

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de IST, HIV/Aids e Doenças Infeciosas Crônicas

PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA MANEJO DE SURTO DE TUBERCULOSE NOS POVOS INDÍGENAS

2 0 2 3



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), regulamentada pelo Decreto nº 3.156/1999 e regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, tem como objetivo garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral e diferenciada à saúde, observando suas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose e os Programas Estaduais e Municipais de Controle da Tuberculose atuam de forma complementar na execução das atividades desenvolvidas à população indígena em articulação com a Sesai, por meio dos DSEI, em todo o território nacional, visando à elaboração de ações específicas para o controle da TB, que contemplem as diversidades socioculturais, geográficas, históricas e políticas.

Atividades Programáticas Recomendadas

Busca Ativa de SR

- Recomenda-se realizar a Busca Ativa de Sintomático Respiratório (SR) em toda a população indígena de forma continuada e de maneira integrada às ações em saúde realizadas pelas Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI) nos DSEI e pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) existente no SUS. Com o objetivo de ampliar as oportunidades para detecção precoce de casos de TB nas aldeias, foi estabelecida a meta de 1% de SRs identificados, sendo que a meta pode ser aumentada de acordo com a realidade local.
- É considerado SR todo indígena com tosse, independentemente da sua duração.
- Deve ser submetido a uma avaliação clínica e realizar exames de diagnóstico laboratorial: baciloscopia do escarro e/ou Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), acrescidos de cultura e teste de sensibilidade e, quando possível, radiografia de tórax, como método auxiliar para o diagnóstico da TB.
- A coleta de escarro deve seguir as recomendações presentes no Guia de Orientações de Coleta de Escarro – Brasília – 2014 e ser encaminhada para análise ao LACEN.
- O diagnóstico da TB pulmonar na população indígena NÃO deve ser baseado na radiografia de tórax devido à maior ocorrência de infecção por micobactérias não tuberculosas (MNT) e/ou fungos que podem apresentar alterações radiológicas semelhantes.
- Importante esclarecer que a baciloscopia do escarro não diferencia o *M. tuberculosis* das MNT. Por isso é fundamental a solicitação da cultura do escarro ou do TRM-TB na investigação de tuberculose nessa população.
- Para crianças menores de 10 anos, devido à dificuldade de coleta adequada de amostras de escarro, aliado a caracterização paucibacilar dessa faixa etária preconiza-se para diagnóstico de TB ativa a aplicação do escore brasileiro que apresenta validação com consistentes sensibilidades e especificidades como sistema de apoio ao diagnóstico de TB pulmonar na infância.

Diagnóstico da tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes com baciloscopia negativa ou TRM-TB não detectado.

TUBERCULOSE CRIANÇA				
SISTEMA DE ESCORE - QUANDO AGENTE NÃO ISOLADO				
Quadro Clínico-radiológico		Contato	PT x BCG	Estado Nutricional
Sintomas há > 2 semanas + 15 PONTOS	Alteração do RX há > 2 semanas + 15 PONTOS	Contato Próximo com adulto tuberculoso nos últimos 2 anos + 10 ANOS	BCG > 2 anos c/ PT: < 5MM - 0 PONTOS 5 A 9 - 5 PONTOS 10 A 14 - 10 PONTOS ≥ 15 - 15 PONTOS	Desnutrido grave ou peso < P 10 + 5 PONTOS
Assintomático ou sintomas há < 2 semanas 0 PONTOS	Alteração do Rx há > 2 semanas + 5 PONTOS		BCG < 2 anos e PT: < 10MM - 0 PONTOS 10 A 14 - 5 PONTOS ≥ 15 - 15 PONTOS	Peso ≥ P 10 0 PONTOS
Melhora com Antib. comum ou s/ terapêutica - 10 PONTOS	Rx normal - 5 PONTOS	Contato ocasional ou ausente	Não vacinado c/ PT: < 5MM - 0 PONTOS 5 A 9 - 5 PONTOS ≥ 10 - 15 PONTOS	
≥ 40 pontos - Diagnóstico muito provável		30 a 35 pontos - Diagnóstico possível		
≤ 25 pontos - Diagnóstico pouco provável				

Tratamento da Tuberculose

Para os que residem em áreas indígenas, o tratamento da TB sensível deve ser realizado preferencialmente pela EMSI na aldeia de residência, ou pelos serviços de Atenção Básica nos municípios.

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 ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 com 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 com 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 com 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 com 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (Rational Pharmaceutical management plus, 2005; WHO, 2003). Adaptado de Brasil, 2011.

R - Rifampicina; H - Isoniazida; Z - Pirazinamina; E - Etambutol.

¹ A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

Esquema Básico para o tratamento da tuberculose pulmonar em crianças menores de 10 anos de idade e com peso inferior a 25Kg.

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	DOSE POR DIA	DURAÇÃO DO TRATAMENTO
RHZ* 75/50/150 mg	4 a 7 Kg	1 comprimido	2 meses (fase intensiva)
	8 a 11 Kg	2 comprimidos	
	12 a 15 Kg	3 comprimidos	
	16 a 24 Kg	4 comprimidos	
RH* 75/50 mg	4 a 7 Kg	1 comprimido	4 meses (fase de manutenção)
	8 a 11 Kg	2 comprimidos	
	12 a 15 Kg	3 comprimidos	
	16 a 24 Kg	4 comprimidos	

*R - Rifampicina; H - Isoniazida; Z - Pirazinamina.

Além disso, recomenda-se que os DSEI, PECT e PMCT trabalhem em parceria com as Coordenações Regionais da Fundação Nacional do Índio (CR-Funai) para a efetivação das ações para o enfrentamento da TB nas áreas indígenas. Recomenda-se, também, a identificação de outras instituições governamentais e não governamentais para consolidação de parcerias e novas estratégias de controle da doença no território.

Seguimento do Tratamento

Adesão

- A adesão aos tratamentos prescritos por equipes de saúde é um desafio constante. No caso da tuberculose, a não adesão ao tratamento pode ter consequências importantes para o paciente e para a comunidade, diminuindo a possibilidade de cura, mantendo a cadeia de transmissão e aumentando o risco de resistência aos medicamentos e de óbitos por tuberculose.
- O início do tratamento parece ser um momento crucial em que as dificuldades ocorrem com maior frequência e intensidade. É importante investir na preparação do paciente para um bom início de tratamento. Informações claras e corretas sobre a doença e seu tratamento, acolhimento e esclarecimento de representações negativas e o estabelecimento de vínculo com o serviço de saúde devem ser fortemente trabalhados nessa fase, que é determinante no processo de adesão.
- Estabelecer o TDO (Tratamento Diretamente Observado) para qualidade de adesão, pois trata-se de um monitoramento da adesão que ocorre praticamente em tempo real, não sendo necessário utilizar perguntas recordatórias para medir a adesão. Quando sob regime auto-administrado, podem-se utilizar ferramentas que auxiliem no controle da adesão, tais como impressos padronizados e caixas identificadas de comprimidos. As causas relacionadas às falhas devem ser acolhidas e discutidas para orientar sobre suas consequências e buscar soluções oportunas para o êxito do tratamento.

Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos

PROCEDIMENTOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	OBSERVAÇÕES
Consultas	x	x	x	x	x	x	Maior frequência a critério clínico.
Oferta de teste para diagnóstico do HIV	x						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento.
Avaliação da adesão	x	x	x	x	x	x	
Baciloscopias de controle	x	x	x	x	x	x	Recomendação para casos pulmonares.
Radiografia de tórax		x				x	Especialmente nos casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	x						No início e repetir a critério clínico.

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB em crianças e adolescentes

PROCEDIMENTOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	OBSERVAÇÕES
Consultas	x	x	x	x	x	x	Maior frequência a critério clínico.
Oferta de teste para diagnóstico do HIV	x						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento.
Avaliação da adesão	x	x	x	x	x	x	
Baciloscopias de controle	x	x	x	x	x	x	Recomendação para casos pulmonares somente quando houver facilidade na coleta de escarro.
Radiografia de tórax		x				x	Repetir a critério clínico.

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

Controle de Contatos

A avaliação sistemática de pessoas que foram expostas a pacientes com tuberculose pulmonar ou laríngea consiste em uma abordagem eficaz e orientada para a busca ativa de casos de TB e, também, para identificação de indivíduos recém-infectados pelo *M. tuberculosis* no âmbito dos programas de controle da tuberculose.

Definições para proceder ao controle de contatos

Avaliação de contatos - atividade programática destinada a identificar precocemente os casos de TB e as pessoas recém-infectadas pelo bacilo entre os contatos de uma pessoa com TB (caso índice).

Caso índice - é o paciente inicialmente identificado com TB em um ambiente em que outras pessoas possam ter sido expostas. É aquele em torno do qual a avaliação de contato é centrada, embora nem sempre corresponda ao caso fonte (caso infectante).

Caso fonte - é o caso infectante, não necessariamente o primeiro caso identificado (caso índice).

Contato - 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. A quantificação da exposição de risco é variável. A avaliação do risco de infecção deve ser individualizada, considerando-se a forma da doença do caso fonte, o ambiente e o tempo de exposição

*Tendo em vista que crianças com TB em geral desenvolvem a doença após contato com um adulto bacilífero, preconiza-se a investigação de todos os seus contatos, independentemente da forma clínica da criança, a fim de se identificar não somente os casos de ILTB, mas, principalmente, o caso fonte, interrompendo assim a cadeia de transmissão.

Avaliação dos Contatos

A avaliação consiste na realização de anamnese, exame físico e exames complementares nos contatos, de acordo com a presença ou ausência de sintomas. Nesse caso, consideram-se:

Contatos sintomáticos: crianças, adolescentes (≥ 10 anos de idade) ou adultos deverão realizar o exame de escarro (baciloscopia ou TRM-TB), radiografia de tórax e/ou outros exames, de acordo com a sintomatologia (seguir protocolo de Sintomático Respiratório detalhado acima).

Contatos assintomáticos: crianças, adolescentes (≥ 10 anos de idade) e adultos deverão realizar a investigação com PT (PPD) conforme esse documento (<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Tuberculose/folder-prova-tuberculínica-2016.2.pdf>) e tratar Infecção Latente por Tuberculose (ILTB), quando indicado.

Contatos assintomáticos vivendo com HIV: devem realizar o tratamento da ILTB independentemente da prova tuberculínica.

Infecção Latente por TB - ILTB

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. As pessoas infectadas, em geral, permanecem saudáveis por muitos anos, com imunidade parcial ao bacilo. Essa condição é conhecida como infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB).

Antes de se afirmar que um indivíduo tem ILTB, é fundamental excluir a TB ativa. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primoinfecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção. O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primoinfecção, mas o período de latência pode se estender por muitos anos e mesmo décadas.

Além da conversão recente, fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento. Entre eles, destaca-se a infecção pelo HIV. Outros fatores de risco incluem doenças ou tratamentos imunossupressores, idade (menor do que dois anos ou maior do que 60 anos), diabetes mellitus e desnutrição.

Tratamento ILTB

A escolha terapêutica para o tratamento de ILTB deve seguir a NOTA INFORMATIVA Nº 5/2021-CGDR/.DCCI/SVS/MS (<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2021/nota-informativa-no-5-2021-cgdr-dcci-svs-ms-1/view>).

Notificações

Notificar todos os casos sintomáticos com confirmação laboratorial.

O acompanhamento dos casos de tuberculose, bem como dos prontuários médicos, além desses, é possível obter dados/casos de tuberculose a partir de outros sistemas de vigilância do país, como por exemplo: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), entre outros.

A busca de casos de tuberculose em outras fontes de notificação pode ajudar na redução da subnotificação e no controle da doença no país.

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de Orientações para coleta de escarro/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Tuberculose/folder-prova-tuberculinica-2016.2.pdf>

file:///172.22.34.12/dstaidis/1.6%20Divis%C3%A3o%20de%20Tuber/L%C3%AdgiaTUBERCULOSE/Nota%20Informativa2023/NOTA-INFORMATIVA-N-5-RIFAPENTINA.pdf

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de IST, HIV/Aids e Doenças Infeciosas Crônicas



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE