

RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DA COINFECÇÃO TB – HIV EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

TB

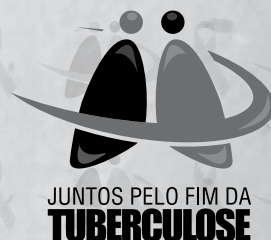


HIV



JUNTOS PELO FIM DA
TUBERCULOSE

RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DA COINFECÇÃO TB – HIV EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS



© 2013 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, 5º andar, sala 546

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-3580/3315-2531

Fax: (61) 3315-0000

EQUIPE TÉCNICA

Organização

Fernanda Dockhorn Costa

Helena Barroso Bernal

Elaboração

Grupo de Trabalho nacional em TB-HIV:

Betina Durovni

Carlos Alberto Duarte Ebeling

Eleny Guimarães Teixeira

Leda Jamal

Magda Maruza Melo de Barros Oliveira

Mauro Niskier Sanchez

Nêmera Tregnago Barcellos

Olavo Henrique Munhoz Leite

Roberto da Justa Pires Neto

Rossana Coimbra Brito

Valéria Cavalcanti Rolla

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais:

Dirceu Greco

Helena Barroso Bernal

Isabelle Mendes de Oliveira

Marcelo Araújo Freitas

Marta Storti

Ronaldo Hallal

Simone Vivaldini

Tania Cristina Gimenes Ferreira

Programa Nacional de Controle da Tuberculose:

Ana Cecília Paranaçu Fraga

Ana Wieczorek Torrens

Bernadete Falcão

Draurio Barreira

Fernanda Dockhorn Costa

Josué Lima

Olga Maira Machado Rodrigues

Patrícia Bartholomay Oliveira

Patrícia Werlang

Vânia Camargo da Costa

Cooperação técnica OPAS/OMS Brasil

Denise Arakaki-Sanchez

Giovanni Ravasi

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Síte: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Normalização

Maristela da Fonseca Oliveira – CGDI/Editora MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.

Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS / Ministério da Saúde.

Secretaria-Executiva – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

28 p. : il.

ISBN: 978-85-334-1995-7

1. Tuberculose. 2. HIV. 3. AIDS. 4. Doença sexualmente transmissível (DST). I. Título.

CDU 616.24-002.5:616.97

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0113

Títulos para indexação:

Em inglês: Recommendations for TB-HIV co infection control in Specialized Facilities for People Living with HIV

Em espanhol: Recomendaciones para el Control de la Coinfección TB- VIH en Servicios de Atención Especializada para Personas Viviendo con VIH/SIDA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
AÇÕES PRIORITÁRIAS PARA MANEJO DA COINFECÇÃO TB-HIV EM SAE	6
Investigação de TB em Todas as Consultas	6
Disponibilização de Prova Tuberculínica e Tratamento da Infecção Latente	6
Disponibilização dos Medicamentos para Tuberculose nos SAE	6
Acolhimento e Aconselhamento	7
Atendimento Clínico	7
Manejo Clínico da PVHA com TB Ativa	7
Seguimento Clínico	8
Estratégias de Adesão	9
Notificação e Vigilância Epidemiológica	10
Avaliação de Contatos de TB	10
Referenciamento de Pacientes a Outros Serviços	10
MEDIDAS DE CONTROLE DA TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE EM SAE	11
O Sintomático Respiratório no SAE	11
REFERÊNCIAS	19
ANEXOS	20
Anexo A – Instrução normativa sobre abordagem consentida	20
Anexo B – Critérios de indicação de rifabutina para PVHA com TB ativa	25

ABREVIATURAS

ARV	antirretroviral
AB	Atenção Básica
ILTB	Infecção latente da tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PS	Profissionais de saúde
PT	Prova tuberculínica
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/AIDS
SAE	Serviços de Atenção Especializada
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR	Sintomático respiratório
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TS	Teste de sensibilidade
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) ativa em pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) é a condição de maior impacto na mortalidade por Aids e por TB no país. Segundo o Relatório Global de Controle da Tuberculose desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2011, as PVHA estão 21 a 34 vezes mais propensas a desenvolver TB ativa quando comparadas à população geral. Frequentemente o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da tuberculose.

No Brasil, em 2011 foram notificados 71 mil casos novos de TB, correspondendo a um coeficiente de incidência de 37,1/100 mil habitantes. Desses, aproximadamente 60% receberam o resultado do teste anti-HIV (BRASIL, 2012a; IBGE, 2012). É importante ressaltar que, no mesmo ano, a taxa de coinfeção TB-HIV no Brasil foi de 9,9% e a de letalidade 6% – três vezes maior do que a observada na população geral (BRASIL, 2012a).

Entre as intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde para controle da coinfeção TB-HIV, destaca-se a testagem oportuna para HIV para todos os portadores de TB, por meio do teste rápido. Recomenda-se também como diretriz nacional o diagnóstico precoce da tuberculose, o tratamento da TB ativa e da infecção latente e o início oportuno da terapia antirretroviral. Além disso, recomenda-se a organização da rede de atenção à saúde de forma a garantir atenção integral aos coinfectados, estabelecendo os Serviços de Atenção Especializada (SAE) às pessoas que vivem com HIV/Aids como local preferencial para manejo desses indivíduos.

Elaborado com a colaboração do Grupo de Trabalho Nacional em TB-HIV, o presente documento tem por objetivo instrumentalizar os SAE em relação às diretrizes nacionais sobre o manejo da coinfeção, além de orientar sobre medidas de controle da transmissão da tuberculose nesses serviços. Nesse documento constam também, como anexos, os critérios de indicação do uso da rifabutina para PVHA com TB ativa e a regulamentação para abordagem consentida dos usuários nos SAE.

AÇÕES PRIORITÁRIAS PARA MANEJO DA COINFECÇÃO TB-HIV EM SAE

Conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil, o controle da coinfecção TB-HIV deve estar entre as ações programáticas prioritárias realizadas pelos Serviços de Atenção Especializada em HIV e Aids. Os serviços precisam se organizar, estruturando a equipe multiprofissional, para tratar de ações específicas relacionadas à coinfecção TB-HIV.

Investigação de TB em Todas as Consultas

A tuberculose deve ser investigada em todas as consultas de PVHA, mediante o questionamento sobre a existência de um dos quatro sintomas: febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento. A presença de qualquer um dos sintomas indica a possibilidade de TB ativa e a necessidade de investigação do caso.

Disponibilização de Prova Tuberculínica e Tratamento da Infecção Latente

A prova tuberculínica (PT) deve estar disponível no SAE e excepcionalmente poderá ser realizada em outro serviço de referência estabelecida.

O tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTb) deve ser realizado sempre que indicado (BRASIL, 2011).

A Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do Serviço de Atenção Especializada (SAE) deve disponibilizar a isoniazida para o tratamento da ILTB.

Nos estados em que a vigilância do tratamento da ILTB já foi implantada, recomenda-se a notificação do tratamento em ficha própria.

Disponibilização dos Medicamentos para Tuberculose nos SAE

As redes de atenção à saúde devem se organizar para garantir a oferta dos medicamentos para o tratamento da TB no SAE/UDM.

Já está disponível no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) gerencial a inclusão dos medicamentos da tuberculose no endereço <<http://www.aids.gov.br/gerencial>>.

Acolhimento e Aconselhamento

No acolhimento dos pacientes com coinfecção TB-HIV é importante abordar a forma de transmissão da TB e do HIV; a gravidade da coinfecção; a importância da adesão ao tratamento de ambas às doenças e da identificação dos contatos. Devem também ser abordados o estigma referente às duas doenças, os problemas sociais ou outras dificuldades que possam interferir na evolução e adesão ao tratamento.

Em todos os SAE a Abordagem Consentida (Anexo A) precisa ser adotada como rotina, para fortalecer a adesão e evitar abandono do tratamento (BRASIL, 2008).

Atendimento Clínico

Todos os pacientes deverão ser atendidos imediatamente por profissional de saúde capacitado a fim de determinar a urgência da consulta médica.

- a) **Paciente com TB oriundo de outro serviço e com tratamento já iniciado** – deverá ter acesso à consulta médica em no máximo sete dias, considerando-se a gravidade.
- b) **Paciente com TB oriundo de outro serviço e sem tratamento iniciado** – deverá ter acesso à consulta médica imediatamente e iniciar o tratamento da tuberculose no mesmo dia.
- c) **Paciente com TB oriundo da rede privada** – deverá ter garantida a dispensação dos medicamentos para tuberculose, mediante apresentação de receita médica adequada. O SAE deverá notificar o caso de TB no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
- d) **PVHA em acompanhamento no SAE com diagnóstico de TB** – deverá ter acesso ao tratamento da tuberculose e manejo da coinfecção no mesmo serviço.

Manejo Clínico da PVHA com TB Ativa

Todas as pessoas que vivem com HIV/Aids com TB ativa devem iniciar terapia antirretroviral (TARV), independentemente da forma clínica da tuberculose e da contagem de linfócitos T-CD4+ (BRASIL, 2008, 2011).

A TARV deve ser iniciada entre a 2ª e a 8ª semana após o início do tratamento para TB. Para ter impacto na mortalidade, pacientes com LT-CD4+ inferior a 200 cel/mm³ ou com sinais de imunodeficiência avançada, devem começar a TARV na 2ª semana após o início do tratamento para tuberculose. Nos demais pacientes, a TARV pode ser iniciada na 8ª semana, após o término da fase intensiva do tratamento da TB. Ressalta-se que não se recomenda o início concomitante do tratamento para ambos os agravos (BRASIL, 2008; 2011).

O ideal é que a contagem de LT-CD4+ seja solicitada antes do início da TARV. Contudo não se deve aguardar seu resultado para iniciar o tratamento (BRASIL, 2008, 2011).

Como, na maioria dos casos, a contagem de LT-CD4+ não estará disponível no momento do diagnóstico de TB, o grau de imunodeficiência poderá ser estimado pela clínica e pelos resultados laboratoriais, entre estes: perda ponderal > 10% do peso, candidíase, prurigo, diarreia crônica e contagem de linfócitos totais <1.000 no hemograma. Nessas situações, a TARV deverá ser introduzida no 15º dia do tratamento da TB ativa (BRASIL, 2008).

Mais informações:

- A *Nota Técnica nº. 421/2012* (Anexo B) orienta quanto à disponibilização e indicação de uso da rifabutina.
- As recomendações para o manejo clínico da coinfecção TB-HIV estão disponíveis nas seguintes publicações:
 - a) Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV, Consenso 2012-13. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/profissionais-saude-tratamento>> (BRASIL, 2012b).
 - b) Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/tuberculose>> (BRASIL, 2011).

Seguimento Clínico

- Consulta médica
 - a) Primeira consulta: imediata ou no máximo em até sete dias.
 - b) A partir do início do tratamento para a tuberculose, o retorno do paciente deverá ocorrer em até 15 dias. As consultas deverão ser mensais até o

final do tratamento da TB ou com maior frequência, a critério médico, conforme necessidade.

- Consulta por outros integrantes da equipe multiprofissional – Tem como objetivo promover a adesão ao tratamento, identificar intercorrências que possam interferir no uso correto dos medicamentos antiTB e antirretrovirais (ARV).
 - a) Consulta semanal nos dois primeiros meses.
 - b) Consulta quinzenal no 3º mês.
 - c) Consulta mensal a partir do 4º mês até o final do tratamento da TB.

Os SAE deverão garantir atendimento imediato às pessoas com intercorrências clínicas (reações adversas, interações medicamentosas ou reações paradoxais) ou referenciar a outro serviço, caso necessário.

Estratégias de Adesão

Considerando a maior proporção de abandono, falha ao tratamento e ocorrência de eventos adversos em pessoas com coinfecção TB-HIV, a intensificação de estratégias de adesão ao tratamento de ambos os agravos é uma prioridade.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) deve ser universal e está indicado a todos os pacientes com tuberculose (BRASIL, 2011). O SAE deve se articular com as unidades da Atenção Básica para realizar o TDO compartilhado (BRASIL, 2011). Caso haja possibilidade, o TDO poderá ser realizado no SAE.

Para os pacientes com coinfecção TB-HIV, as ações de intensificação de adesão devem ocorrer independentemente do curso do TDO. Esses indivíduos necessitam de avaliação constante, manejo adequado e escuta qualificada para os diferentes contextos individuais, provendo abordagens resolutivas e adequadas.

Caso o TDO não esteja disponível, recomenda-se a dispensação dos medicamentos antiTB com periodicidade máxima de 30 dias.

Notificação e Vigilância Epidemiológica

O SAE deve notificar o caso de tuberculose no Sinan oportunamente e alimentar os boletins de acompanhamento até o encerramento do caso. Ressalta-se que os pacientes com TB referidos de outras unidades devem ser notificados novamente no Sinan.

Recomenda-se a utilização do livro de registro e acompanhamento dos casos de TB ("livro verde"), por representar uma ferramenta útil no monitoramento dos pacientes com TB e na gestão do serviço.

Avaliação de Contatos de TB

A responsabilidade de avaliação dos contatos de tuberculose é da Atenção Básica (AB). A informação do número de contatos examinados no boletim de acompanhamento do Sinan é de responsabilidade do SAE, a partir da informação coletada da Atenção Básica. O SAE deve trabalhar em parceria com a AB para garantir que a avaliação de contatos ocorra e para ter acesso à informação desses casos.

A avaliação de contatos pelas unidades da Atenção Primária deve garantir a confidencialidade do diagnóstico de HIV do caso índice.

Referenciamento de Pacientes a Outros Serviços

- Casos de resistência aos medicamentos de tuberculose deverão ser encaminhados às referências terciárias de TB, para definição do melhor esquema terapêutico antituberculose. No entanto, o SAE continuará responsável pelo manejo clínico e acompanhamento desses pacientes.
- Efeitos adversos menores ao tratamento da tuberculose deverão ser manejados no SAE.
- Efeitos adversos maiores poderão ser manejados no SAE, dependendo da estrutura local, ou encaminhados a outras referências secundárias da TB.
- Recomenda-se a comunicação regular entre as unidades, sobretudo no que se refere ao manejo de toxicidades e interações medicamentosas.

MEDIDAS DE CONTROLE DA TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE EM SAE

Todo ambiente onde circulam pacientes que produzam aerossóis contendo *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo da tuberculose) oferece algum risco de transmissão. Para diminuí-lo é preciso considerar alguns pressupostos:

- A transmissão da tuberculose se faz por via respiratória, pela inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente com TB ativa de vias aéreas, salvo raríssimas exceções (BRASIL, 2011).
- Quanto maior a intensidade da tosse e a concentração de bacilos no ambiente e quanto menor a ventilação desse ambiente, maior será a probabilidade de infectar os circunstantes (BRASIL, 2011).
- Com o início do tratamento adequado e o uso correto de medicamentos antiTB, a transmissibilidade diminui rapidamente em duas a três semanas. Portanto, deve-se priorizar ações preventivas para os pacientes com maior risco de transmissibilidade, aqueles não diagnosticados (sintomático respiratório) ou nas primeiras duas semanas de tratamento (BRASIL, 2011).
- Ocorrendo infecção pelo bacilo da TB, as pessoas com maior risco de adoecer são aquelas com a imunidade comprometida (BRASIL, 2011).
- Dentre as ações de controle da coinfeção TB-HIV direcionadas ao SAE, as medidas de controle da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* representam uma prioridade, já que o desenvolvimento de TB ativa pode ocorrer mesmo em pessoas que já estão em acompanhamento clínico nos SAE (BRASIL, 2011).

O Sintomático Respiratório no SAE

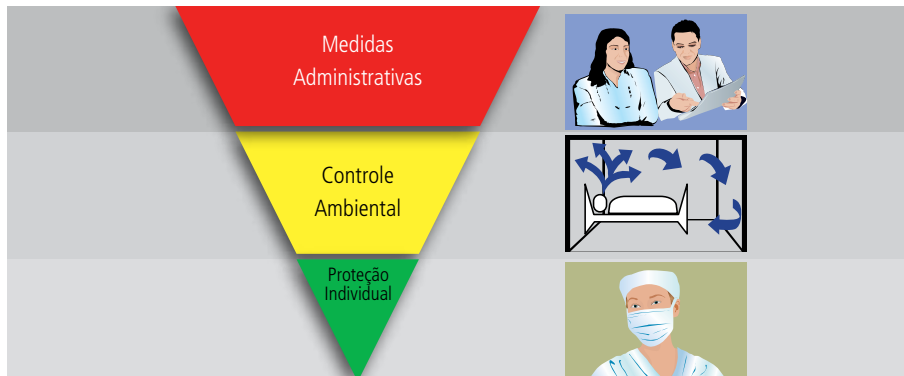
A definição de sintomático respiratório (SR) utilizada nacionalmente é: pessoa com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (BRASIL, 2011). No entanto, considerando-se as especificidades da PVHA, recomenda-se o período de duas semanas para definição de SR.

A busca ativa de SR é uma atividade de saúde pública que deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde, uma vez que tem grande impacto na interrupção precoce da cadeia de transmissão da tuberculose (BRASIL, 2011). Os SAE precisam viabilizar todas as etapas da estratégia operacional de busca ativa descritas a seguir:

- Interrogar sobre a presença e duração da tosse, independentemente do motivo da procura.
- Orientar os SR na coleta do escarro para realização de baciloscopias e cultura com identificação de espécie e teste de sensibilidade (TS).
- Coletar duas amostras de escarro, uma no momento da identificação e outra no dia seguinte.
- Registrar as atividades nos instrumentos padronizados (pedido de baciloscopia e Livro de Registro de Sintomático Respiratório – PNCT).
- Estabelecer fluxo para conduta nos casos positivos e negativos à baciloscopia.
- Avaliar rotineiramente a atividade da busca por meio dos indicadores sugeridos: proporção de sintomáticos respiratórios examinados, proporção de baciloscopias positivas e proporção da meta alcançada.

As medidas de controle de transmissão (figura 1) dividem-se em três categorias: administrativas (gerenciais), de controle ambiental (ou de engenharia) e de proteção individual (BRASIL, 2011; FUJIWARA et al., 2012; PERU, 2005; WHO, 1999; 2009; CDC, 2005).

Figura 1 - Medidas de controle da transmissão da tuberculose



Fonte: Peru, 2005.

a) Medidas administrativas

As medidas administrativas, isoladamente, são as mais efetivas na prevenção da transmissão da tuberculose e devem ser priorizadas. Essas medidas estão relacionadas a rotinas e protocolos e previnem a geração de partículas infectantes na unidade, reduzindo assim a exposição de profissionais de saúde e usuários do serviço.

Tendo em vista que não é possível eliminar completamente a geração e a exposição às partículas infectantes, as medidas de controle ambiental e proteção individual são complementares a essas ações. São relacionadas à prática do trabalho cotidiano e fazem parte da primeira linha na prevenção da disseminação da TB em unidades de saúde. Considerando o percurso e o tempo de permanência do paciente com TB nos diferentes locais da unidade, devem-se propor mudanças na organização do serviço, no treinamento dos profissionais e na reorganização do atendimento.

Essas providências, além de pouco onerosas, têm grande efeito na redução do risco de transmissão da doença. As medidas administrativas visam:

- Desenvolver e implementar políticas escritas e protocolos para assegurar rápida identificação, isolamento respiratório, diagnóstico e tratamento de pessoas com provável TB pulmonar.
- Proporcionar educação permanente dos profissionais de saúde para diminuir o retardo no diagnóstico de TB e promover seu adequado tratamento.

Para prevenção da transmissão da tuberculose nas unidades de saúde, devem ser implementadas as seguintes etapas:

Cinco etapas para prevenção da transmissão de TB em unidades de saúde		
Etapas	Ação	Descrição
1	Rastrear	Reconhecer o SR ou paciente com TB pulmonar ativa é o primeiro passo nas medidas administrativas. Pode ser obtido com a preparação de um profissional de saúde para realizar a busca ativa de SR em todo paciente que chega a unidade, interrogando a presença e duração da tosse.
2	Educar	Oferecer ao SR máscara cirúrgica para uso durante sua permanência na unidade e instruí-lo com relação à etiqueta da tosse (levar o braço ou lenço à boca quando tossir).
3	Separar	SR ou pacientes com TB de vias aéreas em atividade ainda infectantes devem esperar atendimentos ou procedimentos em áreas bem ventiladas.
4	Priorizar	Priorizar o atendimento do paciente no serviço, independentemente do motivo da procura. O paciente deve passar à frente na fila de consultas, exames e/ou dispensa de medicamentos.
5	Investigar TB	Proceder à investigação necessária para afastar ou confirmar o diagnóstico de TB nos SR.

Fonte: Adaptado de WHO, 1999.

Recomenda-se designar uma ou mais pessoas para elaborar e monitorar o plano de controle da TB, adaptado às condições da instituição.

Plano de controle de infecção tuberculosa em SAE
• Identificar responsáveis por elaborar e monitorar o plano. • Fazer um diagnóstico da situação da coinfecção na unidade com os principais indicadores relacionados às duas doenças. • Identificar responsáveis pelas etapas previstas no plano. • Estudar o fluxo do paciente na unidade e propor o correto e ágil encaminhamento do SR e dos doentes com TB pulmonar ativa. • Identificar problemas relacionados à adequada ventilação do ambiente, propor e encaminhar soluções. • Identificar problemas relacionados à disponibilidade de insumos – como potes e máscaras – propor e encaminhar soluções. • Identificar e agilizar o fluxo de baciloscopia, cultura, identificação de espécie, TS, radiografia de tórax, além de exames de maior complexidade para o diagnóstico de TB em PVHA. • Treinar profissionais de saúde. • Programar educação permanente para pacientes e comunidade.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

b) Medidas de controle ambiental

Esse grupo de medidas inclui adaptação de mobiliário, adaptação dos espaços de atendimento com eventuais reformas ou construção de espaços adequados com o objetivo de melhorar a ventilação e iluminação de locais de atendimento e espera.

A adequação de unidades já existentes deve ser considerada. Na maioria das vezes, é possível obter soluções que diminuam o risco de transmissão de TB somente a partir da adaptação dos locais e do mobiliário existentes, sem a necessidade de obras ou investimentos maiores.

Para cumprir seus objetivos, o SAE deve ser projetado e construído com infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas, de acordo com as normas vigentes (RDC nº 50/2002; Lei nº 6.360/1976, e suas atualizações).

Inicialmente é preciso observar e escolher ambientes de permanência bem ventilados. Havendo condições, devem ser designadas áreas externas para espera de consultas, como varandas com proteção do sol e da chuva.

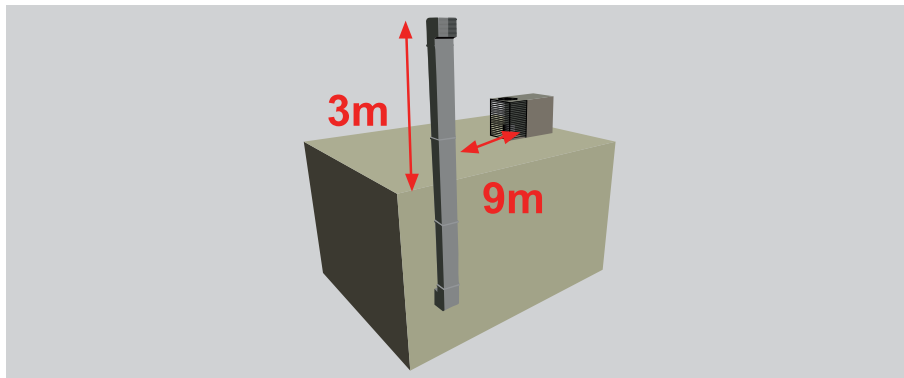
Exaustores ou ventiladores devem ser posicionados de forma que o ar dos ambientes potencialmente contaminados se dirija ao exterior e não aos demais cômodos da instituição.

Especial cuidado deve ser observado nas áreas de coleta de escarro. De preferência esta ação deve ocorrer em área externa da unidade, resguardando a privacidade do paciente. Nunca utilizar cômodos fechados, como banheiros, para esse procedimento.

O escarro induzido só deve ser realizado em salas com condições adequadas de biossegurança. É um procedimento que estimula a produção de aerossóis. Esses locais devem dispor de renovação do ar de pelo menos seis vezes por hora, em unidades antigas, e 12 a 15 vezes em unidades recém-projetadas, além de pressão negativa em relação aos ambientes contíguos.

Em geral, a pressão negativa pode ser obtida apenas com exaustores. A descarga do ar exaurido deve ser direcionada para o exterior da unidade, para locais afastados de outros pacientes, dos profissionais de saúde e de sistemas de captação de ar. Para isso, se necessário, o exaustor pode ser conectado a um duto, para que a descarga de ar se faça a, pelo menos, 9m de qualquer abertura externa do ambiente (como janelas, vãos de entrada de pessoas etc.) e a uma altura de 3m acima do teto da construção (figura 2), levando-se em consideração a direção dos ventos predominantes (PERU, 2005).

Figura 2 - Localização dos dutos de ar conectados a exaustores



Fonte: Peru, 2005.

Caso não seja viável esse direcionamento, uma alternativa é a utilização de filtros de alta eficiência para ar particulado (filtros Hepa – *High Efficiency Particulate Air*), que eliminam os bacilos em suspensão, permitindo que o ar seja descarregado em ambientes onde circulem pessoas. A manutenção de filtros e exaustores deve ser estabelecida e monitorada pelo plano de controle local.

Consultórios precisam ser arejados, com entrada de luz solar e janelas abertas. Ventiladores direcionados para janelas podem contribuir para criar um direcionamento do fluxo de ar para área externa. Exaustores exercem essa função de forma mais eficaz. Quando adquiridos, devem levar em consideração a capacidade do equipamento e o volume de ar da sala que deve ser trocado cerca de seis a 15 vezes por hora.

A instalação de aparelhos de ar condicionado em consultórios dificulta a obtenção de exaustão adequada. Em locais muito quentes, cuja utilização de aparelhos de ar condicionado proporciona conforto adicional, estudo de fluxo e adequação do exaustor, com trocas adequadas ao condicionador de ar, pode ser feito por profissionais qualificados. Alternativamente, o aparelho de ar condicionado pode ser utilizado nas salas comuns, reservando-se uma sala com ventilação natural, bem iluminada ou com exaustores e ventiladores, direcionando o fluxo para o atendimento do paciente com suspeita de TB, identificado na busca ativa.

Os projetos para construção ou adaptação de ambientes para atendimento de PVHA, levando em consideração os riscos de transmissão de tuberculose, devem envolver profissionais de arquitetura/engenharia e profissionais de saúde que conheçam o fluxo e o tipo de paciente atendido (TAVARES; GONÇALVES; BRAGA, 2012).

c) Medidas de proteção individual

As medidas de proteção individual consistem no uso correto de máscaras adequadas, por profissionais de saúde, em situações e ambientes de maior risco (figura 3).

O uso de máscaras (respiradores) no atendimento de SR ou pacientes com TB deve ser feito de forma criteriosa. Muitos profissionais dedicam a esse item valor prioritário, negligenciando medidas administrativas e de controle ambiental, que certamente têm maior impacto na sua proteção e dos demais pacientes.

Somente as máscaras tipo PFF2 – padrão brasileiro e da União Europeia –, ou N95 – padrão dos Estados Unidos –, são eficazes para a proteção de profissionais de saúde. As máscaras devem ser utilizadas somente em áreas de alto risco de transmissão, como quartos de isolamento respiratório, sala de escarro induzido, ambulatório para atendimento referenciado de SR, bacilíferos e portadores de TB, com suspeita de resistência ou resistência comprovada aos medicamentos da tuberculose.

Figura 3 - Medida de Proteção Individual



Fonte: Foto cedida pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2012.

No SAE, a máscara deve ser usada por profissionais que assistem pacientes na sala de escarro induzido e podem ser utilizadas na sala em que o paciente com TB pulmonar ainda infectante ou SR será atendido. No entanto, o uso de máscaras pelos profissionais de saúde somente durante o atendimento é de pouca utilidade. Isso ocorre porque, quando o paciente deixa o local de atendimento, os bacilos permanecem no ambiente por até mais de oito horas, dependendo da ventilação e iluminação.

É necessário treinamento especial para uso das máscaras PFF2 ou N95, uma vez que devem ser perfeitamente adaptadas ao rosto do trabalhador. Essas máscaras podem ser reutilizadas desde que estejam íntegras e secas. Para melhor conservação, elas devem ser guardadas após o uso em envelopes de tecido (tipo panos de limpeza com poros) ou de papel, nunca em sacos plásticos. Além disso, não se deve escrever nas máscaras ou amassá-las.

Mais informações sobre Controle de Infecção:

- Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. <<http://www.saude.gov.br/tuberculose>>;
- Manual de Recomendações para Projetos de Arquitetura de Ambientes de Tratamento da Tuberculose. Projeto Fundo Global Tuberculose - Brasil. <<http://www.saude.gov.br/tuberculose>>;
- Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões. Projeto Fundo Global Tuberculose- Brasil. <<http://www.saude.gov.br/tuberculose>>.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. Consenso 2008. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de manejo clínico e vigilância epidemiológica da influenza**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_de_manejo_clinico_05_08_2009.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Crítérios para início da TARV**. Suplemento II, fev./2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/profissionais-saude-tratamento>>. Acesso em: jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da TB. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)**. 2012a. Disponível em: <www.saude.gov.br/tuberculose>. Acesso em: jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. Consenso 2012-13. Brasília, 2012b.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for Preventing the Transmission of **Mycobacterium tuberculosis** in Health-Care Settings, 2005. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, v. 54, n. RR-17, 2005.

FUJIWARA, P. I. et al. **Implementing collaborative TB-HIV activities**: a programmatic guide. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: jun. 2012.

PERU. Ministerio de Salud. **Control de Infecciones de Tuberculosis en Establecimiento de Salud**. Lima, 2005. (Módulo de Capacitación).

TAVARES, D. P.; GONÇALVES, M. L. C.; BRAGA, P. R. **Recomendações para projetos de arquitetura de ambientes de tratamento da tuberculose**. Rio de Janeiro: Corba Editora Artes Gráficas, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis infection control in the era of expanding hiv care and treatment Addendum to WHO Guidelines for the Prevention of Tuberculosis in Health Care Facilities in Resource-Limited Settings**. Geneva, Switzerland, 1999.

_____. **Global tuberculosis control 2011**. Geneva, Switzerland: Dec. 2011.

_____. **WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households**. Geneva, Switzerland: WHO/HTM/TB, 2009.

ANEXOS

Anexo A – Instrução normativa sobre abordagem consentida

GABINETE DO MINISTRO INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007

Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, conforme inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição Federal, e considerando que a saúde é direito fundamental assegurado nos art. 6º e 196 da Constituição Federal;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando que a promoção da saúde, o diagnóstico precoce e acesso ao tratamento são os objetivos dos serviços de saúde;

Considerando que o acesso e incentivo ao teste para o HIV e outras DST não se limitam apenas à realização dos mesmos, mas se estende ao conhecimento do resultado do exame pelo usuário;

Considerando que o conhecimento do resultado da testagem para HIV e outras DST, possibilita a adoção de medidas preventivas e o início do tratamento precoce, melhorando a qualidade de vida do usuário;

Considerando que a realização do exame de detecção do HIV e demais DST devem contemplar o aconselhamento pré-teste e pós-teste, quando da realização do exame e da entrega do resultado ao usuário;

Considerando a necessidade de se cumprir o direito de confidencialidade do resultado do teste realizado pelo usuário;

Considerando a necessidade de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde para o recebimento de resultados de exames e redução do abandono ao tratamento; e

Considerando a necessidade de agilidade no fluxo estabelecido entre a coleta do exame e a entrega dos resultados em curto espaço de tempo, resolve:

Art. 1º Esta Instrução Normativa estabelece os procedimentos e as condutas para a abordagem de pessoas submetidas a testes capazes de diagnosticar o HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, e que não retornam ao estabelecimento de saúde para dar conhecimento dos resultados dos exames, bem como às que não comparecem ao tratamento já em curso.

§ 1º A abordagem consentida é o contato, mediante autorização prévia, obtida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante no Anexo desta Instrução Normativa, com os usuários que não retornam às unidades de saúde para receber os resultados de testes realizados para HIV e outras DST, ou com os que não comparecem ao tratamento.

§ 2º Respeitado o direito à privacidade, será garantido ao usuário o direito de decidir pelo contato, ou não, bem como o melhor meio de estabelecimento deste contato pelo serviço de saúde.

Art. 2º A abordagem consentida, a ser executada por profissionais de saúde capacitados para essa ação e deve ser realizada junto aos usuários que não compareceram para receber os resultados dos testes realizados para HIV e outras DST, que só serão conhecidos com a presença do usuário no serviço de saúde.

§ 1º A abordagem consentida de pessoas que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST e não retornam para conhecer os resultados dos exames deverá limitar-se ao convite para o comparecimento ao serviço de saúde.

§ 2º Os resultados dos testes a que se refere o caput deste artigo só serão conhecidos com a presença do usuário no serviço de saúde.

Art. 3º O contato para comparecimento ao serviço de saúde deve ser realizado diretamente com o usuário ou excepcionalmente com alguém previamente autorizado por este, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante do Anexo desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. Em hipótese alguma, o usuário deverá ser exposto a qualquer forma de constrangimento.

Art. 4º No processo de aconselhamento pré-teste, o serviço de saúde a apresentará ao usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a abordagem consentida, bem como a forma de contato com o usuário que será realizado por intermédio de correio, contato telefônico, mensagem eletrônica ou visita domiciliar, devendo ser definida pelo usuário.

Parágrafo único. Na emissão do convite ao comparecimento ao serviço de saúde deverá ser restringido o uso de logomarca, logotipo, símbolo, identificação visual, imagem corporativa.

Art. 5º O Termo de Consentimento Esclarecido deverá constar a assinatura ou impressão digital da pessoa abordada com a especificação da técnica de contato ou, se for o caso, a sua recusa em firmá-lo, atitude que não poderá motivar restrições a seu atendimento.

Parágrafo único. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido poderá ser revogado a qualquer momento quando do desejo do usuário do serviço de saúde.

Art. 6º A abordagem consentida, para os casos em que não houver o comparecimento à consulta agendada para o conhecimento dos resultados, deverá ser realizada após 15 dias da referida falta.

Parágrafo único. Caso a primeira tentativa de contato consentido não alcance êxito, deverá o serviço de saúde estabelecer novos contatos com o usuário por, pelo menos, três tentativas.

Art. 7º Para os usuários em tratamento, a abordagem consentida deverá ser realizada logo após a falta à consulta.

Art. 8º Em todo o processo de abordagem consentida aos usuários que não comparecem aos serviços de saúde para conhecimento dos resultados de exames realizados para HIV e outras DST, ou que não estejam comparecendo ao tratamento, deverá ser mantida a confidencialidade das informações do usuário.

Art. 9º Fica determinado que a Secretaria de Vigilância em Saúde adote as medidas necessárias ao cumprimento efetivo do disposto nesta Instrução Normativa.

Art. 10. Em conformidade com as respectivas condições de gestão do Sistema Único de Saúde, caberá aos Estados e Municípios estabelecer normas complementares a esta Instrução Normativa para atender as especificidades regionais e locais.

Art. 11. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
fui devidamente esclarecido da importância de saber dos resultados dos meus exames
e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito.

Declaro que se eu não comparecer para buscar os resultados dos exames abaixo
discriminados: _____
_____.

Ou, por algum motivo deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

() Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;

() Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

Telefone, () _____

Correio. Endereço: _____

E-mail: _____

Visita domiciliar. Endereço: _____

Outro meio de contato determinado pelo usuário: _____

Desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.

_____, ____/____/____

(Local) (data)

Nome do Usuário (letra de forma): _____

Assinatura do usuário ou impressão digital: _____

Nome do Representante _____

Assinatura do Representante Legal ou impressão digital: _____

Nome do Entrevistador: _____

Assinatura do Entrevistador: _____

Anexo B – Critérios de indicação de rifabutina para PVHA com TB ativa



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS
SAF Sul Trecho 02, Lote 05/06, Edifício Premium,
Torre 1, Bloco F, 70.070-600 – Brasília/DF

NOTA TÉCNICA Nº. 421/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS

Assunto: Disponibilização de rifabutina para pacientes coinfectados com TB-HIV nos Serviços de Atenção Especializada a Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

1. O Ministério da Saúde adquiriu rifabutina em cápsulas de 150 mg para oferecer novas opções terapêuticas às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) com tuberculose (TB) ativa.
2. O medicamento está disponível para distribuição imediata a pacientes infectados pelo HIV em uso de antirretrovirais, permitindo sua utilização em substituição à rifampicina, quando necessário.
3. Toda PVHA com tuberculose ativa, independentemente da apresentação clínica da TB e da contagem de LT-CD4+, deve ser tratada para ambas as condições, o que implica início precoce da terapia antirretroviral (TARV).
4. Recomenda-se para tratamento de PVHA com tuberculose ativa:
 - a) Esquema antituberculose com duração de seis meses e idealmente estruturado com rifampicina (Quadro I).
 - b) TARV com inibidor da transcriptasereversa não análogo de nucleosídeo (ITR-NN) de primeira geração, preferencialmente o efavirenz. Deve-se iniciar a TARV ainda nas primeiras oito semanas do tratamento da tuberculose.

5. Quando a TB é diagnosticada em pacientes em uso de TARV, o esquema deve ser avaliado com atenção quanto a possíveis interações farmacocinéticas com o grupo das rifamicinas. Em algumas situações, o esquema antirretroviral precisará ser modificado para permitir o tratamento adequado e seguro.
6. Pacientes multiexperimentados em TARV que utilizam medicamentos de terceira linha (darunavir, tipranavir, raltegravir, etravirina ou enfuvitida) devem ter seu esquema de tratamento definido com suporte de profissionais experientes no manejo da resistência do HIV e/ou médicos de referência em genotipagem.
7. Pacientes com coinfecção TB-HIV devem ser monitorados cuidadosamente para avaliar a efetividade e toxicidade do tratamento de ambas as doenças. A rifampicina, indutora do citocromo P450, aumenta o metabolismo dos IP o que ocasiona diminuição de suas concentrações plasmáticas. Assim, quando associados à rifampicina, os IP precisam ter suas doses aumentadas ou associadas ao ritonavir para atingirem suas concentrações habituais.
8. A rifampicina possui eficácia e eficiência comprovadas, deve fazer parte do esquema preferencial de tratamento para TB e compõe esquema básico preconizado no Brasil. Sua substituição pela rifabutina deve ser criteriosa e individualizada, considerando-se riscos e benefícios relacionados à estruturação do esquema antituberculose e a melhor opção de regime antirretroviral (Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Capítulo 6, Tuberculose e HIV).
9. **A rifabutina está recomendada quando é necessário associar ou manter inibidor de protease associado ao ritonavir (IP/r) no esquema antirretroviral**, o que em geral ocorre nas situações de **intolerância, resistência ou contraindicação aos ITRNN**. A dose de rifabutina recomendada nesta situação é de 150 mg/dia.
10. A rifabutina é geralmente bem tolerada, porém seus efeitos adversos mais frequentes são exantema (4%), intolerância gastrointestinal (3%) e neutropenia (2%).
11. Quando a rifabutina fizer parte do esquema antituberculose, será necessário incluir as formulações dos demais medicamentos em separado: etambutol, isoniazida e pirazinamida. A desvantagem dessa estratégia de tratamento é o maior número de cápsulas

ou comprimidos do esquema terapêutico, que torna necessário reforçar orientações e ações de adesão ao tratamento (Quadro II).

12. O tratamento da tuberculose, incluindo a rifabutina, está disponível no formulário de prescrição de antirretroviral, fortalecendo a produção de informações a respeito do tratamento da coinfeção por TB-HIV no Brasil (www.aids.gov.br/gerencial).
13. Por fim, mediante a disponibilidade de rifabutina no almoxarifado do Ministério da Saúde, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais solicita às Coordenações de DST/Aids que encaminhem imediatamente o número de pacientes que necessitam deste medicamento para o endereço eletrônico **logistica@bids.gov.br**, a fim de que se faça a distribuição consecutiva aos almoxarifados centrais dos estados.
14. Esta Nota Técnica entra em vigor a partir de sua publicação.

Quadro I - Esquema básico com rifampicina para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes (> 10 anos de idade)

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH comprimido ou cápsula de 300/200 mg ou 150/100 mg ou comprimidos de 150/75* mg	20 kg a 35 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200 mg ou 2 comprimidos de 150/75*	4
		36 kg a 50 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100 mg ou 3 comprimidos de 150/75*	
		>50 kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75*	

*As apresentações de comprimidos de rifampicina/isoniazida em 150/75 mg estão substituindo as apresentações de RH em 300/200 mg e 150/100 mg e deverão ser adotadas tão logo estejam disponíveis.

R = rifampicina, H = isoniazida, Z = pirazinamida, E = etambutol

Quadro II - Esquema básico com rifabutina para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes (> 10 anos de idade)

Meses	Fármaco	Doses por Faixa Etária de Peso		
		20 kg-35 kg	36 kg-50 kg	>50 kg
Fase intensiva (2 meses)	Rifabutina 150 mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Pirazinamida 500 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Etambutol 400 mg*	1 a 2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
Fase de manutenção (4 meses)	Rifabutina 150 mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos

*Isoniazida – 10 mg/kg/dia, dose máxima de 300 mg/dia; pirazinamida – 35 mg/kg/dia, dose máxima de 1.500 mg/dia; etambutol – 25 mg/kg/dia, dose máxima de 1.200 mg/dia.

Brasília, 10 de outubro de 2012.



Ronaldo Hallal
Coordenação de Cuidado e Qualidade de Vida

Aprovo a nota técnica.

Em 10/10/12



Dirceu B. Greco
Diretor

Eduardo L. Barbosa
Diretor Adjunto
Departamento de DST,
Aids e Hepatites Virais

ISBN 978-85-334-1995-7



9 788533 419957

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



Strengthening
Pharmaceutical
Systems

Projeto MSH



DST-AIDS
HEPATITES VIRAIS



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA