

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIVISÃO DE TRANSMISSÍVEIS E IMUNOPREVINÍVEIS
GERÊNCIA DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA**

Recomendações acerca do Controle de Contatos e Quimioprofilaxia (primária e tratamento da infecção latente de tuberculose)

I – Introdução

A cura dos pacientes bacilíferos e o diagnóstico precoce são as ações prioritárias para diminuir a transmissão da tuberculose. Com isto podemos eliminar os casos contagiosos, gerando impacto epidemiológico.

O controle de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva e o tratamento preventivo dos contatos com maior risco de desenvolver a doença (tratamento da infecção latente ou quimioprofilaxia) são ações normatizadas e desenvolvidas, há várias décadas, que mesmo não gerando impacto epidemiológico, tem reconhecido valor na prevenção do adoecimento. Ao realizar o controle de contatos, estaremos conseguindo detectar mais precocemente casos de tuberculose, além de descobrir pacientes com maior risco de evoluir para tuberculose doença, com indicação de quimioprofilaxia (ou tratamento da infecção latente). Mais recentemente, diversos países vêm propondo a ampliação deste tratamento preventivo.

Ao decidir ampliar a recomendação de realizar o tratamento da infecção latente, é preciso avaliar a realidade de cada serviço e/ou UBS quanto a operacionalização do acompanhamento dos pacientes. Considerando que a adesão ao tratamento da infecção latente é mais difícil que o tratamento da TB doença, ao recomendá-la, deve-se avaliar se o serviço reúne as condições operacionais para garantir a conclusão do tratamento.

O Novo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Ministério da Saúde), editado este ano, recomenda que o Brasil amplie a aplicação do tratamento preventivo, sugerindo alguns critérios para isto:

- 1 – Municípios com taxa de incidência $< 50/100.000$ habitantes
- 2 – Serviços com taxa de abandono do tratamento da tuberculose $< 5\%$
- 3 – Serviços com taxa de cura $> 85\%$

O Programa de Controle da Tuberculose, da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, junto com um coletivo de profissionais experientes em tuberculose e que trabalham em diversos municípios, realizou uma avaliação das novas recomendações do PNCT e da situação atual do Estado do Rio de Janeiro e, por consenso, resolveu adotar algumas recomendações, detalhadas neste documento.

II – Considerações relativas ao Estado do Rio de Janeiro

1 - O controle de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva é uma orientação relevante, que ainda é pouco utilizada em parte significativa de nossos serviços.

2 - As indicações constantes do Guia de Vigilância Epidemiológica, em Tuberculose, editado em 2002, que já havia ampliado as indicações de quimioprevenção, para crianças até 15 anos de idade e co-infectados TB/HIV, foram pouco utilizadas.

3 - O Estado do Rio de Janeiro tem uma incidência maior que $50/100.000$ habitantes, uma taxa de abandono maior que 5% e uma taxa de cura menor que 85% , no tratamento. Nos últimos 3 anos, cerca de 56% dos municípios têm incidência menor que $50/100.000$ habitantes, 46% têm taxa de cura maior que 85% e 12% têm taxa de abandono menor que 5% . Somente 30% preenchem estes 3 requisitos, concomitantemente. No entanto, há que considerar que mesmo preenchendo estes 3 requisitos, observam-se questões operacionais que dificultam a operacionalização de diversas ações, como, por exemplo a realização das baciloskopias.

4 - Nos 19 municípios, que respondem por 85 % dos casos de tuberculose no estado (regiões metropolitanas I, II e III – capital), somente 1 município tem incidência menor que 55/100.000 habitantes, 3 têm taxa de cura maior que 85 % e abandono de, no máximo, 5 %.

Nos levantamentos sobre abandono do tratamento da infecção latente, feitos pelo PCT estadual, observamos taxas de abandono ainda maiores que no tratamento da doença.

III – Conclusões

Diante destes indicadores, o PCT estadual recomenda que, neste primeiro momento, não seja aplicado na integralidade as recomendações do PNCT referentes a aplicação do teste tuberculínico em todos contatos e tratamento da infecção latente (quimioprofilaxia). Os Programas Municipais de Controle da Tuberculose, que já atendam os critérios recomendados pelo PNCT, para adoção integral do aumento da quimioprofilaxia, e tenham condições operacionais (avaliação criteriosa dos contatos e controle dos faltosos ao tratamento) para ampliar a quimioprofilaxia, não estão impedidos de fazê-lo.

No primeiro semestre de 2011, reavaliaremos esta recomendação, em reunião a ser agendada. Recomendamos desenvolver as ações a seguir para aumento do controle de contatos e do uso da quimioprofilaxia dentro do estado, para mudança das debilidades apontadas no item anterior, seja do controle de contatos, seja do uso do tratamento da infecção latente.

IV - Recomendações

1 – Continuar o processo de descentralização das ações de controle da tuberculose para a rede de Atenção Básica, visando melhorar as taxas de cura e de abandono.

1.2 – descentralizar o tratamento dos pacientes com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva.

1.3 – descentralizar a supervisão da administração dos medicamentos para todos os casos.

1.4 – descentralizar a avaliação dos contatos dos casos de tuberculose pulmonar, prioritariamente com baciloscopia positiva, listando os contatos e realizando consulta médica e exames.

2 – Para avaliação dos contatos, seguir o fluxograma, de acordo com as figuras 1 e 2, abaixo:

Figura 1 – Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (>15 anos)

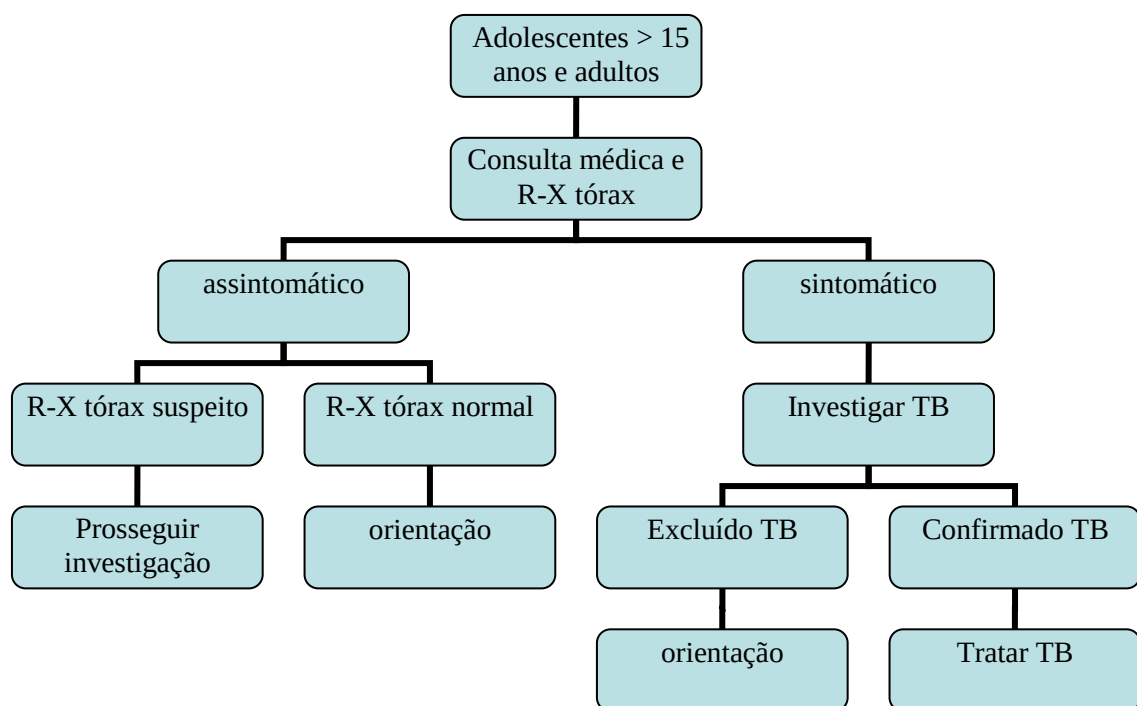
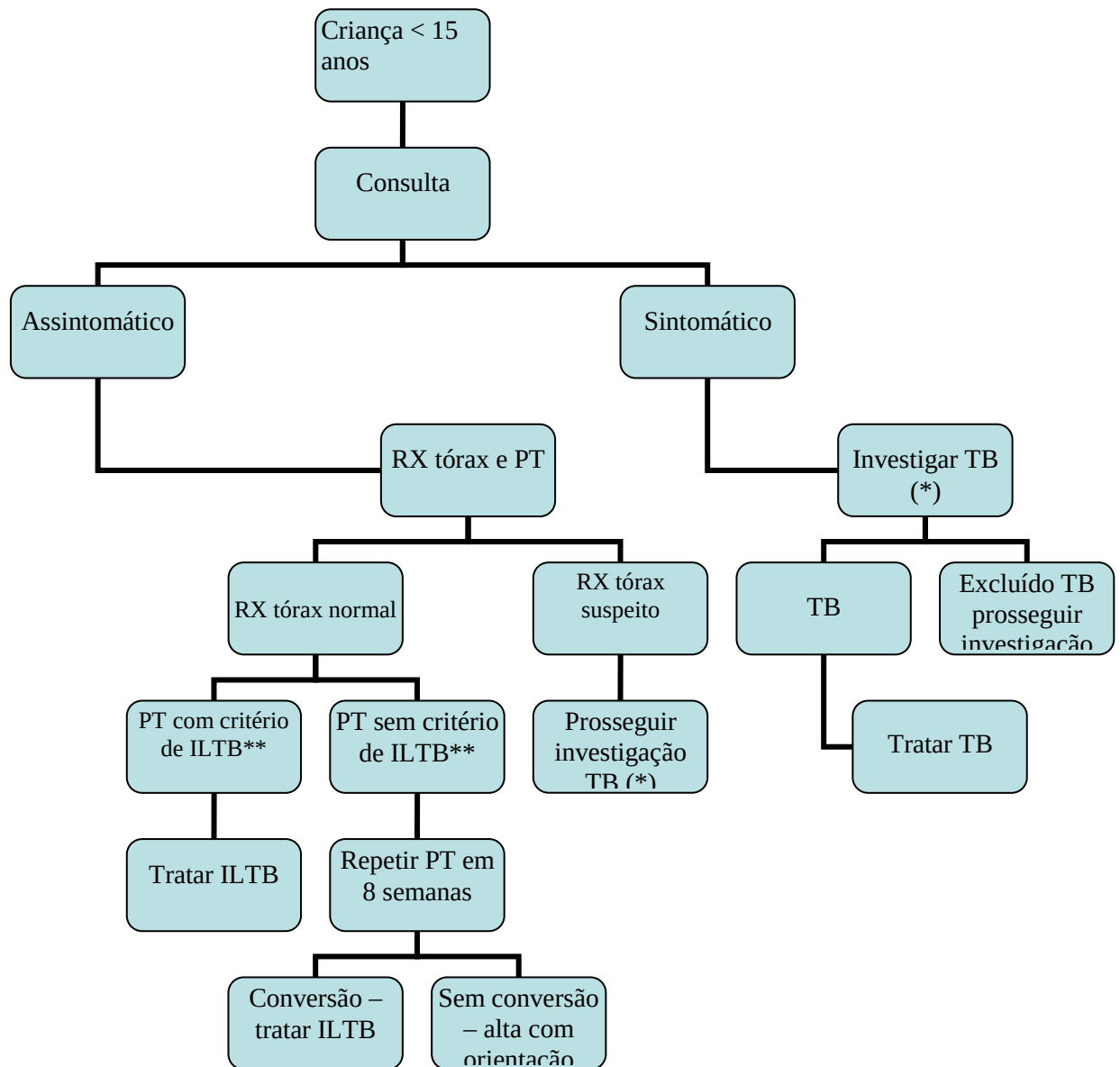


Figura 2 – Fluxograma para avaliação de contatos crianças (<15 anos)



(*) Empregar o Quadro de pontuação – ver o capítulo 4, do novo Manual TB.

(**) PT $\geq$ 5 mm (em crianças não vacinadas com BCG, vacinadas há mais de 2 anos ou portadora de condição imunossupressora); ou $\geq$ 10 mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos.

3 – Priorizar o tratamento preventivo da tuberculose seguintes situações:

3.1 – Quimioprofilaxia primária ou prevenção da infecção latente em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero.

3.2 – Quimioprofilaxia secundária ou tratamento da infecção latente:

3.2.1 – Crianças contatos de casos bacilíferos:

- Prova tuberculínica (PT) igual ou superior a 5 mm: em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora

- Prova tuberculínica igual ou superior a 10 mm: em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos.

3.2.2 – Em adultos e adolescentes (acima de 15 anos):

- PT igual ou acima de 5 mm: pacientes com HIV/AIDS, em uso de inibidores do TNF- α , alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB, transplantados em uso de imunossupressores, uso de corticóide (>15 mg de prednisona por > de 1 mês).

- PT igual ou acima de 10 mm: pacientes com silicose, neoplasia de cabeça e pescoço, insuficiência renal em diálise, diabetes mellitus tabagistas (acima de 20 cigarros /dia e calcificação isolada (semfribrose) na radiografia.

- Conversão da PT (aumento de 10 mm entre a primeira e a segunda testagem: profissional de saúde, profissional de laboratório de micobactérias, trabalhador de sistema prisional e trabalhadores de instituições de longa permanência.

3.2.3 - Situações especiais:

3.2.3.1 - gestantes: postergar o tratamento da infecção latente para após o parto; em gestante coinfetada com HIV, tratar após o 3º mês de gestação.

3.2.3.2 - pacientes com HIV/AIDS, tratar a infecção latente quando:

- a) o R-X de torax for normal mais um dos seguintes critérios:

- PT igual ou acima de 5 mm

- tiver contato com paciente bacilífero intradomiciliar ou institucional, independente da PT

- PT < 5 mm, com registro documental de ter sido PT igual ou acima de 5 mm e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia anterior.

b) R-X de tórax com presença de cicatriz compatível com lesão por TB, sem tratamento anterior (afastada possibilidade de TB ativa), independente de resultado da PT.

4 – Finalmente, recomendamos a leitura do novo Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil do PNCT, pois as orientações deste documento são somente uma aplicação prática para a realidade do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 20 de outubro de 2010.

Participantes

Alexandre Milagres (médico/ Rio de Janeiro)

Ana Alice T. Pereira Bevilaqua

Claudia Medeiros Lopes (médica/S.Gonçalo e Niterói)

Eduardo Pamplona Bethlem (médica/Rio de Janeiro)

Elizabeth Cristina C.Souares (médica/Rio de Janeiro)

Haroldo José de Matos (médico/Rio de Janeiro)

Jorge Eduardo Pio (médico /Rio de Janeiro)

José Henrique C. de Cunto (médico/Petrópolis)

Lilian Pinto de Azevedo Oliveira (médica/Porto Real)

Lísia Maria Raymundo de Freitas (médica/GPS)

Luiz Fernando C.Passoni (médico/Rio de Janeiro)

Marcilio de Almeida Reis (médico / Resende)

Marneili Pereira Martins (enfermeira)

Monica Flores Rick (médica Rio de Janeiro e Queimados)

Pedro C.Fagundes (médico/Barra Mansa)

Raquel Piller (médica/PCT-SMS do Rio)

Rossana Coimbra de Brito (médica/Rio de Janeiro)

Silvana Elena Romano (médica/Rio de Janeiro)

Thais M. Niemeyer da Rocha Monsores (médica/Vassouras)