

Reorganização dos Centros de Diagnóstico Pneumológico

Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para a Tuberculose



Glossário

ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS: Administrações Regionais de Saúde
CA: Conselho de Administração
CDP: Centro de Diagnóstico Pneumológico
CSP: Cuidados de Saúde Primários
CRC: Consultas Respiratórias de Comunidade
DE-SNS, I.P.: Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
DGS: Direção-Geral da Saúde
DSP: Departamento de Saúde Pública
ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control
INSA, I.P. – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
MNT: Micobactérias não tuberculosas
PNT: Programa Nacional para a Tuberculose
SNS: Serviço Nacional de Saúde
TB: Tuberculose
TBI: Tuberculose infantil
TBIL: Tuberculose latente
TBMR: Tuberculose multirresistente
TOD: Toma Observada Diretamente
ULS: Unidade Local de Saúde
USP: Unidade de Saúde Pública

Março 2024

Revisto por:

Programa Nacional para a Tuberculose da Direção Geral da Saúde (Isabel Carvalho, Helder Carreira, Bernardo Gomes, Nadine Ribeiro)

INFARMED I.P. (Carlos Alves, Susana Duarte, Nuno Simões)

Instituto Nacional De Saúde Doutor Ricardo Jorge (Fernando de Almeida, Rita Macedo)

Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde (Fátima Fonseca, Fernando Araújo)

Direção Geral da Saúde (André Peralta Santos, Rita Sá Machado)

Índice

Sumário executivo	4
1. Tuberculose: um retrato sumário nacional	5
2. Os Cuidados em Saúde em Tuberculose em Portugal na atualidade	6
3. Reorganização da resposta dos cuidados de saúde na TB em Portugal.....	7
A. O Programa Nacional para a Tuberculose.....	7
B. Coordenação Regional para a Tuberculose	8
C. As Unidades Locais de Saúde	9
C.1. As Consultas Respiratórias na Comunidade (prévios Centros de Diagnóstico Pneumológico)	9
C.1.1. Consultas Respiratórias de Comunidade de Nível A (CRC-A)	11
C.1.2. Consultas Respiratórias de Comunidade de Nível B (CRC-B).....	13
C.2. Cuidados de Saúde Primários.....	14
C.3. Unidades de Saúde Pública	14
D. Rede de Laboratórios	15
E. Serviços Farmacêuticos	16
4. Implementação	18
<i>A reorganização da resposta dos cuidados de saúde na TB em Portugal deve estar implementada até ao final do primeiro semestre de 2024. A reorganização não implica a disrupção da prestação de serviços, mas apenas a forma de organização e articulação das equipas.</i>	18
Referências	19

Sumário executivo

Desde que o Programa Nacional para a Tuberculose (PNT) foi criado, em 1995, que se assistiu a uma melhoria sustentada no controlo e prevenção da doença, residindo uma boa parte do sucesso nos princípios de gratuidade e acesso aos cuidados de saúde para toda a população. Contudo, com a redução da incidência da tuberculose (TB), assistimos a um aumento progressivo da mediana de dias até ao diagnóstico da doença e à maior frequência de TB em pessoas em situação de maior vulnerabilidade, exigindo uma diferente abordagem, com a consequente necessidade de reorganização das respostas à população.

Considerando a reforma em curso no Serviço Nacional de Saúde, com a criação das Unidades Locais de Saúde, e a necessidade de alcançar os objetivos da Organização Mundial de Saúde de redução da Tuberculose, é necessário dar enfoque à vigilância em saúde pública e em organizar a prestação de cuidados de forma integrada, mantendo centros de alta diferenciação e a estabilidade da resposta dos cuidados de saúde.

O Programa Nacional para a Tuberculose da Direção Geral da Saúde, em articulação com a Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde, revê a organização da prestação de cuidados de saúde em TB, otimizando o acesso, o qual deve ser fácil, atempado, centrado no utente, gratuito, e melhorando a qualidade da resposta dos serviços, quer na sua estabilidade, quer na sua qualidade e efetividade.

1. Tuberculose: um retrato sumário nacional

O número de novos casos de Tuberculose (TB) tem vindo a diminuir em Portugal, tendo sido alcançado, em 2015, o limite definido como de baixa incidência (20 casos por 100 mil habitantes por ano). Apesar disso, Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com taxa de incidência mais elevada de tuberculose.¹

Os objetivos propostos pela OMS consistem em reduzir, até 2035, em 95% o número de mortes por TB e 90% a taxa de incidência de TB. No entanto, considerando a desaceleração observada no decréscimo da doença nos vários países, é reconhecida a necessidade de monitorizar resultados e adequar estratégias, as quais devem incluir uma abordagem intersectorial.²

O novo plano estratégico para 2023-2030 da *Stop TB Partnership*, reforça a importância de incluir a TB nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Os cuidados integrados, centrados no doente, as políticas de suporte e o incentivo à investigação, a abordagem multisectorial, envolvendo os diferentes níveis de cuidados de saúde, e a ligação aos vários parceiros, cuidando dos que são mais suscetíveis e garantindo o acesso de todas as pessoas, constituem os grandes pilares para o controlo e eliminação da doença.³

Portugal tem diversas estratégias implementadas que em muito contribuíram para a redução sustentada de incidência, nomeadamente, um sistema de vigilância específico, os programas de rastreio, o acesso ao tratamento uniforme e eficaz, o uso dos testes moleculares de resistências e as estratégias facilitadoras da toma da medicação. O rastreio sistemático de doença nas pessoas mais suscetíveis, tal como o protocolo estabelecido com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, e o protocolo de rastreio de tuberculose nos estabelecimentos prisionais, estabelecido com a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, são exemplos de estratégias dirigidas às pessoas em situação de maior vulnerabilidade, sustentadas em boas práticas e em evidência científica. O trabalho desenvolvido com organizações de base comunitária na promoção da literacia, no incentivo e facilitação da toma da medicação, na sensibilização para a importância do rastreio, especialmente quando expostos a um novo caso e quando existe necessidade de administração de tratamento preventivo, constitui também uma das áreas de atuação nos que são mais suscetíveis à TB.⁴

Em 2021, no sentido de redefinir estratégias com vista ao controlo e eliminação da Tuberculose, Portugal apresentou a sua candidatura ao projeto “*Country support for TB elimination in Europe (ECDC/2019/030)*” promovido pelo *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*.⁵

Na análise das estratégias já implementadas em Portugal e publicadas no “*Roadmap for delivery of integrated tuberculosis services for vulnerable populations in Portugal*”, identificam-se alguns desafios: 1) as estratégias em Portugal estiveram até agora, maioritariamente direcionadas para a identificação dos casos de tuberculose ativa, sendo necessária a aposta nas estratégias de rastreio dos mais suscetíveis e no tratamento preventivo, 2) os cuidados de saúde em tuberculose existem de forma gratuita para todos, contudo, devem ser acessíveis e do conhecimento da população, 3) os dados de vigilância epidemiológica devem ser analisados de forma sistemática a nível nacional e local, 4) o financiamento é fundamental para a atuação dos diferentes parceiros na comunidade e 5) as estratégias devem ser centradas no doente, em articulação com a resposta comunitária.⁵

2. Os Cuidados em Saúde em Tuberculose em Portugal na atualidade

Os cuidados de saúde em TB devem aplicar-se a toda a população, ser permanentes e gratuitos, adaptar-se às necessidades expressas da população, garantindo a equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde.

Existem sete Coordenações Regionais para a Tuberculose em Portugal (Norte Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira), que articulam com o PNT e com os cuidados de resposta local - os Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP). Em Portugal Continental as coordenações regionais funcionam nos departamentos regionais de Saúde Pública (DSP). Na Região Autónoma dos Açores e na Região Autónoma da Madeira, as Coordenações Regionais funcionam na dependência das Autoridades de Saúde Regionais. Compete a cada Coordenação Regional para a TB: adaptação às características da Região do plano definido a nível central; quantificação dos objetivos a atingir; determinação das atividades de apoio, controlo e dinamização dos cuidados nos CDP; garantia da notificação dos casos no sistema de informação de gestão de caso; integração efetiva de cuidados de internamento e de ambulatório; apresentação de Relatórios Anuais de Avaliação do Programa, identificando dificuldades e propondo estratégias de melhoria; realização de ações de formação e capacitação dos diversos profissionais de Saúde.

Os CDP representam uma resposta centrada no doente, promovendo o rastreio e tratamento da tuberculose com base numa estratégia de fácil acesso e proximidade, removendo barreiras de acesso a utentes que urge diagnosticar e tratar. Incluem médicos, enfermeiros e técnicos, funcionando em ligação com os Cuidados de Saúde Primários, Unidades de Saúde Pública, instituições hospitalares e organizações de base comunitária e da sociedade civil, laboratório e serviços farmacêuticos. Alguns dos CDP dispõem de consultas especializadas em Tuberculose multirresistente, infeções por micobactérias não tuberculosas e tuberculose infantil, permitindo uma resposta diferenciada em casos complexos.

O atendimento no CDP pode ser solicitado de forma gratuita, sem carta de referência ou pedido de consulta. Cidadãos, incluindo os ainda não inscritos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), podem solicitar a realização de rastreio e agendamento de consulta num CDP. O atendimento é prioritário para crianças e imunodeprimidos.

As situações clínicas que devem motivar o pedido de observação são: existência de exposição a caso de tuberculose; suspeita de tuberculose; diagnóstico de tuberculose ativa ou latente; casos em tratamento; doentes em imunossupressão ou que estão prestes a iniciar tratamentos imunossupressores; proveniência de países com elevada incidência de tuberculose e indicação para vacinação para a TB, mas com necessidade de rastreio prévio.

A Unidade de Saúde Pública (USP), a nível local, é responsável pela investigação e vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, nomeadamente das doenças de notificação obrigatória, onde se inclui a tuberculose. Articula com os CDP na identificação dos contactos elegíveis para rastreio perante cada novo caso de tuberculose, sendo fundamental para determinar os que beneficiam de tratamento preventivo e, assim, prevenir novos casos de doença.

Em contexto de ACeS não inserido em ULS, os CDP estavam na dependência do respetivo ACeS, sendo responsáveis por consultas especializadas de tuberculose, bem como por todas as atividades assistenciais decorrentes da aplicação do Programa Nacional para a Tuberculose, competindo a cada ARS assegurar a resposta assistencial de cada CDP, quer através da contratualização direta, por procedimento concursal, de médicos, enfermeiros e técnicos, quer através da articulação com as unidades hospitalares ou de cuidados de saúde primários.

A decisão do número de CDP necessários por região e a sua localização era da responsabilidade da ARS respetiva, em articulação com a Coordenação Regional, e tinha em consideração a densidade populacional e o número anual de casos de tuberculose, com o compromisso de manter o acesso em zonas baixa densidade populacional

3. Reorganização da resposta dos cuidados de saúde na TB em Portugal

A resposta de qualidade dos cuidados de saúde em TB e sua efetiva prevenção e controlo depende de uma harmoniosa interligação dos diversos serviços, desde o nível nacional ao nível local.

O novo modelo organizativo tem de, por um lado, garantir que os profissionais de saúde têm o treino e a experiência adequados para lidar com a tuberculose e, por outro, que os cidadãos não enfrentem barreiras de acesso à consulta ou ao tratamento de que necessitam. Este modelo tem, igualmente, de assegurar as efetivas vigilância e investigação epidemiológicas que promovam a prevenção e controlo da TB, com redução da incidência de casos.

A grande assimetria de incidência de tuberculose em Portugal, assim como a necessidade de garantir cuidados especializados e simultaneamente, o fácil acesso aos cuidados de saúde, levam a que as respostas da saúde tenham de ser adaptadas ao contexto epidemiológico local, mas também respeitando e promovendo um modelo de funcionamento hierarquicamente bem definido.

As estruturas de saúde em tuberculose devem incluir (Figura 1):

- O **Programa Nacional para a Tuberculose (PNT)**, da DGS;
- As **Coordenações Regionais para a Tuberculose (CRT)** integradas nos departamentos de apoio à Autoridade de saúde Regional;
- As **Unidades Locais de Saúde (ULS)** dependentes da DE-SNS, I.P.
 - **Consultas Respiratórias na Comunidade** (prévios Centros de Diagnóstico Pneumológico);
 - As consultas respiratórias na comunidade nível A (CRC-A) — consultas de referência para a Tuberculose, nas valências Tuberculose Multirresistente (TBMR), Tuberculose Infantil (TBI) e Micobactérias Não-Tuberculosas (MNT);
 - As consultas respiratórias na comunidade nível B (CRC-B);
 - **Cuidados de saúde primários;**
 - As **Unidades de Saúde Pública (USP);**
 - **Cuidados hospitalares;**
 - Os **Serviços Farmacêuticos.**
- O Laboratório Nacional de Referência para as Micobactérias no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.)
 - **Rede de laboratórios (laboratórios de saúde pública e das ULS)**

A. O Programa Nacional para a Tuberculose

A Direção do PNT está na dependência da Direção-Geral de Saúde e é apoiada pelas suas Coordenações Regionais.

O Diretor do PNT é nomeado pelo Diretor-Geral da Saúde, após parecer favorável do membro do Governo responsável pela área da Saúde, de acordo com o Despacho n.º 6401/2016, de 11 de maio, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 94, de 16 de maio. O Diretor do PNT deve ser um médico com experiência em tuberculose e será coadjuvado por dois adjuntos, preferencialmente de especialidades médicas complementares, devendo um deles ser especialista em Saúde Pública, que são por si propostos ao Diretor-Geral da Saúde.

O Diretor do PNT propõe ao Diretor-Geral da Saúde a sua equipa de trabalho, devendo esta incluir obrigatoriamente, para além dos dois adjuntos acima referidos, os sete coordenadores regionais do PNT. A equipa do PNT pode ainda ser assessorada por outros profissionais de saúde, de áreas complementares nomeadamente da área do laboratório e serviços farmacêuticos.

Compete ao Diretor do PNT:

- Atualizar o PNT, nomeadamente os seus objetivos, estratégias de intervenção, monitorização e avaliação, alinhados com as estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS) e com o Plano Nacional de Saúde;
- Promover e dinamizar a vigilância epidemiológica da tuberculose;
- Definir e desenvolver estratégias transversais de prevenção e controlo da doença, que visem boas práticas na abordagem da tuberculose (doença ativa e infeção latente), acesso a cuidados de saúde, tratamento e reabilitação;
- Coordenar a elaboração de normas de orientação clínica e terapêutica nesta área de especialidade, por forma a garantir o acesso universal ao melhor tratamento, apoio e cuidados de saúde aos doentes que vivem com tuberculose, de acordo com a mais recente evidência científica;
- Promover atividades de prevenção, controlo e cuidados na área da tuberculose, no combate à tuberculose multirresistente e na abordagem da tuberculose em grupos de risco, incluindo pessoas que vivem infetadas pelo VIH, pessoas com dependência de substâncias psicoativas, crianças e reclusos, entre outros;
- Promover e dinamizar o conhecimento sobre a doença em Portugal.

B. Coordenação Regional para a Tuberculose

O PNT assenta a sua estrutura organizativa em sete Coordenações Regionais distribuídas a nível nacional, e que incluem a Região Norte, Região Centro, Região de Lisboa e Vale do Tejo, Região do Alentejo, Região do Algarve e cada uma das regiões e Serviços de Saúde das Regiões Autónomas da Madeira e Açores. Estas Coordenações Regionais elaboram e gerem os Programas Regionais da Tuberculose, alinhados com o PNT e articulam com os interlocutores para a TB das ULS da região respetiva.

As CRT funcionam nos departamentos regionais de saúde pública e mantêm uma articulação regular com o PNT/ DGS, o que constitui uma mais-valia na análise de cada região e adoção de estratégias que integrem as especificidades regionais e locais.

Cada CRT é coordenado por um médico com experiência em gestão de programas de saúde e em TB. A sua nomeação é da competência da Autoridade Regional de Saúde.

A equipa regional deverá incluir profissionais de diferentes grupos com experiência em áreas relevantes para a tuberculose, nomeadamente saúde pública, pneumologia, infeciologia, pediatria, patologia clínica, microbiologia e farmácia.

Ao Coordenador Regional para a Tuberculose compete:

- Atualizar o Programa Regional para a Tuberculose, alinhado com o PNT;
- Garantir o cumprimento das orientações emitidas pelo PNT/DGS;
- Garantir a vigilância epidemiológica da tuberculose a nível regional, monitorizando os principais indicadores de progresso do PNT na região;
- Promover e monitorizar a investigação de surtos;

- Dar apoio técnico ao nível local, sempre que necessário;
- Programar ações de formação na área da tuberculose;
- Elaborar anualmente um plano de ação e um relatório de atividades, identificando dificuldades e propondo estratégias de melhoria;
- Articular e organizar uma reunião anual com os diferentes intervenientes/serviços (ULS e rede de Laboratórios), através dos seus interlocutores.

C. As Unidades Locais de Saúde

Cada ULS terá um interlocutor para a TB, designado pelo CA e escolhido entre os profissionais que integram a equipa da CRC. Este será o ponto focal para articulação e comunicação com a CRT. Deverá cumprir as orientações emitidas pelo PNT/DGS, garantir a vigilância da TB a nível local, monitorizar os indicadores das CRC, colaborar nas ações de formação na área da TB, identificar dificuldades e contribuir com estratégias de melhoria.

Nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores, as consultas respiratórias da comunidade deverão manter-se na dependência dos cuidados hospitalares, integrados na comunidade e em articulação com os CSP e USP.

C.1. As Consultas Respiratórias na Comunidade (prévios Centros de Diagnóstico Pneumológico)

Cada ULS é responsável pela organização da(s) CRC da sua área de influência. As CRC dividem-se em dois níveis (A e B), de acordo com a complexidade dos casos.

Em função da estrutura organizacional e funcional de cada ULS, as CRC podem estar na dependência dos Departamentos de CSP ou de Saúde Pública ou de Medicina das ULS ou do Serviço de Pneumologia das mesmas, ou, no caso das CRC-A, podem assumir-se como Serviços autónomos dentro das ULS, dependentes neste caso do Conselho de Administração de cada ULS.

As CRC dividem-se em dois níveis (A e B) de acordo com a complexidade dos casos. Devem incluir profissionais dos CSP, Cuidados Hospitalares ou da área da Saúde Pública, podendo a sua coordenação ser assegurada por um elemento de qualquer uma destas áreas.

Com esta nova tipologia de consulta de TB pretende-se garantir a integração de cuidados, manter uma resposta comunitária, utilizar os recursos disponíveis, concentrar e manter estabilidade das equipas e permitir diferentes níveis de resposta de acordo com a complexidade dos casos e área geográfica.

Este modelo organizativo permitirá que os profissionais de saúde mantenham o contacto com técnicas de diagnóstico e tratamento e a possibilidade de especialização em contexto de integração de cuidados, assumindo-se como uma resposta comunitária global face às especificidades da comunidade.

As CRC, sendo estruturas de prestação de serviços e cuidados de saúde para utentes com suspeita ou diagnóstico de uma doença infecciosa transmissível como a TB, devem garantir a implementação e cumprimento das precauções ou isolamento de via aérea, para além das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), necessárias para prevenção da transmissão cruzada de infeções respiratórias entre utentes e profissionais. Designadamente, os utentes com suspeita ou diagnóstico de TB devem utilizar máscara cirúrgica e os profissionais de saúde máscara N95/P2 ou superior. As salas de espera dos doentes devem ser distintas das salas de espera comuns a outros utentes da ULS, devem existir gabinetes de consultas de TB e uma sala para colheita de expectoração, equipados com sistema de ventilação com pressão negativa. As medidas de controlo de infeção devem ser do conhecimento de

todos os profissionais de saúde.

Os utentes observados nas CRC serão referenciados pelos Cuidados Hospitalares, pelas Unidades de Saúde Pública, pelos Cuidados de Saúde Primários e pelos Cuidados Continuados/Paliativos.

Devem ser observadas nas CRC todas as pessoas:

- Expostas a TB
- Com suspeita de TB
- Com diagnóstico de TB ativa ou latente
- Com TB ativa ou latente em tratamento
- Imunodeprimidas ou candidatas a tratamentos imunossupressores
- Provenientes de países com elevada incidência de tuberculose
- Em idade pediátrica com indicação para vacina da tuberculose e com necessidade de rastreio prévio

Apesar da importância da referência, salienta-se que o atendimento nas CRC pode ser solicitado pelo próprio utente que cumpra os critérios previamente descritos, sem carta de referência ou pedido de consulta.

As CRC não podem recusar a marcação de uma consulta quando sem referência. Qualquer CRC tem a obrigatoriedade de agendar o rastreio e observação médica a qualquer pessoa que recorra ao CRC para rastreio ou tratamento de tuberculose.

Após a inscrição na CRC, o utente será orientado para a equipa de enfermagem para realização de um inquérito de sintomas, agendamento de testes imunológicos (Teste tuberculínico e/ou IGRA) de acordo com o motivo de rastreio, idade e comorbilidades e radiografia de tórax.

Será posteriormente agendada consulta médica. Após os resultados poderá ter indicação para efetuar exames adicionais se existir suspeita de tuberculose, tratamento preventivo se infeção ou um segundo rastreio se existir história de exposição a tuberculose.

Todas as pessoas imunodeprimidas, nomeadamente, as pessoas que vivem com VIH, sob tratamento imunossupressor, com comorbilidades (diabetes, insuficiência renal crónica) e crianças são prioritárias no atendimento, rastreio e observação médica.

O rastreio e tratamento da tuberculose baseia-se numa estratégia de fácil acessibilidade e proximidade para o utente. Em situações excecionais com necessidade de observação diferenciada – crianças ou formas de tuberculose grave e resistente – poderá estar indicada a referência a consultas especializadas, existentes apenas em algumas CRC.

Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos) que desempenham funções nas CRC deverão ter formação na área da TB.

As CRC deverão identificar e contratualizar com a ULS, em contexto de contratualização interna, quais os indicadores que se adequam na sua área de atuação. Devem incluir indicadores de melhoria do processo de rastreio de TB, gestão terapêutica e de promoção da adesão ao tratamento do doente com TB ativa.

As CRC devem obter informação de modo a monitorizar e disponibilizar os seguintes indicadores no âmbito da TB:

- Número de utentes pertencentes a grupos de risco;
- Número de casos com tuberculose ativa e número de contactos rastreados;
- Número de testes tuberculínicos e de testes IGRA realizados;
- Número de utentes com TB ativa em tratamento;
- Número de utentes com TB ativa e infeção associada a cada de TB ativa;
- Número de utentes com TB latente em tratamento;
- Proporção de sucesso no tratamento da TB ativa;
- Proporção de sucesso no tratamento da TB infeção latente;
- Medicação instituída e quantidade;
- Número de doentes em Toma Observada Diretamente (TOD);
- Número de doentes com distribuição personalizada da medicação;
- Número de visitas domiciliárias em utentes com TB ativa;
- Número de consultas médicas e de enfermagem ao 1º, 2º, 4º e 6º mês de tratamento;
- Número de sessões de educação para a saúde individual ou em grupo para a TB ativa e TB infeção latente;
- Tempo decorrido entre a referenciação da Saúde Pública ou hospital e a 1ª consulta médica e de enfermagem;
- Número de utentes com mais do que um tratamento de TB infeção latente e TB ativa;
- Situação processual de notificação (SINAVE / SVIG-TB);
- Número de crianças com idade inferior a 6 anos, com critério de elegibilidade para a vacina BCG e com rastreio de TB.

C.1.1. Consultas Respiratórias de Comunidade de Nível A (CRC-A)

As CRC-A correspondem a centros de referência especializados na resposta a casos raros e/ou complexos de TB e asseguram a resposta comunitária na área respiratória, nomeadamente na área da avaliação funcional respiratória e do tabagismo.

Devem existir, pelo menos, duas CRC-A a nível nacional, as quais são administrativa e operativamente dependentes da ULS onde se encontram geograficamente. As CRC-A articulam-se entre si e com as CRC-B existentes nas diversas ULS. Por localização geográfica, prévia, deve existir uma CRC-A a Norte, que dará apoio a todos os casos da região Norte, Centro e ilhas, e uma CRC-A na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), que dará apoio a LVT, Alentejo, Algarve. Justifica-se a opção por serem os CDP prévios de Vila Nova de Gaia e Ribeiro Sanches com maior massa crítica, que já apresentam atualmente diferenciação na TBMR, TBI e MNT e que se localizam nas regiões do país com maior incidência de TB em Portugal.

A equipa da CRC-A deve ser multidisciplinar, permitindo uma reposta diferenciada. Deve incluir médicos com formação em TB e das especialidades de Infeciologia, Pneumologia e Pediatria, de forma a assegurar a orientação clínica de casos de: tuberculose multirresistente (TBMR), tuberculose infantil (TBI) e infeções não-tuberculosas (MNT).

Para manutenção do papel comunitário, devem incluir profissionais de saúde pública, para além do quadro médico e de enfermagem destinados ao tratamento dos casos diagnosticados.

As CRC-A deverão garantir a resposta na região em que estão inseridos, aos casos de TB complexos, casos de tuberculose infantil, tuberculose multirresistente e infeções por Micobactérias não

tuberculosas. Adicionalmente, deverão também garantir a observação e orientação dos doentes que residem na área de influência da CRC-A, com suspeita e/ou diagnóstico de tuberculose ativa ou com indicação para rastreio de tuberculose.

Devem garantir cobertura assistencial durante 35 horas por semana, em regime a definir localmente, e horário de atendimento até às 20h, pelo menos um dia por semana.

Constituem objetivos específicos da CRC-A:

- Garantir a prestação de cuidados de saúde a todos os casos de complexos que lhe sejam referenciados;
- Articular com os Serviços Farmacêuticos da ULS, de forma a garantir o fornecimento ininterrupto dos antituberculosos, independentemente do local onde se processará a TOD em proximidade;
- Articular com os CSP para cumprimento da TOD nos doentes com TB ativa;
- Garantir a notificação de todos os casos observados;
- Articular com a equipa de saúde pública de forma a garantir o rastreio dos contactos e identificar o melhor regime terapêutico preventivo disponível;
- Articular com o PNT/DGS, fornecendo informação sobre os novos casos e respetiva evolução.

Constituem objetivos específicos da CRC-A na TBMR:

- Garantir a prestação de cuidados de saúde a todos os casos de TBMR que lhe sejam referenciados;
- Articular com os Serviços Farmacêuticos da ULS, de forma a garantir o fornecimento ininterrupto dos antituberculosos de 1ª e 2ª linha, independentemente do local onde se processará a TOD em proximidade;
- Articular com os CSP para cumprimento da TOD nos doentes com TB ativa;
- Garantir a notificação de todos os casos de TBMR observados;
- Articular com a equipa de saúde pública de forma a garantir o rastreio dos contactos e identificar o melhor regime terapêutico preventivo disponível;
- Articular com o PNT/DGS, fornecendo informação sobre os novos casos e respetiva evolução.

Às CRC-A compete o acompanhamento e apoio ao tratamento de todas as crianças (menos de 18 anos) com diagnóstico de tuberculose. O responsável pela TBI na CRC-A deve ser um médico especialista em Pediatria, com experiência em tuberculose infantil.

Constituem objetivos específicos da CRC-A na TBI:

- Garantir a prestação de cuidados de saúde a todos os casos de tuberculose infantil (TBI) que lhe sejam referenciados e/ou apoiar as CRC-B das ULS que estejam a tratar estes doentes;
- Apoiar as CRC-B das ULS na orientação clínica das crianças com diagnóstico de tuberculose latente ou necessidade de tratamento profilático;
- Articular com os Serviços Farmacêuticos da ULS de forma a garantir o fornecimento ininterrupto dos antituberculosos, incluindo os manipulados, independentemente do local onde se processará a TOD em proximidade;
- Articular com os CSP para cumprimento da TOD nos doentes com TB ativa;
- Garantir a notificação de todos os casos de TBI observados;
- Articular com a equipa de saúde pública de forma a garantir o rastreio dos contactos e identificação do caso fonte.

Às CRC-A compete também o acompanhamento e apoio ao tratamento dos doentes com infeções por Micobactérias não tuberculosas (MNT). O responsável por esta valência será o mesmo que o responsável da TBMR.

Constituem objetivos específicos da CRC-A nas infeções por MNT:

- Garantir a prestação de cuidados de saúde a todos os casos de MNT que lhe sejam referenciados e/ou apoiar as CRC-B que estejam a tratar estes doentes;
- Identificar o melhor regime terapêutico disponível;
- Articular com os Serviços Farmacêuticos da ULS de forma a garantir o fornecimento ininterrupto da medicação necessária para o tratamento, independentemente do local onde se processará a toma em proximidade.

C.1.2. Consultas Respiratórias de Comunidade de Nível B (CRC-B)

A existência das CRC-B possibilita maior proximidade à comunidade, levando igualmente a uma maior facilidade de gestão do PNT a nível local por um médico de saúde pública, com obrigação de avaliação de rastreios, inquéritos epidemiológicos e apoio à decisão. As CRC-B deverão ser constituídas por uma equipa multidisciplinar de profissionais diferenciados como forma de melhor corresponder à problemática da TB.

As CRC-B deverão garantir cobertura assistencial durante 35 horas por semana, em regime a definir localmente, e horário de atendimento até às 20h, pelo menos, um dia por semana. A garantia de alocação dos profissionais de saúde é do Conselho de Administração da respetiva ULS, assegurando a continuidade de funções e o conhecimento técnico ajustado.

A decisão do número de CRC-B necessárias por região e a sua localização é da responsabilidade da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, em articulação com o PNT/DGS, e deve ter em consideração a densidade populacional e o número de casos de tuberculose.

As CRC-B devem garantir facilidade de acesso dos utentes e profissionais, numa ótica de proximidade e de facilitação dos cuidados de saúde dirigidos e específicos.

Constituem objetivos específicos das CRC-B:

- Garantir a prestação de cuidados de saúde comunitários a todos os doentes que lhe sejam referenciados;
- Garantir a notificação dos casos de tuberculose ativa e de infeção identificados;
- Garantir e facilitar o acesso do utente com suspeita de TB ou com indicação para rastreio;
- Articular com os Serviços Farmacêuticos da ULS, de forma a garantir o fornecimento ininterrupto dos antituberculosos, independentemente do local onde se processará a TOD em proximidade;
- Articular com os CSP para cumprimento da TOD nos doentes com tuberculose ativa;
- Garantir o rastreio de todos os utentes com história de exposição a doente com tuberculose ativa e a todos os que, independentemente da história de exposição, apresentam risco acrescido de tuberculose;
- Comunicar o resultado dos rastreios à Unidade de Saúde Pública e aos profissionais de saúde que acompanham o utente nos CSP;
- Garantir a vigilância de todos os utentes com indicação para tratamento preventivo;
- Articular com as CRC-A perante casos complexos de TB, TBI ou TBMR ou infeções por MNT;
- Articular com o PNT/DGS, fornecendo informação sobre os novos casos e respetiva evolução.

As CRC-B podem também integrar diagnóstico precoce de outras patologias do foro respiratório, integrando capacidade instalada de meios complementares de diagnóstico como a espirometria.

C.2. Cuidados de Saúde Primários

A Unidade Funcional (UF) dos cuidados de saúde primários de inscrição do doente desempenha um papel ativo no diagnóstico e acompanhamento dos doentes com tuberculose ativa e tuberculose latente, bem como no rastreio dos contactos e de populações de risco. Deve existir um canal de comunicação facilitado com os vários níveis de cuidados e serviços de saúde.

A Toma Observada Diretamente (TOD) é um dos pilares estratégicos para o controlo e eliminação da tuberculose a nível Mundial. A gestão do tratamento do doente com tuberculose ativa ou infeção é da responsabilidade da Unidade Funcional onde está inscrito, em articulação com a CRC de seguimento.

Compete aos cuidados de saúde primários:

- Referenciar para uma CRC todos os casos suspeitos de tuberculose;
- Fazer o acompanhamento de casos de tuberculose ativa, em articulação com a CRC da área;
- Garantir a realização da TOD ou vídeo-TOD sob a supervisão de um enfermeiro de família, preferencialmente em horário fixo, durante todo o curso de tratamento;
- Garantir que a TOD é feita no domicílio enquanto o doente for bacilífero;
- Assegurar, em articulação com a CRC e os Serviços Farmacêuticos da ULS respetiva, que tem stocks adequados da medicação necessária para o tratamento ininterrupto do doente;
- Efetuar educação para a saúde, sensibilizando para a importância do tratamento;
- Alertar a CRC quando o doente entra em incumprimento terapêutico;
- Colaborar na implementação de estratégias de melhoria de adesão ao tratamento;
- Fazer o acompanhamento de casos de TBL, promovendo a adesão ao tratamento;
- Em articulação com a CRC e os Serviços Farmacêuticos da ULS respetiva, solicitar a realização da TOD em instituições fora da UF – Lares, Unidades de Cuidados Continuados, Instituições comunitárias, Estabelecimentos Prisionais, Hospitais e Organizações não governamentais;
- Garantir a identificação e referenciação para vacinação com BCG das crianças elegíveis (de acordo com a Norma em vigor).

C.3. Unidades de Saúde Pública

As Unidades de Saúde Pública (USP) são responsáveis pela investigação e vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, nomeadamente das doenças de notificação obrigatória, onde se inclui a tuberculose.

Compete às USP:

- Iniciar a investigação epidemiológica sempre que haja conhecimento/notificação de um caso suspeito/provável/confirmado de tuberculose ou de um surto de tuberculose (qualquer que seja a origem da informação);
- Articular com os restantes níveis dos cuidados de saúde para garantir que é feita a notificação do caso suspeito/provável/confirmado de tuberculose na plataforma informática de suporte ao SINAVE, de acordo com os prazos legalmente estipulados;
- Realizar visita domiciliária ao doente com tuberculose, especialmente os casos com tuberculose pulmonar, para aplicação do inquérito epidemiológico adequado. Esta visita deverá ser realizada, sempre que possível, por uma equipa multidisciplinar;
- Identificar e encaminhar para rastreio os contactos próximos dos casos de tuberculose, sempre que indicado. Para esse efeito, a USP deverá articular com a CRC, com a unidade de saúde de inscrição e, sempre que aplicável, com os serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/ Saúde Ocupacional do contexto laboral do utente;
- Recolher e analisar os resultados dos rastreios levados a cabo, discutindo-os com a CRC da sua área de influência;

- Operacionalizar as estratégias de abordagem a populações/pessoas em risco acrescido de TB ou em situação de maior vulnerabilidade perante a infeção, definidas no PNT, adaptando-as à realidade local;
- Realizar educação para a saúde, quer através de ações integradas em programas de promoção da saúde, quer em atividades específicas definidas localmente, privilegiando a participação da comunidade;
- Gerir e monitorizar a vacinação BCG na área de influência da ULS;
- Monitorizar os principais indicadores de progresso do PNT no nível local, atualizando o diagnóstico de situação relativamente à tuberculose;
- Articular com o PNT/DGS, fornecendo informação sobre os novos casos e respetiva evolução epidemiológica local.

D. Rede de Laboratórios

O Laboratório Nacional de Referência de Micobactérias/Tuberculose (LNR-TB) do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA) é a referência nacional para o diagnóstico e vigilância molecular da TB.

Em cada região deverá existir, pelo menos, um laboratório capacitado para efetuar diagnóstico molecular e isolamento em cultura de amostras de doentes com tuberculose, determinado pela Coordenação Regional para a TB, que dá apoio às CRC/ULS e que articula diretamente com o LNT-TB do INSA e com o PNT.

Todos os laboratórios, com capacidade diagnóstica de tuberculose deverão garantir:

- um diagnóstico célere e com qualidade de tuberculose;
- a realização e disponibilização do resultado do exame direto até um máximo de 48 horas após entrada da amostra no laboratório;
- que é efetuado teste molecular de resistências em todas as amostras com exame direto positivo;
- que é efetuado exame cultural em todas as amostras (os laboratórios sem capacidade física instalada para realização de isolamentos em cultura devem articular com os outros laboratórios da rede capacitados para este efeito - laboratórios com capacidade de trabalho de nível de risco biológico 2 - BSL2);
- que é efetuado teste de suscetibilidade aos fármacos de primeira linha em todas as amostras positivas em exame cultural (os laboratórios sem capacidade física instalada para realização de antibiograma devem articular com os outros laboratórios da rede capacitados para este efeito - laboratórios com capacidade de trabalho de nível de risco biológico 3 – BSL3);
- que são efetuados testes moleculares para identificação de resistências aos fármacos de 2ª linha em todas as amostras com teste molecular ou fenotípico que demonstre resistência à rifampicina ou teste de suscetibilidade fenotípico que demonstre resistência à isoniazida e rifampicina (os laboratórios sem capacidade instalada para realização de testes moleculares de 2ª linha devem articular com os outros laboratórios da rede capacitados para este efeito - laboratórios BSL2 ou BSL3);
- o envio das estirpes para o LNR-TB do INSA sempre que se suspeite de um caso de TBMR ou de surto para serem efetuados estudos de sequenciação genómica;
- a notificação laboratorial dos casos de tuberculose na plataforma SINAVElab, de acordo com as orientações nacionais e com a Portaria 22/2016 de 10 de fevereiro;
- o registo dos resultados laboratoriais relativos a tuberculose, utilizando para o efeito plataformas informáticas que venham a ser desenvolvidas para substituição do SVIG-TB (Sistema de vigilância da tuberculose do PNT).

E. Serviços Farmacêuticos

Os Serviços Farmacêuticos de cada ULS têm a responsabilidade de assegurar o fornecimento ininterrupto dos fármacos necessários para o tratamento de tuberculose ativa e latente, nas suas diferentes formulações, garantindo a sua qualidade em todo o seu circuito até ao doente.

A Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho define que os medicamentos antituberculosos integram o escalão A da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, desde que prescritos e dispensados pelos estabelecimentos e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio.

Considerando que - a) há uma redução progressiva do numero de novos casos de TB; b) a necessidade de manter esquemas terapêuticos eficazes e uniformes, reduzindo o risco de resistências; c) o recorrente risco de rutura de stocks de fármacos essenciais no tratamento da tuberculose e d) a progressão na recomendação de novos fármacos, quer no tratamento das formas de infeção, quer na tuberculose ativa e nas formas multirresistentes, fármacos esses que embora sejam mais eficazes implicam um acréscimo nos custos, sugere-se a aquisição e gestão dos fármacos da seguinte forma:

- No âmbito dos fármacos necessários para o tratamento, na tuberculose multissensível, cada CRC deverá solicitar o fornecimento dos fármacos aos serviços farmacêuticos de cada ULS, que serão responsáveis pela aquisição e gestão dos stocks destes medicamentos, ao abrigo de uma autorização de aquisição direta de medicamentos concedida pelo INFARMED, I.P.;
- Por forma a garantir um tratamento de proximidade e o seu sucesso, a toma deve ser descentralizada e a preparação da medicação, pelos Serviços Farmacêuticos, deve ser na forma personalizada (a cada doente) e tendo em conta o disposto nas Boas Práticas de Medicamentos em meio hospitalar, ao longo do todo o tempo de tratamento;
- A seleção da medicação a adquirir, no contexto da atividade das CRC, deve ser validada pelo responsável da CRC e pelos Serviços Farmacêuticos de cada ULS, tendo por base a avaliação da evidência científica, recomendações nacionais e legislação existente, de acordo com critérios de segurança, eficácia e custo, e com a prevalência das resistências aos antituberculosos em Portugal e na Região. Sempre que a política de medicamentos da ULS o exigir, as prescrições deverão ser avaliadas em sede da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da ULS. De igual forma, a solicitação de fármacos com indicação para TBMR deve ser articulada com a CRC-A, Coordenação Regional para a Tuberculose e com a Comissão Nacional para a Tuberculose Multirresistente;
- Deve ser assegurada a implementação de um plano de aquisição de recurso, que entre em funcionamento sempre que os fornecedores com Autorização de Introdução no Mercado (AIM) se vejam impossibilitados do fornecimento de medicamentos antituberculosos, nomeadamente pela produção de manipulados pelo Laboratório Nacional do Medicamento ou Aquisição por Autorização de Utilização Excepcional (AUE) de antituberculosos sem AIM em Portugal, após concessão de autorização pelo INFARMED, I.P. Nestas situações e de acordo com a legislação em vigor, deve ser ouvida a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da instituição no âmbito das suas atribuições;
- Para a atempada ativação de um plano de aquisição de recurso, os Serviços Farmacêuticos das diferentes ULS devem comunicar ao farmacêutico da Coordenação Regional para a Tuberculose as ruturas de medicamentos antituberculosos de que tiverem conhecimento. Sempre que oportuno, o farmacêutico da CRT comunicará ao PNT as ruturas confirmadas, o qual articulará com o INFARMED I.P., estratégias que evitem a disrupção dos planos farmacoterapêuticos em curso;

- No âmbito da TBMR, a necessidade de fármacos específicos e de eventuais dificuldades no acesso aos mesmos, assim como o elevado custo de alguns dos fármacos incluídos nos esquemas de tratamento atuais, justifica que sejam as CRC-A a determinar qual o esquema de tratamento de um doente com TBMR admitido na própria ULS ou numa ULS de proximidade. Contudo, cabe à ULS em que o doente foi admitido, assegurar o tratamento durante o internamento. Em regime de ambulatório, compete à ULS da CRC-A, mais próxima da área de residência, assegurar o fornecimento dos fármacos e a continuidade do tratamento. A aquisição, preparação personalizada e envio da medicação para o local da TOD, deverá ser garantida pelos Serviços Farmacêuticos das ULS das CRC-A. Compete à CRC de proximidade (A ou B) assegurar o cumprimento da TOD, devendo este ato, estar incluído nos seus indicadores.

O PNT e a Comissão Nacional para a Tuberculose Multirresistente, deverão acompanhar e monitorizar o uso dos fármacos no âmbito da TB, especialmente na TBMR, prestando apoio técnico na decisão do esquema de tratamento.

Tal como referido, os Serviços Farmacêuticos de cada ULS e a Coordenação Regional para a TB, deverão manter a articulação com o INFARMED, I.P., o PNT e a DE-SNS, a fim de promover as boas práticas no uso dos fármacos e em situações de indisponibilidade, a adesão ao tratamento e o sucesso na cura do doente.

4. Implementação

A reorganização da resposta dos cuidados de saúde na TB em Portugal deve estar implementada até ao final do primeiro semestre de 2024. A reorganização não implica a disrupção da prestação de serviços, mas apenas a forma de organização e articulação das equipas.

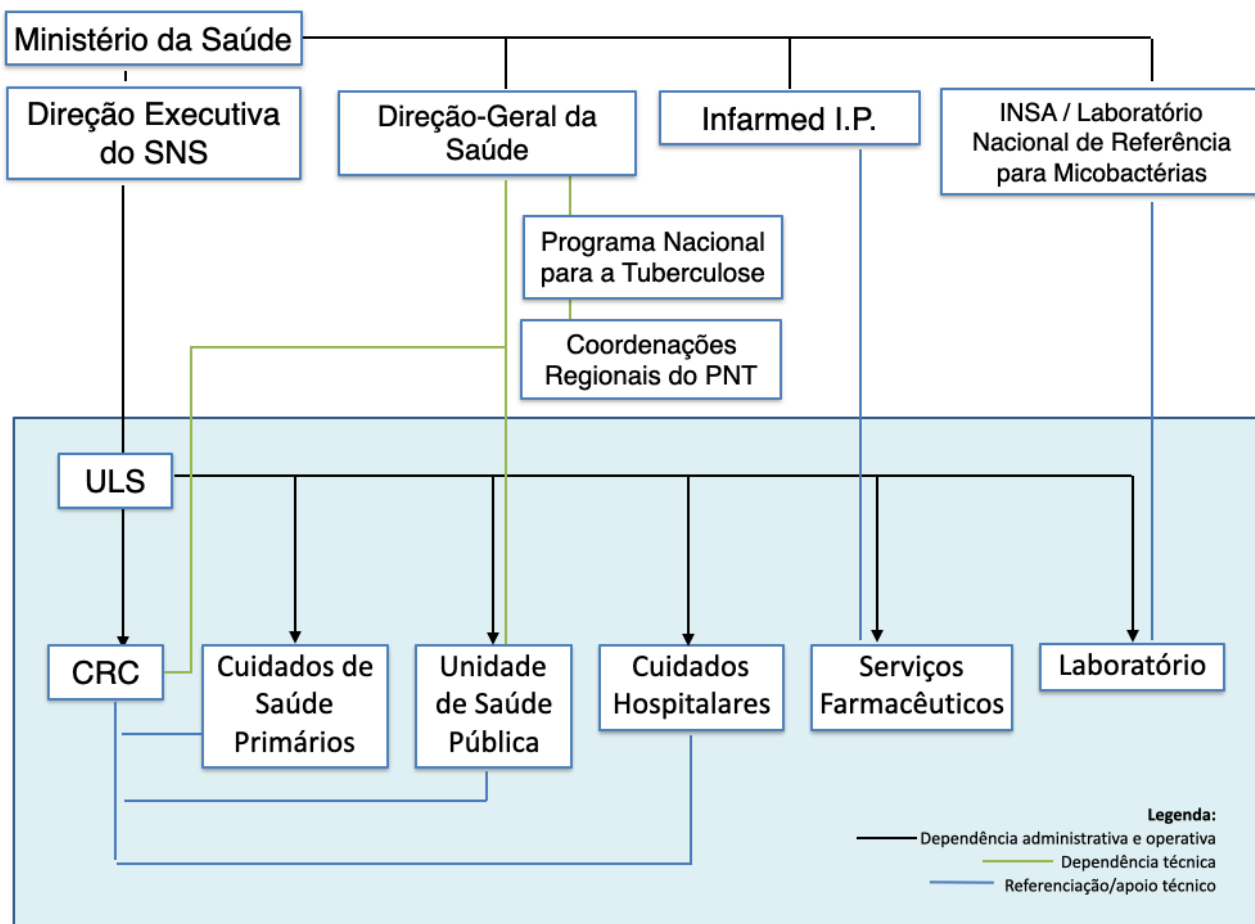


Figura 1 - Estruturas de saúde em tuberculose

Referências

1. Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>
2. The End TB Strategy. World Health Organization 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>
3. Global Plan to End TB 2023-2030. Stop TB Partnership. 2022. Disponível em: <https://www.stoptb.org/global-plan-to-end-tb/global-plan-to-end-tb-2023-2030>
4. Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/relatorio-de-vigilancia-e-monitorizacao-da-tuberculose-em-portugal-de-2022-pdf.aspx>
5. Roadmap for delivery of integrated tuberculosis services for vulnerable populations in Portugal. 2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/tuberculose/ficheiro-de-registos-folhetos/roadmap-for-portugal-pdf.aspx>