

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

**DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS
DEPENDÊNCIAS**

PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

**RASTREIO DE TUBERCULOSE EM
UTILIZADORES NOCIVOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

Abril de 2014

Ficha Técnica

Título

Rastreio de Tuberculose em Utilizadores Nocivos de Substâncias Psicoativas

Editor

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Rua Santa Catarina, 1288

4000-447 Porto

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte, I.P.

Dr. Luís Castanheira Nunes

Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P.

Diretora

Dra. Maria Neto

Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da ARS Norte, I.P.

Coordenador

Dr. Adelino Ferreira

Autoria

Ana Maria Correia

Armanda Seabra

J. Santos Silva

Raquel Duarte

Rastreo de tuberculose em utilizadores nocivos de substâncias psicoativas

1. Contexto

A incidência de tuberculose em Portugal (22,8/100 000 habitantes em 2012 – dados provisórios) continua uma das mais altas da Europa Ocidental¹. A associação da tuberculose com o consumo de droga é bem conhecida. De acordo com os dados do Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB), cerca de 14% dos doentes com tuberculose diagnosticados em 2012 apresentou dependência ativa de, pelo menos, uma substância ilícita.

Os principais desafios enfrentados pelo sistema de saúde ao lidar com utilizadores de substâncias psicoativas com tuberculose são o seu diagnóstico tardio, a irregularidade no tratamento e o abandono^{2,3,4,5}.

Este documento tem como objetivo, uniformizar e melhorar o processo de identificação precoce dos doentes com tuberculose e melhorar o resultado do tratamento da doença, entre utilizadores de substâncias psicoativas.

Os procedimentos previstos neste documento deverão ser avaliados anualmente, podendo ser revistos e atualizados sempre que tal se justifique.

2. Metodologia do rastreio de tuberculose

O **rastreio de tuberculose ativa** (doença) é efetuado através da utilização conjunta de inquérito de sintomas (Anexo 1) e radiografia do tórax. Perante suspeita de doença ativa (presença de sintomas ou alteração radiológica) deve-se promover a prossecução do estudo diagnóstico, através do encaminhamento do utente para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) ou para a consulta de tuberculose da área de residência/área de inscrição (Anexo 2 – Lista de contactos de CDP/Consultas de Tuberculose e das unidades de intervenção local da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências). A não coincidência das áreas de abrangência dos Agrupamentos de Centros de Saúde e das Unidades de Intervenção Local da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da região de saúde do Norte não deve constituir motivo para recusa de atendimento de nenhum utente por parte de nenhum dos serviços de saúde.

O **rastreio de infeção latente por *Mycobacterium tuberculosis* (MT)** é feito com o teste tuberculínico (2 unidades PPD RT23) e teste IGRA (*Interferon gamma release assay*)^{6,7}. Os testes diagnósticos de tuberculose ativa e de infeção latente por MT atualmente disponíveis apresentam baixa sensibilidade perante estádios de imunodepressão, como a que ocorre nas situações de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Assim, o estado de imunossupressão dos indivíduos a rastrear precisa de ser conhecido previamente de modo a permitir a interpretação correta dos exames efetuados.

O tratamento da tuberculose ativa ou infeção latente pelo MT deve ser orientado por pessoal médico experiente em tuberculose e as interações medicamentosas vigiadas. Para este efeito, é importante o diálogo entre todos os clínicos envolvidos no tratamento do doente, independentemente da sua especialidade. O tratamento da tuberculose ativa deve ser efetuado em regime de toma sob observação direta (TOD), de acordo com as orientações em vigor na região de saúde do Norte. De forma a melhorar a adesão ao tratamento, deve-se privilegiar o tratamento combinado, esgotando-se todas as possibilidades existentes nos serviços de saúde. Os

CDP/consulta de tuberculose e as unidades de intervenção local da DICAD devem promover a troca de informação e os contactos necessários ao acompanhamento da adesão do doente com tuberculose ativa ao tratamento, independentemente do local onde o mesmo seja efetuado.

3. Operacionalização do rastreio

Quando um utente contacta pela primeira vez uma Unidade de Intervenção Local da DICAD da região de saúde do Norte deve ser feito o rastreio de tuberculose ativa, através da aplicação do inquérito de sintomas que consta do Anexo 1 e da realização de radiografia pulmonar (Figura 1).

Se, no decurso do rastreio inicial, o utente tiver história anterior de tuberculose e tiver antecedentes de tratamento irregular ou de abandono, deverá ser orientado para o CDP/Consulta de tuberculose, para exclusão de doença ativa e orientação terapêutica ou de vigilância.

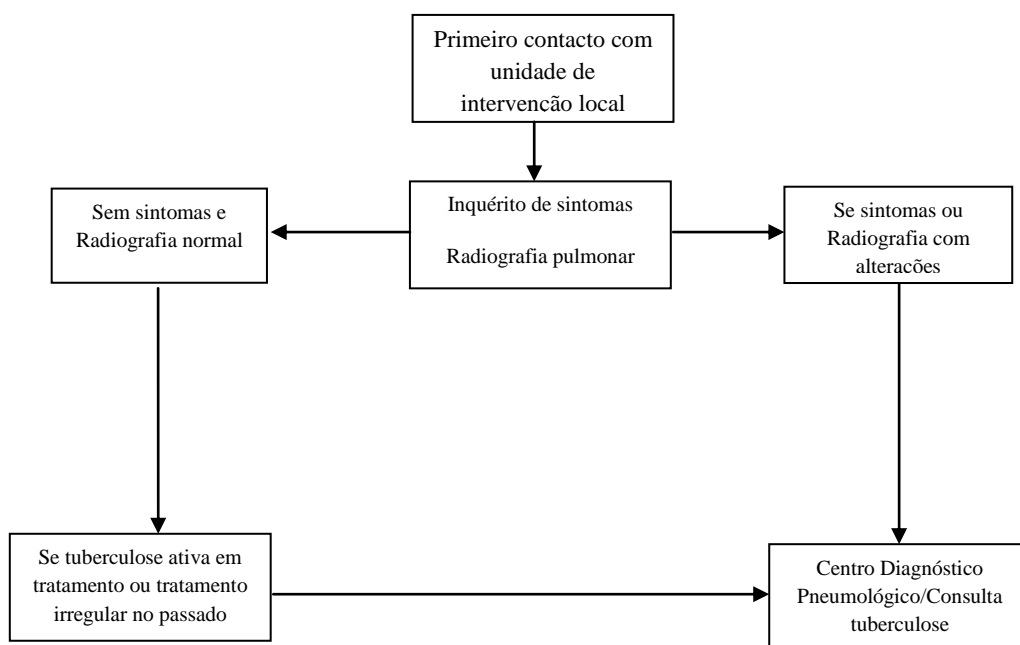


Figura 1 – Fluxograma de procedimentos para rastreio de tuberculose ativa no primeiro contacto com serviço local da DICAD da região de saúde do Norte

Se o utente estiver em tratamento, deverá ser assegurada a continuidade do mesmo, privilegiando o tratamento combinado (em local a definir com o CDP/Consulta de tuberculose), assim como deve ser assegurado que as medidas de controlo de infeção estão garantidas.

De igual forma, se, no decurso do rastreio inicial, forem identificados sintomas sugestivos de tuberculose ou alterações radiográficas suspeitas, o utente deve ser orientado para o CDP/Consulta de tuberculose.

O utente orientado para o CDP/Consulta de tuberculose deve ser portador de informação sobre hábitos de consumo de substâncias psicoativas, álcool e tabaco, assim como de patologia associada, particularmente serologia para o VIH, hepatite B e C. Essa informação deve ser enviada por fax ou correio eletrónico ao CDP/Consulta de tuberculose em formulário próprio que se encontra em anexo (Anexo 3).

No CDP/Consulta de tuberculose prossegue a avaliação do utente e programa-se tratamento ou vigilância, consoante as situações. Perante necessidade de início de tratamento de doença ativa, deve-se priorizar o regime de toma combinada, sempre sob observação direta. O clínico que observou o utente deve completar o preenchimento do formulário anexo e devolvê-lo à unidade local respetiva.

Se todo o estudo for negativo, o utente deverá ser avaliado com periodicidade anual ou mais cedo perante história de contacto conhecido com doente com tuberculose.

O rastreio de infeção latente por MT deverá ser efetuado, após exclusão de doença ativa, apenas nos utentes com história de exposição a doente com tuberculose e nos utentes com infeção pelo VIH ou outros estados de imunossupressão. O internamento de utentes em unidades de desabituação, comunidades terapêuticas ou unidades de alcoologia, não obriga à realização sistemática do rastreio de infeção latente por MT. O rastreio de infeção latente por MT pressupõe sempre que há intenção de iniciar tratamento preventivo, caso o rastreio seja positivo.

4. Medidas de controlo de infeção

Cada unidade de saúde deve organizar os seus serviços de modo a minimizar o risco de transmissão de tuberculose entre os utentes e entre os utentes e os profissionais de saúde.

Um doente com tuberculose ativa deve fazer tratamento combinado (juntando as terapêuticas antibacilares, anti-retrovirica e de substituição opióide, no mesmo local). A toma da medicação em unidades de saúde deverá ser adiada até à negatificação das culturas de expectoração. Até lá, o doente deverá fazer o tratamento em regime de internamento ou em TOD no domicílio.

Em regime de ambulatório e domiciliário, a redução do risco assenta na garantia de boas condições de ventilação em todos os espaços e na disponibilização de meios de proteção individual (máscaras cirúrgicas para os doentes e respiradores para os profissionais de saúde).

5. Circulação de informação

O atendimento dos utentes encaminhados pelas unidades de intervenção local da DICAD para os CDP/Consulta de tuberculose deve ser assegurado com a máxima brevidade possível, tendo em consideração o modelo organizativo dos serviços, não devendo ultrapassar cinco dias úteis após o pedido da unidade de intervenção local. Conforme referido anteriormente, para a partilha de informação deverá ser utilizado o modelo que se anexa (Anexo 3), o qual deverá ser entregue ao utente e enviado por fax ou correio eletrónico para o CDP/Consulta de tuberculose e, depois de completado o seu preenchimento, devolvido para a unidade de intervenção local, devendo também ser entregue ao doente um exemplar. Este duplo procedimento deverá permitir aos profissionais de saúde dos diferentes serviços o controlo da adesão dos utentes à consulta e ao tratamento. Independentemente destes procedimentos formais de circulação de informação deverão ser privilegiadas todas as formas de comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde envolvidos.

Referências

1. Perlman DC, Salomon N, Perkins MP, Yancovitz S, Paone D, Des Jarlais DC. Tuberculosis in drug users. *Clin Infect Dis*. 1995 Nov; 21(5):1253-64.
2. De Vries G, Van Hest R. From contact investigation to tuberculosis screening of drug users and homeless persons in Rotterdam. *Eur J Public Health*. 2006; 16:133-6.
3. Munro S, Lewin S, Smith H, et al. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLoS Medicine*. 2007; 4: 1230-1245.
4. WHO. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. WHO 2013. Available at: www.who.int
5. Duarte R, Amado J, Lucas H, Sapage JM; Portuguese Society of Pulmonology. Treatment of latent tuberculosis infection: update of guidelines, 2006. *Rev Port Pneumol*. 2007; 13(3): 397-418.
6. Mack U, Migliori GB, Sester M, Rieder HL, Ehlers S, Goletti D, Bossink A, Magdorf K, Hölscher C, Kampmann B, Arend SM, Detjen A, Bothamley G, Zellweger JP, Milburn H, Diel R, Ravn P, Cobelens F, Cardona PJ, Kan B, Solovic I, Duarte R, Cirillo DM; C. Lange; TBNET. LTBI: latent tuberculosis infection or lasting immune responses to M. tuberculosis? A TBNET consensus statement. *Eur Respir J*. 2009 May;33(5):956-73.
7. Cain KP, McCarthy KD, Heilig CM, Monkongdee P, Tasaneeyapan T, Kanara N, Kimerling ME, Chheng P, Thai S, Sar B, Phanuphak P, Teeratakulpisarn N, Phanuphak N, Nguyen HD, Hoang TQ, Le HT, Varma JK. An algorithm for tuberculosis screening and diagnosis in people with HIV. *N Engl J Med*. 2010 Feb 25;362(8):707-16.

Anexo 1: Inquérito de sintomas

Departamento de Saúde Pública e Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose

RASTREIO DE TUBERCULOSE EM UTILIZADORES NOCIVOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS - INQUÉRITO DE SINTOMAS

1. Identificação			
Nome: _____			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data nascimento: _____	Morada: _____	N.º Processo clínico _____
2. Antecedentes			
História anterior de tuberculose : Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			
Se sim: Ano _____ ; Local de tratamento _____ ; Medicação _____ ; Duração do tratamento (meses) _____			
Tratamento irregular e/ou abandono? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____			
Tuberculose atualmente: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			
Se sim: Data do diagnóstico ____/____/____ ; Local de tratamento _____ ; Data de início do tratamento ____/____/____ ; Medicação _____			
Outros antecedentes pessoais relevantes:			
Teve contacto com caso de tuberculose respiratória nos dois últimos anos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
VIH: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Hepatite B: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Hepatite C: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Diabetes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Outros: _____			
Hábitos:			
Drogas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Injetadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Álcool: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Tabaco: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Observações: _____			
3. Sintomas			
Tosse há mais de 3 semanas ou tosse crónica com alterações recentes			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Febre ou febrícula de predomínio noturno			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Emagrecimento			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sudorese noturna intensa			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Expetoração hemoptóica/hemoptises			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

CRI/ET: _____ ; Data de preenchimento: ____/____/____

Preenchido por (nome e função): _____

