doze meses. O esquema com rifampicina a dose é 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 600 mg por dia, recomenda-se a utilização de 120 doses, que poderão ser tomadas de quatro a seis meses. O esquema com rifampicina, quando disponível, é a primeira escolha, no Brasil, em indivíduos com mais de 50 anos, em pessoas com hepatopatias, em contatos de pacientes com monorresistência ou intolerância à isoniazida, e crianças menores de 10 anos. A Rifampicina está contraindicada nas PVHA em uso de inibidores de protease e dolutegravir (BRASIL, 2020).

O tratamento de ILTB, quando indicado, deve ser realizado na AB, exceto casos com indicação de uso de Rifampicina para tratamento de ILTB, os quais devem ser encaminhados a referência secundária pela indisponibilidade da medicação na APS. Todo caso com indicação de tratamento de ILTB deve ser notificado e inserido no sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (ANEXO II). Para mais informações acesse o Protocolo de Vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil.

Não se recomenda repetir o tratamento da ILTB em pessoas que já se trataram para TB ou que já fizeram o curso completo de tratamento da ILTB, exceto em situações especiais sob indicação médica (ex: PVHA em contato com caso fonte bacilífero) (BRASIL 2019; BRASIL, 2020).

12. O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM TB NA ATENÇÃO BÁSICA

O acompanhamento dos casos de TB faz parte das ações da AB com potencial de interferir positivamente na adesão ao tratamento. Esta ação, juntamente

com a detecção dos casos da doença, diagnóstico e tratamento pelo TDO se configuram como parte do cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias.

Esse cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias na AB envolve outros profissionais, além do médico e do enfermeiro (BRASIL, 2017b). Neste sentido é importante salientar que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate à Endemias (ACE) são membros da equipe que possuem vínculo estratégico com as famílias e território (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2017b).

Embora o cuidado integral às pessoas com TB esteja, na maioria dos municípios, centralizado na unidade de referência (PMCT), cabe ressaltar que, a **AB deve ser capaz de realizar: diagnóstico de tuberculose, tratamento com esquema básico de casos de tuberculose pulmonar e laríngea bacilíferos,** implementação e realização do TDO, acompanhamento e monitoramento dos casos em tratamento e avaliação de contatos, conforme normas técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

Assim sendo, recomendamos que o processo de descentralização seja estimulado de forma segura. Inicialmente com a busca ativa de SR, realização de TDO e a avaliação de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar, sempre compartilhando estas ações com o PMCT. Contatos que forem classificados com infecção latente por tuberculose (ILTB), no âmbito da Atenção Básica, também podem iniciar o tratamento neste local, lembrando sempre de descartar tuberculose ativa.

Sugere-se como material complementar: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019).

13. TUBERCULOSE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÙDE

Quadro 6: atribuições da Atenção Básica no cuidado à tuberculose

Situações
Realizar Vacina BCG – monitorar cobertura vacinal;
Investigar os Sintomáticos Respiratórios (conforme Manual TB, 2019 – pag.193);
Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário;
Solicitar exames Complementares (RX, Exames laboratoriais);
Indicar e prescrever o esquema básico (conforme Manual de TB – pág.95), nos casos com baciloscopia positiva: Caso Novo, Recidiva pós Cura, Reingresso pós Abandono. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias e/ou TRM-TB negativos, indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias;
Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios; Livro de Acompanhamento de Casos;
Acompanhar o caso de TB do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;
Realizar controle dos faltosos, utilizando contato telefônico e Visita Domiciliar (VD) além de auxiliar a referência secundária ou terciária na busca de faltosos sempre que necessário;
Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis, (**teste rápido para HIV com resultado-não reagente, permanece acompanhando na AB**);
Investigar os contatos e tratar ILTB quando indicado (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);
Tratar quimioprofilaxia primária do Recém- Nascido (conforme Manual TB, 2019 – pág.163/164);
Realizar Tratamento Diretamente Observado (TDO);
Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado juntamente com a referência (secundária ou terciária) que acompanha o caso;
Manter acompanhamento dos casos de TB do seu município que estão tratando em outras instâncias (Referência Secundária e Referência Terciária);
Tratar efeitos adversos menores (conforme Manual TB, 2019 – pag. 128);
Oferecer apoio aos usuários em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando garantia de direitos para melhor qualidade de vida dos usuários e remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.

Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.

Quadro 7: atribuições da Atenção Secundária no cuidado à tuberculose

Situações
Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário;
Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Acompanhamento de Casos;
Solicitar exames Complementares (RX, Exames laboratoriais);
Acompanhar o caso de TB,de competência da referência, do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;

Realizar controle dos faltosos, utilizando estratégias para contato;
Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis;
Investigar os contatos, diretamente ou em parceria com AB (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);
Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado (TDO) juntamente com a referência da AB correspondente do usuário;
Elucidação diagnóstica – para pessoas com suspeita de TB pulmonar com baciloscopia negativa e/ou com apresentação radiológica atípica;
Tratamento de paciente com coinfecção TB/HIV*;
Avaliação e acompanhamento de pacientes com TB com evolução clínica desfavorável;
Tratamento de casos de TB com esquema alternativo;;
Efeitos adversos maiores (conforme Manual TB, 2019 – pag. 129);
Avaliação e acompanhamento de casos de TB extra pulmonar;
Realizar matriciamento da AB em relação aos casos complexos de tuberculose e demais dúvidas.
Tratamento de TB em menores de 10 anos;
Tratamento de ILTB com rifampicina (quando indicado);
Avaliação em casos suspeitos de falência do terapêutica.

* Em caso do profissional médico estar devidamente capacitado e apto, o atendimento destes agravos pode ser realizado na APS.
Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.

Quadro 8: atribuições da Atenção Terciária no cuidado à tuberculose

Situações
Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário
Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Acompanhamento de Casos;
Acompanhar o caso de TB, de competência da referência, do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;
Realizar controle dos faltosos, utilizando estratégias para contato;
Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis;
Investigar os contatos diretamente ou em parceria com AB (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);
Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado (TDO) juntamente com a referência da AB correspondente do usuário;
Realizar o acompanhamento bem como a contrarreferência juntamente com a referência da AB correspondente do usuário;
Casos de falência Terapêutica por resistência e resistência comprovada
Micobactérias não Tuberculosas (MNT);
Manter o acompanhamento clínico e encaminhar os casos de monorresistência, polirresistência, TB MDR e TB XDR, para a realização do TDO compartilhado na unidade básica, enviando o cartão do TDO (a ser registrado pela unidade básica) e orientações que se fizerem necessárias (regime prescrito, efeitos adversos relacionados ao esquema especial, solicitação de baciloscopia etc.);
Realizar matriciamento da AB em relação aos casos complexos de tuberculose e demais dúvidas.

Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

AUTORAS:

Carla Jarczewski - Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose/RS/HSP/SES

Janilce Dorneles de Quadros – Divisão da Atenção Primária à Saúde

Rosa Albuquerque Castro - PECT/RS/CEVS/SES

Silvana Boeira Zanella – PECT/RS/CEVS/SES

Andréia Spíndola de Campos - PECT/RS/CEVS/SES

Colaboradores:

Ana Lúcia Pecis Baggio - Coordenação Estadual de IST/Aids/DAS/SES

Carla Daiane da Silva Rodrigues - Divisão da Atenção Primária à Saúde

Equipe Divisão de Políticas de Promoção da Equidade

Equipe Técnica TelessaúdeRS-UFRGS

Fernanda Torres de Carvalho - Divisão Doenças Crônicas Não Transmissíveis/DAS/SES

Laura Ferraz - Coordenação Divisão da Atenção Primária à Saúde

Mara Pessini - HSP/SES

Consultor PECT/RS: Dr Maurício Vieira Rodrigues

Priscila Tadei Nakata Zago - HSP/SES

Rachel Cohen - IST/Aids/DAS/SES

Raissa Ballejo Canto - Divisão da Atenção Primária à Saúde

Roger dos Santos Rosa- Faculdade de Medicina/UFRGS

Simone Minghelli – Laboratório de Micobactérias /LACEN-RS/SES

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica : protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Tuberculose na atenção primária à saúde / organização de Sandra Rejane Soares Ferreira [et al]. 4. ed. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria e Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde : tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Guia de Orientação para Coleta de Escarro / Ministério da Saúde, Brasília-2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica Brasília:Ministério da Saúde, 2014

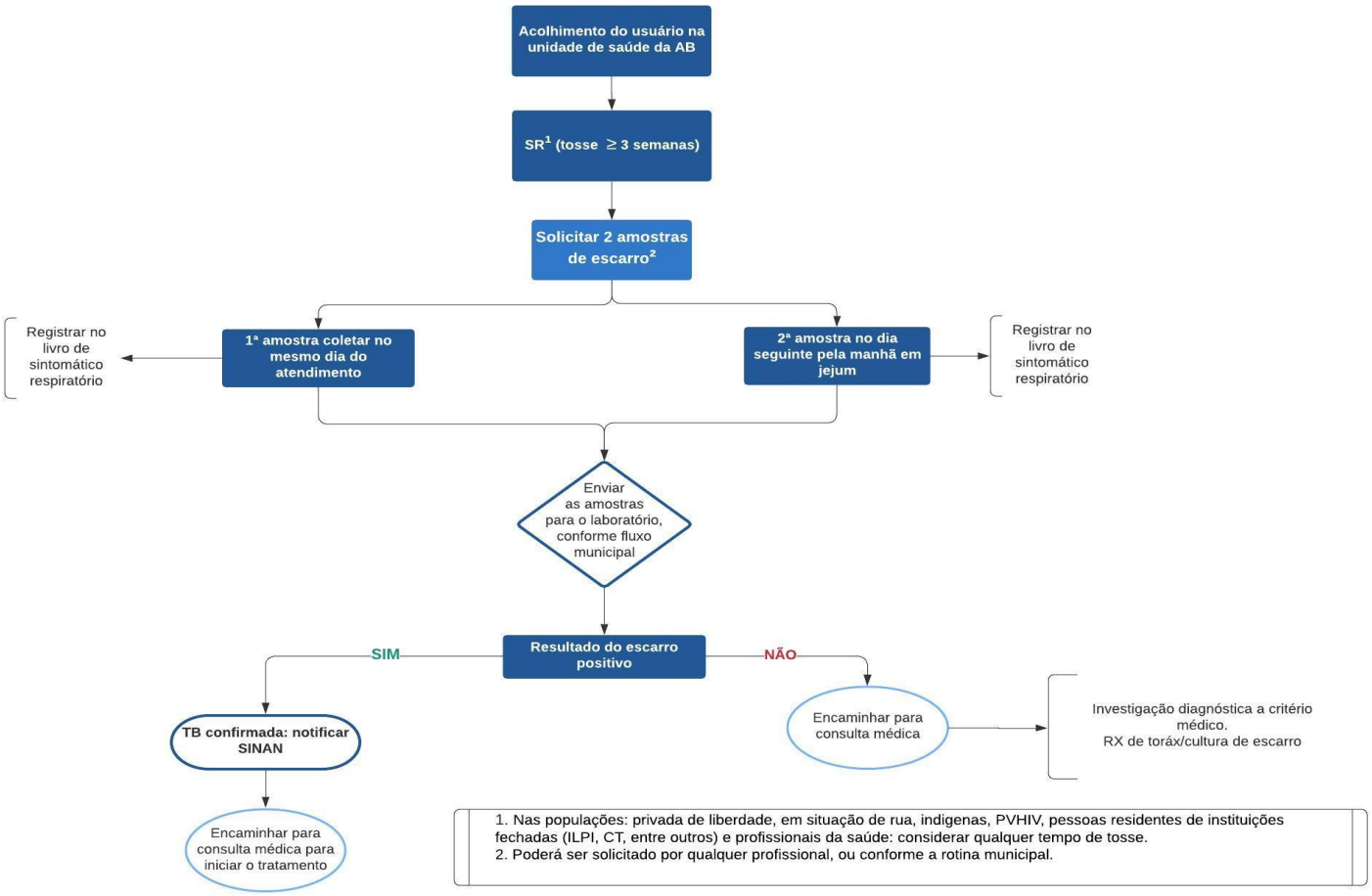
World Health Organization. Global Tuberculosis Report, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2020 Jun 19]. Available from: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020

World Health Organization. The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. [Internet]. Geneva: WHO; 2006. [cited 2020 Jun 19]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69241/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf;jsessionid=D5DFB739A9BEA26015DF7BEA8BC0399A?sequence=1

World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2020 Jun 19]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_12-en.pdf?ua=1

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

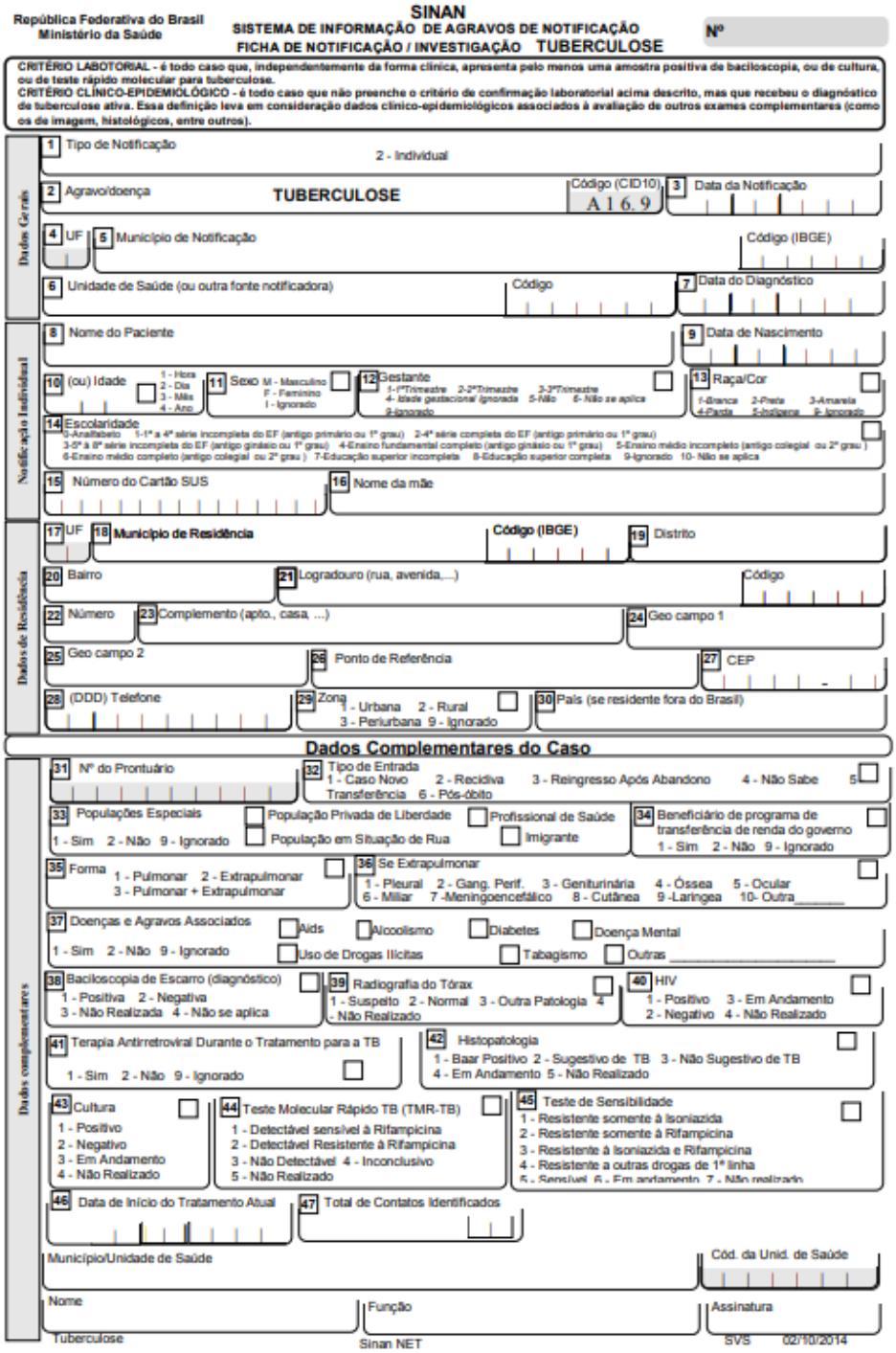
APÊNDICE I – Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na Atenção Básica



Fonte: SES/PECT (2020).

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO I – Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

Nº

CRITÉRIO LABOTORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.
CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — TUBERCULOSE — Código (CID10) A16.9 — 3 Data da Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Dados complementares

31 Nº do Prontuário — 32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 Transferência 6 - Pós-óbito

33 Populações Especiais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado — População Privada de Liberdade; População em Situação de Rua; Profissional de Saúde; Imigrante — 34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

35 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar — 36 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 -Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 -Laríngea 10- Outra_____

37 Doenças e Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado — Aids; Alcoolismo; Diabetes; Doença Mental; Uso de Drogas Ilícitas; Tabagismo; Outras _____

38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica — 39 Radiografia do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado — 40 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado

41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado — 42 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado

43 Cultura 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado — 44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) 1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado — 45 Teste de Sensibilidade 1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado

46 Data de Início do Tratamento Atual — 47 Total de Contatos Identificados

Município/Unidade de Saúde — Cód. da Unid. de Saúde

Nome — Função — Assinatura

Tuberculose — Sinan NET — SVS 02/10/2014

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II – Ficha de notificação da Infecção Latente da Tuberculose (ILT

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB

IL-TB

É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE.

DADOS DE NOTIFICAÇÃO

1) Tipo de entrada*: ( ) Caso novo ( ) Reentrada após mudança de esquema ( ) Reingresso após abandono ( ) Reexposição

2) Data da notificação*: _____/_____/_____

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

3) Nome de registro*:

4) Nome social:

5) Data de nascimento*: _____/_____/_____

6) Sexo*: ( ) Masculino ( ) Feminino

7) Gestante:** ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não ( ) Ignorado

8) Raça/cor*: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Preta ( ) Parda ( ) Ignorado

9) Cartão Nacional de Saúde: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

10) Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) Outra. País: _____

11) Nome da mãe*:

DADOS DE RESIDÊNCIA

12) UF*:

13) Município de residência*:

14) Regional de Saúde:

15) Logradouro*:

16) Nº*:

17) Bairro*:

18) Complemento (apto., casa,...):

19) CEP: __ __ __ __ __-__ __ __

20) (DDD) Telefone:

INVESTIGAÇÃO

21) Descartado TB ativa*: ( ) Sim ( ) Não

22) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB:** ( )

23) BCG*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

24) Radiografia do Tórax*: ( ) Normal ( ) Alteração sugestiva de TB ativa ( ) Alteração não sugestiva de TB ativa ( ) Não realizada

25) HIV*: ( ) Positivo ( ) Em andamento ( ) Negativo ( ) Não realizado

26) IGRA*: ( ) Positivo ( ) Indeterminado ( ) Negativo ( ) Não realizado

27) Data da coleta do IGRA: _____/_____/_____

28) Prova Tuberculínica (PT)*: ( ) Sim ( ) Não

29) Data da aplicação da última PT: _____/_____/_____

30) Resultado da última PT:** ____ ____ mm

31) Contato de TB*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( ) Ignorado

32) Nome do caso fonte:

33) Número do Sinan: __ __ __ __ __ __ __

TRATAMENTO

34) UF*:

35) Município de tratamento*:

36) Regional de Saúde:

37) Unidade de saúde de tratamento*:

38) Código CNES: __ __ __ __ __ __ __

39) Principal indicação para tratamento da ILTB*:

Sem PT e sem IGRA realizados

(1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial
(2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial
(3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/µl
(4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião
(5) Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.

PT ≥ 5mm ou IGRA positivo

(6) Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG
(7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/µl
(8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB
(9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de Prednisona por mais de um mês)
(10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora

PT ≥ 10mm ou IGRA positivo

(11) Silicose
(12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas
(13) Neoplasias em terapia imunossupressora
(14) Insuficiência renal em diálise
(15) Diabetes mellitus
(16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal)
(17) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia)
(18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia

Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)

(19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial
(20) Profissionais de saúde
(21) Trabalhadores de instituições de longa permanência

(22) Outra: _____

40) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____

41) Medicamento*: ( ) Isoniazida ( ) Rifampicina

42) Data de início do tratamento*: _____/_____/_____

PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

ENCERRAMENTO

43) Nº de doses tomadas: ___ ___ ___

44) Data do término do tratamento*: _____/_____/_____

45) Situação de encerramento*:

( ) Tratamento completo ( ) Suspenso por reação adversa ( ) Transferido para outro país ( ) Óbito
( ) Abandono ( ) Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária ( ) Tuberculose ativa

Observações:

Nome do investigador*:

Função do Investigador:

Assinatura do Investigador:

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO III – Boletim de Acompanhamento - SINAN

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

48 UF | 49 Município de Notificação Atual | Código (IBGE) | 50 Nº Notificação Atual

51 Data da Notificação Atual | 52 Unidade de Saúde Atual | Código

53 UF | 54 Município de Residência Atual | Código (IBGE) | 55 CEP

56 Distrito de Residência Atual | 57 Bairro de Residência Atual

58 Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica

☐ 1º mês ☐ 2º mês ☐ 3º mês ☐ 4º mês ☐ 5º mês ☐ 6º mês ☐ Após 6º mês

59 Número do prontuário atual | 60 Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado ☐ 1 - Sim 2-Não 9 - Ignorado | 61 Total de contatos examinados

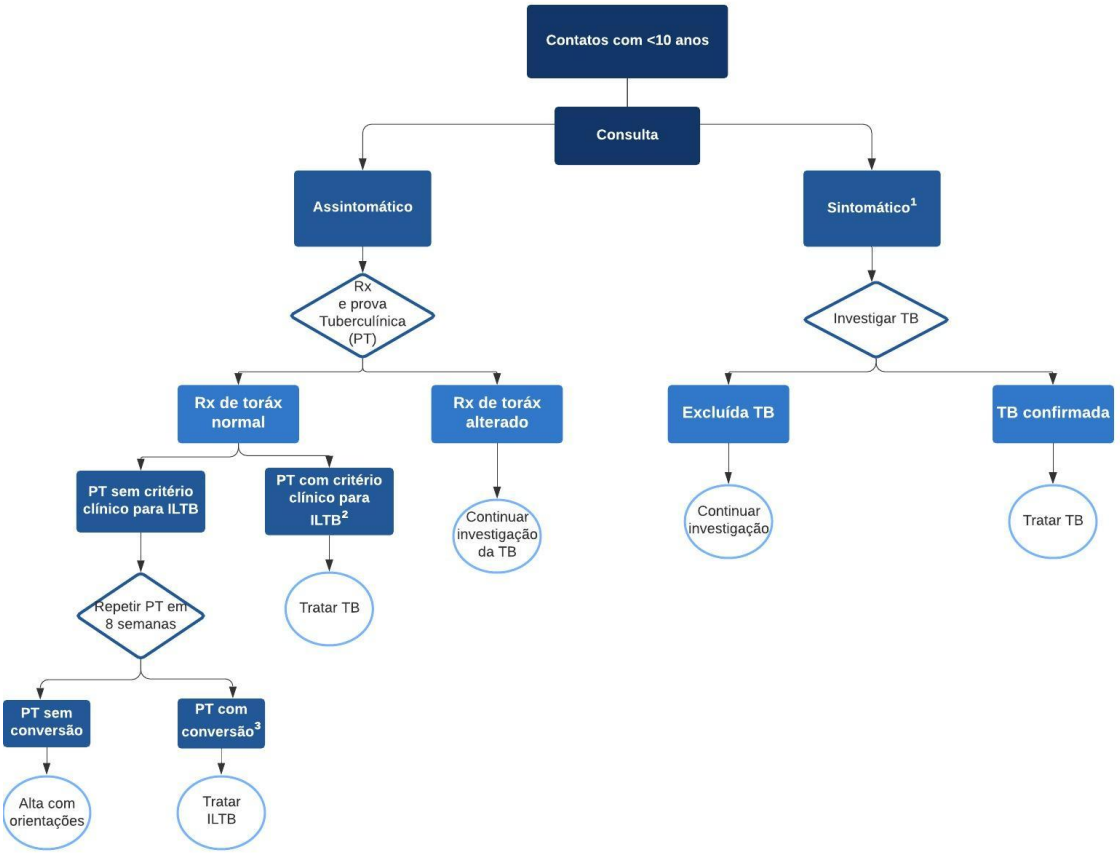
62 Situação de Encerramento ☐
1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7- TB-DR
8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário

63 Se transferência
1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado

64 UF de transferência | 65 Município de transferência | 66 Data de Encerramento

Tuberculose Sinan NET SVS 09/01/2014

ANEXO IV - Fluxograma para investigação de crianças contato (< 10 anos de idade)

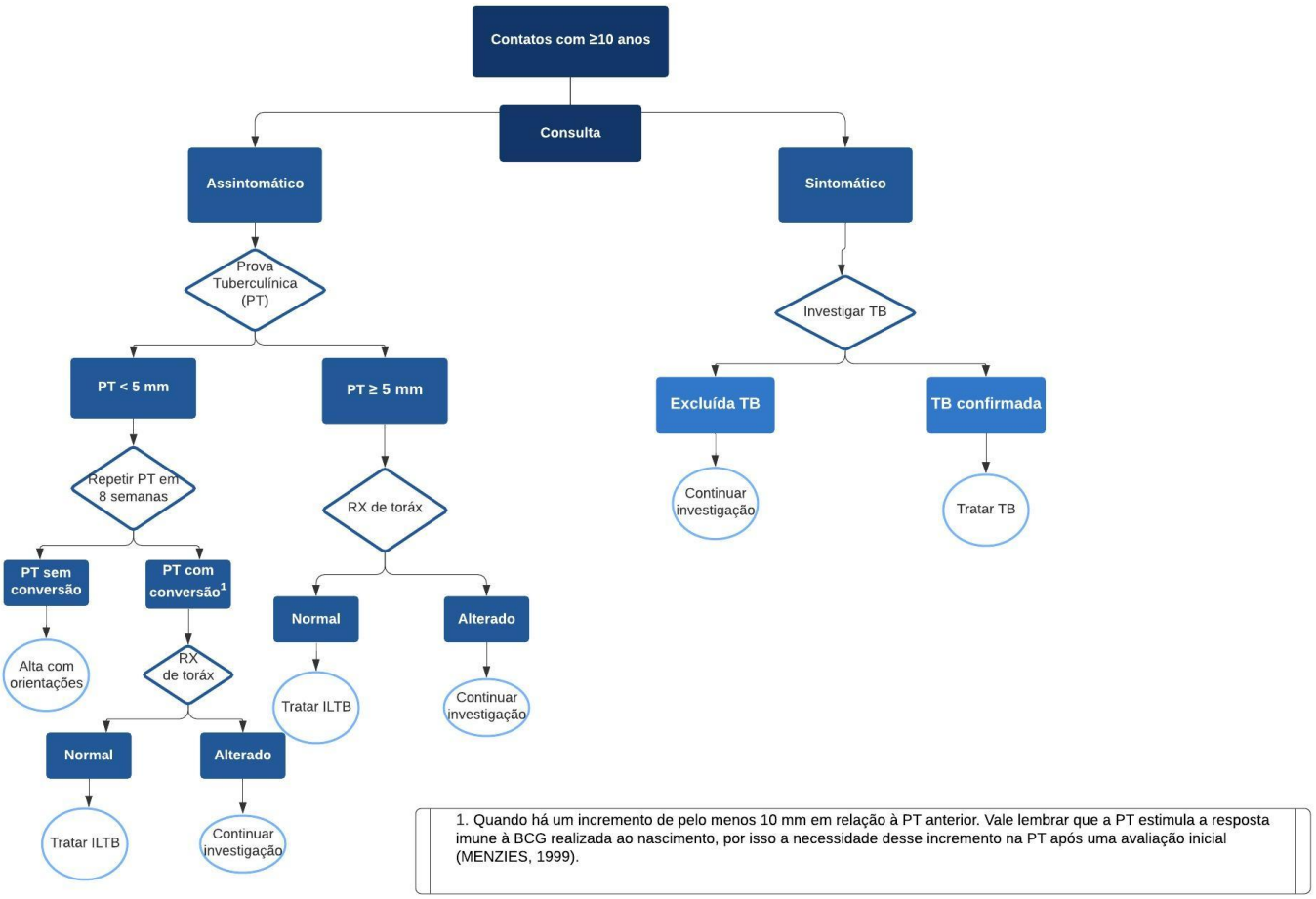


1. Consultar Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019.
2. PT (Prova tuberculínica) ≥ 5 mm em crianças contato idependentemente da vacinação com BCG.
3. Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação à PT anterior. Vale lembrar que a PT estimula a resposta imune à BCG realizada ao nascimento, por isso a necessidade desse incremento na PT após uma avaliação inicial (MENZIES, 1999).

Fonte: Adaptado do Manual TB (BRASIL, 2019).

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO V - Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (≥10 anos de idade)



Fonte: Adaptado do Manual TB (BRASIL, 2019).

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO VI: PARÂMETROS PARA DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DA TUBERCULOSE: ESTIMATIVA DE NECESSIDADES E EXAMES AO ANO

POPULAÇÕES-ALVO	Sintomáticos respiratórios OU casos suspeitos de tuberculose: 1% da população geral – estimativa nacional.
AÇÕES	Busca Ativa/diagnóstico
NÍVEIS DE ATENÇÃO	AB
PROCEDIMENTOS	Consulta médica/Enfermagem Exames complementares
PARÂMETROS PROPOSTOS	-01 Consulta médica/enfermagem de rastreamento/ano -02 baciloscopia de escarro/01 cultura com teste de sensibilidade (TSA)/caso/ano ou 01 TRM-TB (Teste Rápido Molecular para Tuberculose)/ 01 cultura caso TRM-TB positivo com TS/caso/ano -01 Radiografia de tórax /caso suspeito de tuberculose/ano + (01 Radiografia de tórax para população ingressa no sistema prisional) -01 Teste diagnóstico HIV /Caso confirmado/ano -01 Cultura para micobactéria com TSA /Caso de retratamento TB ou Suspeita em Pop. Vulneráveis (População que vive com HIV/Aids, população privada de liberdade, população em situação de rua, Indígenas e profissionais de saúde).

POPULAÇÕES-ALVO	Sintomáticos respiratórios OU casos suspeitos de tuberculose: 1% da população geral – estimativa nacional.
AÇÕES	Busca Ativa/diagnóstico
NÍVEIS DE ATENÇÃO	AAE/AH
PROCEDIMENTOS	Exames
PARÂMETROS PROPOSTOS	-1 broncoscopia/caso suspeito de tuberculose que não apresenta escarro -01 cultura com teste de sensibilidade (TSA) /ano

POPULAÇÕES-ALVO	Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional
AÇÕES	Tratamento

NÍVEIS DE ATENÇÃO	AB/AAE/AH
PROCEDIMENTOS	Terapêutica
PARÂMETROS PROPOSTOS	-01 tratamento com esquema básico OU 01 tratamento com esquema especial (quando necessário) / caso confirmado/ano -05 TDO (tratamento diretamente observado) durante todo o tratamento/caso/semana

POPULAÇÕES-ALVO	Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional
AÇÕES	Acompanhamento
NÍVEIS DE ATENÇÃO	AB/AAE
PROCEDIMENTOS	Consulta médica/enfermagem Exames Complementares
PARÂMETROS PROPOSTOS	-06 Consultas médicas e/ou de enfermagem/caso TB/ano (01 consulta/mês) -06 Baciloscopias/caso TB/ano (01 exame/mês) -01 Cultura micobactéria com TSA/com baciloscopia positiva no 2º mês de tratamento -01 Raio X tórax/caso TB/ano -01 Visita domiciliar/ caso TB/ano

POPULAÇÕES-ALVO	Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional
AÇÕES	Acompanhamento
NÍVEIS DE ATENÇÃO	AAE/AH
PROCEDIMENTOS	Consulta médica/enfermagemExames complementares
PARÂMETROS PROPOSTOS	-12 Consultas médicas e/ou de enfermagem/casos especiais de TB/ano (01 consulta/mês) -01 Cultura micobactéria com TSA/ casos especiais de TB /ano -18 Consultas médicas e de enfermagem/caso tuberculose resistente /ano (01 consulta/mês) -10 Culturas micobactéria com TSA/caso de tuberculose resistente /ano para casos (1 exame a cada dois meses) -02 Raio X tórax/caso de TB/ano (ao início e fim do

	tratamento, mais exames podem ser necessários durante seguimento conforme indicação médica) -01 tomografia/ caso de tuberculose com complicações/ano
Consulta médica com cirurgião torácico	-01 consulta/caso de tuberculose drogarresistente com indicação cirúrgica/ano

POPULAÇÕES-ALVO	Contatos (4/caso TB)
AÇÕES	Busca ativa
NÍVEIS DE ATENÇÃO	AB
PROCEDIMENTOS	Consulta médica/enfermagem / Exames
PARÂMETROS PROPOSTOS	-01 Consulta médica ou de enfermagem/Contato Identificado -02 Baciloscopias + 1 radiografia de tórax/Contato suspeito TB ativa -01 Cultura para micobactéria com TSA /Caso de contato com tuberculose resistente -01 Prova tuberculínica/Contato assintomático para investigação da ILTB −01 Radiografia de tórax/Contato assintomático com PPD≥5mm
Tratamento	01 Tratamento da ILTB/Caso de ILTB entre os contatos
Consulta médica/Enfermagem	08 Consulta médica ou de enfermagem /Tratamento da ILTB/ano (01 consulta a cada 3 meses)

POPULAÇÕES-ALVO	Menores 1 ano Considerar o preconizado pelo Programa Nacional de Imunização - PNI
AÇÕES	Prevenção
NÍVEIS DE ATENÇÃO	AB
PROCEDIMENTOS	Vacinação
PARÂMETROS PROPOSTOS	01 dose BCG/criança/ano

Fonte : BRASIL (2015)