

# Guia Cuidados de Saúde em Tuberculose para Populações Vulneráveis

2023



# **Guia Cuidados de Saúde em Tuberculose para Populações Vulneráveis**

# Índice

Objetivos deste documento.....	2
Introdução.....	2
Epidemiologia.....	3
Conceitos gerais.....	4
Serviços de saúde e tuberculose.....	6
O que são os Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP)?.....	6
O papel dos Cuidados de Saúde Primários e Unidades Hospitalares na Tuberculose... ..	6
Como funciona a referenciação/Walk-in?.....	7
Custos associados.....	8
Tuberculose e as populações vulneráveis.....	9
Pessoas com Imunossupressão.....	9
Pessoas que vivem com VIH.....	9
Migrantes.....	10
Pessoas que utilizam substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).....	11
Pessoas em situação de sem-abrigo.....	12
Trabalhadores e ex-trabalhadores da indústria pedreira.....	12
Pessoas em situação de reclusão.....	13
Estratégias para aumentar o acesso das populações vulneráveis aos cuidados de tuberculose.....	14
Estigma e representações associadas à doença.....	15
Toma observada diretamente (TOD).....	16
Transporte de doentes.....	17
Proteção dos técnicos e profissionais de saúde.....	18
Subsídio de doença.....	18
Confidencialidade e sigilo.....	18
Referências bibliográficas.....	19
ANEXOS.....	21
Anexo I - Inquérito de Sintomas.....	22

## Objetivos deste documento

Identificar serviços de cuidados de saúde em tuberculose, formas de aceder aos mesmos, responsabilidades dos vários intervenientes e protocolos que permitam maior eficiência, com ênfase nas populações mais vulneráveis.

## A quem se destina?

Técnicos e profissionais de instituições que trabalham direta ou indiretamente com populações vulneráveis.

## Introdução

Desde 2002, o número de novos casos de tuberculose tem vindo a diminuir em Portugal, sendo que permaneceu estável no período 2016 a 2019 e diminuiu novamente em 2020 durante a pandemia por COVID-10, estimando-se, em 2021, uma incidência de 13,5 casos por 100 mil habitantes.<sup>1</sup> Ainda assim, Portugal mantém a taxa de notificação de tuberculose mais elevada na Europa ocidental.<sup>2,3</sup>

À medida que a incidência de tuberculose diminui, a carga da doença tende a concentrar-se em populações vulneráveis, pelo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as intervenções sejam centradas nestas populações.<sup>4,5</sup>

Em Portugal, as populações vulneráveis mais frequentemente atingidas pela tuberculose incluem as pessoas que vivem com VIH, migrantes, pessoas em situação de sem-abrigo, que utilizam substâncias psicoativas (incluindo álcool e outras drogas) e pessoas com exposição ocupacional à sílica.<sup>1,2</sup>

A vigilância e monitorização da Tuberculose a nível nacional e global<sup>2,3,6</sup> tem mostrado que os grupos vulneráveis têm uma mediana de dias superior até ao diagnóstico, maior risco de infeção e tuberculose ativa e piores níveis de sucesso terapêutico. Assim, o presente documento pretende facilitar o acesso a serviços de tuberculose existentes por parte de populações vulneráveis em Portugal, melhorando a identificação dos candidatos a tratamento preventivo e dos que apresentam tuberculose ativa.

## Epidemiologia

A coinfeção VIH verificou-se em 9,0% dos casos em 2018 e em 9,1% dos casos em 2019. Na última década registou-se uma redução sustentada da proporção de coinfetados mantendo-se o distrito de Lisboa como o mais afetado do país em 2019, agrupando 57,4% do total dos casos com estado VIH-positivo conhecido.<sup>2</sup>

Embora em Portugal a maioria de casos de tuberculose ocorra na população nativa, a proporção de casos em imigrantes continua a aumentar, correspondendo a 27,4% do total em 2020 (21,3% em 2018). O maior número de casos de tuberculose em imigrantes encontra-se entre os provenientes de países de língua oficial portuguesa, nomeadamente, Angola, Guiné-Bissau, Brasil e Cabo Verde, que correspondem a países com elevada incidência da doença e com risco acrescido de formas multiresistentes. Com um número decrescente de casos surgem posteriormente Moçambique, Nepal, Índia, São Tomé e Príncipe e Roménia. O distrito de Lisboa concentra cerca de 61% dos casos, seguindo-se Setúbal com 15%.<sup>2</sup>

Desde 2017 que os imigrantes apresentam um tempo mediano (em dias) entre o início de sintomas e o início do tratamento superior aos nativos, sendo em 2018 de 86 dias (78 dias para os nativos), em 2019 de 76 dias (74 para os nativos) e em 2020 de 80 dias (79 para os nativos).<sup>2</sup>

A proporção de casos de tuberculose nas pessoas em situação de sem-abrigo foi de 1% em 2019 e em 2020, sobretudo nos centros urbanos.<sup>2</sup> A mediana de dias até ao diagnóstico foi superior, em 2020, neste grupo, quer em comparação com anos anteriores (124 dias em 2020, 50 dias em 2016), quer em comparação com a mediana global nacional (80. Dias).<sup>2</sup>

A comorbilidade silicose, prevalente entre trabalhadores com exposição ocupacional à sílica, destaca-se na região Norte do país, correspondendo a 6% dos casos de tuberculose que se encontram no distrito do Porto em 2020.<sup>2</sup>

Os fatores de risco sociais mais prevalentes entre os casos notificados de tuberculose continuam a ser o consumo de álcool (10,8%), o consumo de substâncias psicoativas por via endovenosas e/ou inaladas (5,1%) e a residência comunitária (3,9%).<sup>2</sup>

## Conceitos gerais

### Tuberculose ativa ou infeção: o que as distingue?

Existem duas formas clássicas de tuberculose: tuberculose ativa e a infeção. Enquanto na primeira, surgem sintomas e/ou alterações imagiológicas com conseqüente risco de contagiosidade, na tuberculose infeção não surge doença, não surgem sintomas nem alterações imagiológicas e não se traduz em contagiosidade.

A tuberculose ativa pode ter várias localizações. Nas formas pulmonar e/ou laríngea existe risco de transmissão através da emissão de gotículas pela pessoa doente, quando esta tosse, fala ou espirra. Quando os bacilos inalados durante a inspiração alcançam e se depositam nos pulmões das pessoas expostas, pode ocorrer uma das seguintes situações:

- Através das suas defesas naturais, a pessoa consegue eliminar os bacilos dos pulmões;
- Surgem sintomas quando o bacilo ultrapassa e vence as defesas naturais – **tuberculose ativa**;
- Não surgem sintomas, mas os bacilos da tuberculose podem permanecer no interior do organismo, por longos períodos, em estado “dormente” – **tuberculose infeção**.

Uma pessoa com **tuberculose infeção** não está doente, não tem sintomas e não tem capacidade de transmitir a tuberculose. Contudo, tem um risco superior, sobretudo nos dois primeiros anos após a infeção, de desenvolver a doença. Assim, quando há o diagnóstico de tuberculose infeção, recomenda-se a realização de tratamento preventivo para evitar o aparecimento de tuberculose doença.

### *Como rastrear a tuberculose?*

Exclusão de doença ativa:

- Inquérito de sintomas (averiguar a existência de tosse há mais de 2 semanas ) ou tosse crónica com alterações recentes; febre ou febrícula (febre baixa) de predomínio noturno; emagrecimento; suores noturnos intensos; expectoração com sangue; v. anexo I);
- Radiografia de tórax (TAC, se adequado);
- Outros exames de acordo com os achados anteriores.

### *Rastreio de infeção:*

O rastreio de infeção é feito com utilização de testes imunológicos que avaliam a exposição ao bacilo da tuberculose, nomeadamente o teste de suscetibilidade à tuberculina (TST) e/ou teste IGRA. A sua positividade indica apenas infeção e não permitem o diagnóstico de tuberculose ativa.

### *Quem deve ser rastreado para a tuberculose?*

O risco de tuberculose é maior para quem tem um sistema imunitário mais frágil:

- Crianças, em especial com menos de 6 anos;
- Pessoas que vivem com VIH;
- Pessoas com doenças pulmonares crónicas, como a silicose;
- Pessoas a fazer medicação que interfere com o sistema imunitário.

Existem também fatores sociais e ambientais que facilitam a exposição à tuberculose, como a residência ou permanência em locais com sobrelotação.<sup>6</sup>

A OMS recomenda o rastreio de tuberculose nas seguintes situações:

- Pessoas que tiveram contacto próximo com doentes com tuberculose respiratória;
- Pessoas que vivem com VIH;
- Pessoas expostas à sílica;
- Pessoas em reclusão;
- Pessoas em situação de sem-abrigo, migrantes e outras com acesso limitado aos cuidados de saúde.

# Serviços de saúde e tuberculose

## O que são os Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP)?

Os Centros de Diagnóstico Pneumológicos (CDP) são unidades de saúde, diferenciadas na área da tuberculose. Existem diversos CDP em Portugal, como unidades físicas independentes ou fazendo parte de outras unidades dos Cuidados de Saúde Primários. Alguns funcionam diariamente e outros em alguns dias da semana. A morada e os contactos dos CDP em funcionamento em Portugal podem ser consultados [aqui](#).

As equipas de trabalho dos CDP integram diversos profissionais: médicos, enfermeiros e administrativos. Os médicos, da área da Pneumologia, Medicina Geral e Familiar e outras especialidades relevantes, assim como os enfermeiros, são profissionais com experiência na tuberculose conhecendo os protocolos de diagnóstico e tratamento da doença.

Alguns CDP dispõem de consultas de referência, especializadas em tuberculose infantil, tuberculose multirresistente e formas graves da doença.

A existência de Unidades de Saúde diferenciadas na Tuberculose permite gerir o diagnóstico e tratamento desta doença em proximidade, de forma integrada na comunidade estabelecendo parcerias de atuação com os cuidados de saúde primários, instituições hospitalares e diversas estruturas comunitárias.

O rastreio e tratamento da tuberculose baseia-se numa política de facilidade e proximidade para o utente. Assim, qualquer pessoa poderá recorrer ao CDP que lhe seja mais conveniente e facilitador.

## O papel dos Cuidados de Saúde Primários e Unidades Hospitalares na Tuberculose

Frequentemente, perante a perceção de tosse persistente ou mesmo de suspeita de tuberculose, o utente procura ajuda no Centro de Saúde. Após observação e perante a suspeita de tuberculose ativa, o médico deve encaminhar o doente para o CDP. Este pedido de consulta não exige referenciação. Contudo, o doente deve fazer-se acompanhar de informação clínica, por forma a melhor orientação com vista o diagnóstico ou a terapêutica. Os hospitais, nomeadamente os Serviços de Urgência, constituem também locais de procura de ajuda perante sintomas e, após observação, pode ser decidido a admissão hospitalar para investigação ou a referenciação do doente para uma consulta no CDP.

Os hospitais contribuem também para o rastreio de tuberculose nos que são mais vulneráveis, nomeadamente as pessoas que vivem com VIH e os doentes com indicação para tratamento biológico. A referenciação para o CDP pode ser efetuada perante a necessidade de rastreio ou aquando da identificação de infeção perante positividade dos testes imunológicos.

Perante uma pessoa com sintomas sugestivos de tuberculose, os profissionais /técnicos das organizações de base comunitária e/ou estruturas sociais, devem encaminhar para um dos CDP para observação urgente. O contacto prévio e o acompanhamento são estratégias importantes na garantia da comparência do doente, especialmente quando estão presentes determinantes sociais e/ou comorbilidades que possam dificultar o acesso ou a procura de ajuda. Em caso de sintomas graves com necessidade de observação urgente e em período de encerramento do CDP, deverá ser considerada a procura de ajuda nas Unidades Hospitalares.

### Como funciona a referenciação/Walk-in?

O atendimento no CDP pode ser solicitado sem carta de referenciação ou sem requisição de pedido de consulta. Assim, poderá ser solicitada a marcação de uma consulta em qualquer CDP quando ocorrido algum dos seguintes critérios:

- Exposição a tuberculose (ter tido contacto direto com alguém diagnosticado com tuberculose ativa);
- [Suspeita de tuberculose](#) (apresenta sinais ou sintomas sugestivos de tuberculose);
- Tuberculose em tratamento;
- Imunodeprimidos ou candidatos a tratamentos imunossupressores (p. ex.: pessoas que vivem com VIH, com artrite reumatoide, doença de *Crohn*, etc.);
- Proveniência de [países com elevada incidência de tuberculose](#);
- Crianças com indicação para vacina da tuberculose e com necessidade de rastreio prévio.

Quando está presente algum destes critérios o CDP não pode recusar a marcação de uma consulta quando sem referenciação. Qualquer CDP tem a obrigatoriedade de agendar o rastreio e observação médica a qualquer indivíduo que recorra ao CDP para rastreio ou tratamento de tuberculose.

A consulta em CDP não dispensa que sejam acionados os restantes cuidados de saúde necessários ao indivíduo, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários.

## Custos associados

Os custos diretos dos cuidados de saúde em tuberculose são integralmente suportados pelo orçamento do SNS, não havendo lugar ao pagamento de taxas moderadoras ou outras taxas por parte de cidadãos portugueses, ou estrangeiros, com ou sem número de utente atribuído.

Os custos indiretos imputados aos doentes com tuberculose, nomeadamente custos por perda de rendimentos do trabalho e transporte para acompanhamento e tratamento, são minimizados através de ajudas do Instituto da Segurança Social (subsídio por doença) e iniciativas locais das várias partes interessadas, incluindo autarquias (por exemplo passes de transporte sociais, disponibilização de estruturas de proximidade para Toma de Observação Direta (TOD), etc).

O “Manual de acolhimento no acesso ao sistema de saúde a cidadão estrangeiros” da Direção-Geral da Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde<sup>7</sup> descreve os procedimentos para acesso aos cuidados de saúde. Mesmo os imigrantes que não sejam titulares de uma autorização de residência ou que se encontrem numa situação não documentada face à legislação da entrada, permanência e saída de cidadãos estrangeiros do território nacional, têm sempre acesso a cuidados de saúde em caso de doença que coloque em risco a saúde pública, nos mesmos termos que sejam disponibilizados gratuitamente à população em geral, como nas situações relativas à tuberculose (Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD/07.05.09).

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro dispensa a cobrança de taxas moderadoras num conjunto de procedimentos associados a questões de saúde pública. As atividades dispensadas do pagamento de taxas moderadoras incluem as consultas e atos complementares prescritos na área da tuberculose dos CDP (Circular Normativa n.º 37/2011/UOFC de 28/12/2011 - Dispensa de cobrança de taxas moderadoras e cálculo de montantes a cobrar). As prestações de saúde realizadas no âmbito de programas de tratamento de utilizadores de substâncias psicoativas e de programas de toma de observação direta estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras (Circular Normativa n.º 37/2011/UOFC de 28/12/2011 - Dispensa de cobrança de taxas moderadoras e cálculo de montantes a cobrar).

# Tuberculose e as populações vulneráveis

## Pessoas com Imunossupressão

Os indivíduos imunodeprimidos, nomeadamente com infeção por VIH, sob tratamento imunossupressor, com comorbilidades (diabetes, insuficiência renal crónica) e crianças com idade inferior a 6 anos, se infetados pelo *Mycobacterium tuberculosis*, apresentam alto risco de progredir para doença ativa, particularmente nos casos de infeção por VIH ou sob tratamento imunossupressor. Por isso, são prioritários no atendimento, rastreio e observação médica.

## Pessoas que vivem com VIH

O rastreio anónimo, confidencial e gratuito de infeção por VIH (e outras infeções sexualmente transmissíveis) é garantido em Portugal através de várias instituições, nomeadamente:

- [Rede de Rastreio:](#)
- Mapa rede CAD [VIH/Sida \(dgs.pt\)](#);
- [SNS](#);
- [European Test Finder](#).

Como as pessoas que vivem com VIH têm um risco acrescido de desenvolvimento de tuberculose, devem fazer o rastreio regular de tuberculose.<sup>8</sup> Quem é diagnosticado com infeção pelo VIH deve fazer o rastreio para a tuberculose o mais cedo possível, devendo ser repetido anualmente ou mais cedo se houver exposição a um doente com tuberculose.<sup>8</sup>

O rastreio de **tuberculose infeção** é feito com recurso ao teste tuberculínico (TST) e ao teste IGRA. É fundamental a exclusão da doença ativa (**tuberculose ativa**) através do inquérito de sintomas e radiografia do tórax (a radiografia deve ser efetuada a todos, mesmo se assintomáticos).

Por outro lado, a pesquisa de infeção pelo VIH deve ser efetuada em todos os doentes com tuberculose (Circular Normativa N.º 19/DSCS/PNT de 17/10/2007), o que permite o ajuste do tratamento de acordo com a patologia e averiguando de forma célere a existência de formas resistentes de tuberculose.

## Migrantes

O Programa Nacional para Tuberculose incentiva todos os provenientes de países com elevada incidência de tuberculose, nos quais se incluem Angola, Guiné-Bissau, Cabo Verde, Moçambique, Brasil, mas também Ucrânia, Roménia, Rússia, a efetuarem o rastreio de sintomas logo que possível.

No momento de contacto com os cuidados de saúde, estes cidadãos devem ser questionados sobre a existência de sintomas de tuberculose, presença de história de exposição a tuberculose, presença de comorbilidades ou fatores de risco para progressão para doença. Devem também ser identificados os doentes com tuberculose ativa ou infeção em tratamento, conhecendo qual a data de início e o esquema de tratamento e garantir a sua continuidade. Perante sintomas sugestivos de tuberculose ativa e/ou fatores de risco deve ser encaminhado para observação no CDP.<sup>9</sup>

Os cidadãos estrangeiros, ainda que não inscritos no Serviço Nacional de Saúde, podem solicitar a realização de rastreio e agendamento da consulta num CDP.

Os procedimentos que devem ser seguidos pelas Unidades Funcionais para garantir o acesso ao sistema de saúde por cidadãos estrangeiros encontram-se detalhados no “Manual de acolhimento” da Direção-Geral da Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde.<sup>7</sup> Estes cidadãos estrangeiros inscrevem-se no Serviço Nacional de Saúde através do Centro de Saúde da sua área de residência, devendo para o efeito apresentar o título de autorização de residência emitido pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Os imigrantes que não sejam titulares de uma autorização de residência ou que se encontrem numa situação não documentada face à legislação da entrada, permanência e saída de cidadãos estrangeiros do território nacional, têm sempre acesso a cuidados de saúde urgentes, vitais ou que ponham em risco a saúde pública, nos mesmos termos que sejam disponibilizados gratuitamente à população em geral, nomeadamente em situações de doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública como a tuberculose.

Face a este enquadramento, os imigrantes, em situação irregular, com diagnóstico provável ou confirmado de tuberculose, têm o direito a serem assistidos na rede de cuidados de saúde do SNS, sem que os serviços prestadores de cuidados se possam recusar a assisti-lo com base em quaisquer razões ligadas a nacionalidade, falta de meios económicos, falta de legalização administrativa ou outra.

Em caso de barreiras linguísticas, poderá ser usado o Serviço de Tradução Telefónica (STT). Este serviço é assegurado pelo Alto Comissariado para as Migrações (ACM) que oferece uma

bolsa de tradutores/intérpretes e dirige-se a todos os interlocutores portugueses/estrangeiros que precisam de comunicar com estrangeiros e cidadãos/entidades portuguesas. Este serviço coloca em conferência telefónica, o técnico da instituição prestadora de serviços, um tradutor e o imigrante. O serviço está disponível, sem custos para as entidades e/ou utilizadores, todos os dias úteis, entre as 09:00h e as 20:00h, e sábados das 09:00h às 17:00h, através da Linha de Apoio a Migrantes – 808 257 257 – se ligar a partir da rede fixa, 218 106 191 – se ligar a partir da rede móvel ou do estrangeiro.

### **Pessoas que utilizam substâncias psicoativas (álcool e outras drogas)**

A dependência de substâncias psicoativas, assim como infeções associadas à partilha de material para consumo (como hepatite B e C), contribuem para o enfraquecimento físico do sistema imunitário, o que representa uma maior vulnerabilidade a infeções como a tuberculose.<sup>10,11</sup> No caso específico do álcool, um consumo diário igual ou superior a 38 gramas de álcool por dia aumenta o risco de tuberculose.<sup>12</sup>

Para além disto, a discriminação em razão do género, expressão ou identidade de género, orientação sexual, etnia ou dirigida a trabalhadores do sexo e pessoas que usam ou injetam drogas pode limitar o acesso aos cuidados de saúde necessários. Em paralelo com a implementação de rastreios sistemáticos devem ser tidas em conta as formas de proteger os direitos humanos e promover o acesso a todas as pessoas.

A OMS reconhece a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) em cidadãos com comportamentos aditivos e/ou dependência como um conjunto de boas práticas no domínio da saúde pública, particularmente relevantes na prevenção das doenças infecciosas.<sup>13</sup>

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e a Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Programa Nacional para a Tuberculose, assinaram um [protocolo](#) de colaboração em 2018, com definição dos procedimentos a adotar para a deteção e prevenção da tuberculose entre utilizadores de substâncias psicoativas.

O utente que contacta pela primeira vez uma Unidade de Intervenção Local da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) ou uma Equipa de Rua deve ser rastreado para tuberculose ativa através da aplicação do inquérito de sintomas e radiografia pulmonar. Se forem identificados sintomas sugestivos de tuberculose ou alterações radiográficas suspeitas, o utente deve ser orientado para o CDP/Consulta de tuberculose, onde prosseguirá o estudo.<sup>14</sup>

## Pessoas em situação de sem-abrigo

A tuberculose é frequente entre pessoas em situação de sem-abrigo; nestes doentes tende a existir maior prevalência de fatores de risco como consumo de álcool/drogas e infeção por VIH.<sup>15</sup>

A existência de programas e instituições que apoiem as pessoas em situação de sem-abrigo permite que, com o auxílio desses profissionais, seja facilitado o acesso a cuidados de saúde, incluindo de tuberculose.

As Organizações não Governamentais (ONG) providenciam vários serviços para pessoas em situação de sem-abrigo. Os profissionais trabalham em proximidade com esta população, oferecendo cuidados de saúde, serviços legais ou sociais, residências temporárias, entre outros.<sup>1</sup>

O inquérito de sintomas deve ser promovido, de forma proativa, pelas entidades que prestam apoio à população em situação de sem-abrigo, devendo, em caso de sintomas, situação de imunossupressão, diagnóstico de VIH ou uso de drogas, providenciar acompanhamento ao CDP para rastreio.

## Trabalhadores e ex-trabalhadores da indústria pedreira

A exposição à sílica e a doença profissional silicose (Decreto-Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de julho) estão entre os fatores com maior risco para o desenvolvimento de tuberculose, mais precisamente, aumentando o risco em mais de 30 vezes comparativamente à população geral.<sup>16</sup> Apesar de afetarem uma pequena parte da população, a importância deste fator de risco está bem documentada na epidemiologia nacional da tuberculose, destacando-se nos dois concelhos do país com a taxa de notificação por tuberculose mais elevada: Penafiel e Marco de Canaveses.<sup>2</sup>

De forma a proteger a saúde dos trabalhadores, os empregadores organizam o serviço de segurança e saúde no trabalho (art. 73.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro na sua atual redação). Estes serviços promovem a avaliação dos riscos ocupacionais e as respetivas medidas de prevenção, bem como a realização de exames de saúde adequados a avaliar e comprovar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade no momento da admissão e de forma regular.

As empresas devem promover a implementação de medidas de prevenção coletivas e individuais que permitam controlar a exposição à sílica por parte de todos os trabalhadores,

como equipamentos de extração de poeiras, sistemas de filtração do ar, aspersores de poeiras, corte por via húmida, utilização de equipamentos de proteção individuais adequados (incluindo máscara com capacidade de filtração das partículas de sílica).<sup>17</sup>

A OMS recomenda que todos os trabalhadores e ex-trabalhadores expostos à sílica sejam rastreados sistematicamente para tuberculose.<sup>16,18</sup> O rastreio deve incluir o inquérito de sintomas e a radiografia de tórax, considerando não só o risco de tuberculose, mas também de outras doenças pulmonares incluindo a silicose. A realização de radiografia de tórax deve ser realizada sempre que possível no local de trabalho, para facilitar a adesão dos trabalhadores.<sup>18</sup>

### **Pessoas em situação de reclusão**

Nas prisões há um elevado risco de contágio de tuberculose por serem locais com um elevado número de pessoas em proximidade. Sempre exista um caso de tuberculose numa prisão, deve ser feito o rastreio aos seus contactos próximos, em articulação dos serviços envolvidos com as Unidades de Saúde Pública da área de influência.

Para além disto, a Direção-Geral da Saúde e a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais celebraram, em 2014, um [protocolo](#) para definição dos procedimentos de deteção e prevenção da tuberculose nos estabelecimentos prisionais.<sup>19</sup> O rastreio de tuberculose pulmonar deve ser efetuado no ingresso em Estabelecimento Prisional, com carácter periódico e sempre que haja exposição a caso infeccioso. O rastreio de tuberculose pulmonar no ingresso em estabelecimento prisional (até 24 horas após a detenção) consiste na pesquisa de sinais e sintomas sugestivos de doença, e na realização de uma radiografia pulmonar. O inquérito de sintomas é aplicado a todos os reclusos com a periodicidade, pelo menos, semestral, bem como a radiografia de tórax se permanência superior a um ano.

Portanto, deve ocorrer rastreio aquando do ingresso da pessoa em reclusão, de forma periódica (semestral/anual) e sempre que ocorre caso de tuberculose no estabelecimento prisional ou em pessoa que tenha frequentado estabelecimento prisional em período de contagiosidade.

## Estratégias para aumentar o acesso das populações vulneráveis aos cuidados de tuberculose

As populações vulneráveis (e *hard-to-reach*) podem ser definidas como adultos, jovens e crianças cujas circunstâncias sociais ou de estilo de vida torne difícil reconhecer sintomas sugestivos de TB, aceder a serviços de tratamento e diagnóstico, autoadministrar tratamento e manter *follow-up* clínico regular.<sup>20</sup>

São considerados princípios guia para assegurar a efetividade de intervenções e modelos de serviços em TB os seguintes:<sup>20</sup>

- Redução da pobreza e exclusão social;
- Acesso equitativo a serviços de saúde e sociais;
- Abordagem centrada no paciente;
- Abordagem para além do setor da saúde;
- Integração de serviços para atender a várias necessidades físicas e psicossociais relacionadas com a vulnerabilidade;
- Sensibilidade ao género e à cultura;
- Respeito e não estigmatização;
- *Empowerment* e participação, reforçando a literacia da população em TB.

São consideradas intervenções em áreas chave para prevenção e controlo da TB em populações vulneráveis as seguintes, melhor descritas no documento do ECDC de 2016 "*Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations*":<sup>20</sup>

- Intervenções que promovam o diagnóstico precoce de TB ativa através de rastreio (ex.: rastreios com unidades móveis de radiografia em populações sem-abrigo ou outras; envolvimento de parceiros na comunidade para promover rastreio de TB), incentivos e rastreio de contactos;
- Intervenções que promovam o sucesso terapêutico (ex.: envolvimento de gestores de casos na comunidade, incluindo profissionais não clínicos; recurso a meios digitais de providenciar TOD; utilização de incentivos para cumprimento da TOD);
- Reforço da comunicação e colaboração entre serviços;
- Monitorização e avaliação das intervenções realizadas.

Neste sentido, devem ser estabelecidos protocolos locais para facilitar acesso das populações vulneráveis aos serviços de cuidados de saúde em tuberculose. Por exemplo, com a criação de parcerias entre equipas que operam no terreno (como organizações não

governamentais, instituições, outros serviços de saúde, etc) e os CDP e/ou outras Unidades Funcionais relevantes (como Unidades de Saúde Pública, Unidades de Saúde Familiares/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) para facilitar o envio de produtos biológicos para laboratório de referência (ex.: colheita de amostra de expectoração para exame micobacteriológico; colheita de sangue para teste IGRA; etc). Devem ser acautelados os aspetos logísticos necessários, nomeadamente relativamente ao material necessário para realização do exame, o profissional/técnico responsável pela recolha/ensino do utente, a identificação inequívoca do utente e da amostra biológica, os modelos de requisição em vigor, etc.

## Estigma e representações associadas à doença

O estigma associado à tuberculose merece também uma atenção especial. Para além de pretendermos contornar os determinantes sociais que podem impedir o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, é também importante que se aumente a literacia na área da saúde pulmonar e, neste caso concreto, da tuberculose. Sabemos que o estigma<sup>1,2,3</sup> é uma realidade com expressão considerável e para lutarmos de forma eficaz contra este facto, é indispensável aumentarmos o nível de informação que os doentes e a população em geral têm sobre esta doença.

No caso dos migrantes é comum encontrarmos representações sobre a tuberculose com matriz cultural diversificada, pelo que é importante questionar o que sabem sobre a doença, quais as barreiras e entraves vivenciadas, uma vez que podem constituir um obstáculo neste processo terapêutico.

Assim, além da TOD, será importante proporcionar ao doente um “espaço” ou “consulta”, que poderá ter lugar no momento da sua visita mensal ao CDP, ou na comunidade (onde é feita a TOD) com vista a que as verdadeiras preocupações do doente sejam acolhidas. Através da implementação desta consulta, estamos a contribuir para um aumento dos

---

<sup>1</sup> [core\\_tbhumanrightsgenderequality\\_technicalbrief\\_fr.pdf \(theglobalfund.org\)](#)

<sup>2</sup> [Tuberculose : l'OMS publie des orientations en matière d'éthique pour protéger les droits des patients | Réfugiés et migrants \(un.org\)](#)

<sup>3</sup> [Estigma da tuberculose: percepção de emoções na expressão facial dos outros pelos doentes em tratamento - Iscte – Instituto Universitário de Lisboa \(iscte-iul.pt\)](#)

conhecimentos sobre a doença, a forma de transmissão, a importância da toma diária e facilitamos assim a adesão ao tratamento.

Quanto mais bem informado estiver o doente, melhor será a sua adesão ao tratamento e melhor será o seu conhecimento e empoderamento face à doença.

Cada população terá necessidades específicas que as ONG estão em posição privilegiada para as conhecer, dada a sua proximidade e experiência no terreno.

A OMS<sup>4</sup>, elaborou uma série de recomendações, nas quais preconiza que os profissionais de saúde devem acompanhar e implicar-se para que o doente, família e comunidade possam estar o mais envolvidos possível na luta contra esta doença.

### Toma observada diretamente (TOD)

O tratamento da tuberculose é prolongado no tempo, tendo a duração mínima pelo menos seis meses, e implica a toma de vários fármacos diariamente, existindo o risco de não adesão ao tratamento prescrito.

A OMS, no âmbito da estratégia Direct Observed Therapy Short Course Treatment (DOTS), recomenda que a toma de medicação, nas pessoas com **tuberculose ativa**, seja sempre supervisionada pelo profissional de saúde, por observação direta<sup>21</sup>, sendo esta considerada como uma boa prática que deve ser procurada ativamente com o envolvimento dos serviços de saúde, sociais, da comunidade e outros necessários a cada caso em particular. Assim, para que o tratamento da tuberculose ativa (doença) seja efetuado em regime de TOD, podem ser adotadas diferentes estratégias, dependendo das particularidades das situações concretas:

- TOD no domicílio durante período de contagiosidade por profissional de saúde da Unidade de inscrição do utente, Centro de Diagnóstico Pneumológico ou outro profissional/técnico com formação em TOD;
- TOD na unidade funcional (USF/UCSP) de inscrição do utente ou noutra unidade de saúde ou estrutura da comunidade que seja próxima e facilitadora para o utente, em horário adaptado ao mesmo;

---

<sup>4</sup> [Brief guide on TB control for primary health care providers \(who.int\)](#) Patient Education (page 41)

- Recurso a plataformas digitais/contacto telefónico diário em situações em que existam os meios e a literacia necessária à TOD por parte do utente;
- Recurso a transporte providenciado por autarquia ou serviços de saúde para deslocação ao local da TOD.

A TOD é essencial para o sucesso do tratamento dos doentes com tuberculose e permite a monitorização de efeitos secundários da medicação, que podem ser mais prontamente resolvidos com o apoio dos profissionais de saúde.

O sucesso da TOD assenta numa estratégia de tratamento em proximidade, centrada no doente e na comunidade onde se insere, de forma a facilitar a adesão e, conseqüentemente, o sucesso terapêutico. O envolvimento de todos os níveis dos cuidados de saúde, incluindo os Cuidados de Saúde Primários, com partes interessadas e parceiros da comunidade, incluindo Organizações de base comunitária, instituições de solidariedade social, autarquias/juntas de freguesia, entre outras, contribuem para o sucesso desta estratégia.

Para além disto, investigação recente sugere que o recurso a plataformas digitais para realização da TOD não terá perda de efetividade face à TOD presencial, podendo ser considerado em alguns contextos.<sup>22</sup>

## Transporte de doentes

Os custos associados às deslocações para TOD são por vezes difíceis de suportar. Nos meios rurais, as dificuldades de acessos e mobilidade e a escassez de transportes dificultam as deslocações para os locais de tratamento. Assim, estas deslocações devem ser reduzidas ao indispensável, devendo ser procuradas, através da articulação com outras estruturas de saúde ou sociais da comunidade, soluções de proximidade à residência do doente. A utilização de um transporte público ou a partilha de transporte com familiares pode ser difícil, uma vez que o doente sabe que pode transmitir a doença. Numa fase inicial da doença, quando os doentes se encontram ainda contagiosos, devem ser procuradas estratégias de visita domiciliária pelos serviços de proximidade do utente, nomeadamente através da articulação com os Cuidados de Saúde Primários, para garantir a realização de TOD em condições de segurança para o utente, seus familiares e comunidade.

Fornecer transporte para o local de TOD é uma estratégia facilitadora para melhorar a adesão à mesma<sup>21</sup>, devendo ser fomentada através da criação de parcerias/protocolos a nível local.

## Proteção dos técnicos e profissionais de saúde

A vigilância de saúde apropriada dos profissionais de saúde é da responsabilidade dos Serviços de Saúde Ocupacional ou de Saúde e Segurança do Trabalho. Os casos de tuberculose ativa (doença) entre os profissionais de saúde devem ser considerados doenças profissionais com origem provável no local de trabalho.<sup>23</sup>

## Subsídio de doença

O Subsídio de Doença é pago desde o primeiro dia de incapacidade no caso de tuberculose. Em situações em que existam mais de dois familiares a cargo, o valor corresponde a 100% da remuneração de referência.<sup>24</sup> Em situações em que existam até dois familiares a cargo, o valor corresponde a 80% da remuneração de referência.<sup>24</sup>

## Confidencialidade e sigilo

A relação estabelecida entre o utente e o profissional de saúde, atenta a matéria em causa, está salvaguardada pelo princípio da reserva da intimidade da vida privada e, nessa medida, protegida pelo dever de sigilo profissional. Deste modo, o profissional de saúde não poderá prestar informação sobre a saúde do utente a terceiros – nem mesmo familiares deste – sem autorização prévia e expressa do próprio, sob pena de violar essa obrigação de segredo profissional.<sup>25</sup>

Atendendo ao risco de saúde pública que acarreta, a tuberculose é uma doença de notificação obrigatória. Assim o médico que suspeita de um caso de doença está obrigado por lei a fazer a respetiva notificação à autoridade de saúde da área de residência no prazo de 24 horas (Despacho n.º 1151/2021, de 28/01/2021). As autoridades de saúde e outros profissionais de saúde com quem colaboram iniciarão, posteriormente, a investigação epidemiológica que permitirá a identificação de contactos expostos e o seu encaminhamento para rastreio. As autoridades de saúde e restantes profissionais de saúde das Unidades de Saúde Pública estão também obrigados ao dever de sigilo profissional.

A Lei de Bases da Saúde sublinha, assim, a importância da responsabilidade do Estado, das pessoas e da sociedade na garantia efetiva do direito fundamental à proteção da saúde, reconhecendo-o como um objetivo individual e coletivo, que deve estar presente em todas as políticas e em todos os setores de atividade da sociedade e que deve ser cumprido com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (cfr. artigo 13.º da CRP e alínea a) do n.º 1 da Base 2 da LBS).<sup>25</sup>

## Referências bibliográficas

- 1 National Institute for Public Health and the Environment. Roadmap for delivery of integrated tuberculosis services for vulnerable populations in Portugal. *Eur Cent Dis Prev Control* 2022.
- 2 Programa Nacional para a Tuberculose. Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal - Dados definitivos 2020. *Direção-Geral da Saúde* 2021; : 1–52.
- 3 World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2022. 2022.
- 4 Stop TB Partnership. The Global Plan to End TB 2023-2030. 2022. DOI:10.5040/9781350251052.ch-003.
- 5 WHO. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. 2014.
- 6 European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe - 2020 data. 2022.
- 7 Caetano S, Correia C, Silveira E. Manual De Acolhimento No Acesso Ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros. *Sns* 2016; : 1–44.
- 8 Cláudia Carvalho, Rita Ferraz, Raquel Duarte. Metodologia de rastreio de tuberculose em doente com infeção pelo VIH. *Programa Nac para a Tuberc* <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>.
- 9 Direção Geral de Saúde. Recomendações de rastreio de Tuberculose em cidadãos deslocados. 2022.
- 10 Hunt N, Ashton M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B, Stimson G. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. 2003; : 4–10.
- 11 F DRSM-TRDTGEHBFFA, Marcos Abdo Arbex; Valéria Maria Augusto; Marcelo Fouad Rabahi; Fernanda Carvalho de Queiroz Mello. Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs. *J Bras Pneumol* 2018; 44: 145–52.
- 12 Francisco J, Oliveira O, Felgueiras O, Gaio AR, Duarte R. How much is too much alcohol in tuberculosis? *Eur. Respir. J.* 2017; 49. DOI:10.1183/13993003.01468-2016.
- 13 WHO, UNODC, United Nations. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users. *Evid action Tech Pap* 2008. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf).
- 14 Direção-Geral da Saúde; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Rastreio de Tuberculose em Utilizadores de Substâncias Psicoativas.

- 2016.
- 15 Dias M, Gaio R, Sousa P, *et al.* Tuberculosis among the homeless: Should we change the strategy? *Int J Tuberc Lung Dis* 2017; 21: 327–32.
  - 16 World Health Organization (WHO). Operational handbook on tuberculosis. 2021 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340256/9789240022614-eng.pdf>.
  - 17 European Commission - Employment SA& I. Guidance for National Labour Inspectors on addressing risks from worker exposure to respirable crystalline silica ( RCS ) on construction sites Senior Labour Inspectors ' Committee ( SLIC ) Date of Issue : October 2016. 2016.
  - 18 World Health Organization (WHO). Module 2: screening - systematic screening for tuberculosis disease. 2021.
  - 19 DGS; DGRSP. Protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais para a definição dos procedimentos de deteção e prevenção da tuberculose nos estabelecimentos prisionais. *Mol Med Microbiol Three-Volume Set* 2014; : 1–16.
  - 20 European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. 2016.
  - 21 Programa Nacional para a Tuberculose. Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose. *Dgs* <https://www.pnvihsida.dgs.pt/>.
  - 22 World Health Organization (WHO). Digital Health in the TB response. 2015. <https://www.who.int/publications/m/item/digital-health-in-the-tb-response-scaling-up-the-tb-response-through-information-and-communication-technologies>.
  - 23 Direção-Geral da Saúde. Orientação 010/2014: Vigilância da Tuberculose nos profissionais de saúde. *Direção-Geral da Saúde* 2014; : 1–10.
  - 24 Direção-Geral da Segurança Social: - Direção de Serviços de Instrumentos de Aplicação. Proteção Social - Subsídio de doença. .
  - 25 Entidade Reguladora da Saúde. Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. 2021. <https://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.

# ANEXOS

## Anexo I - Inquérito de Sintomas

1. Identificação
Nome: _____
Género: Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Qual? _____
2. Antecedentes
Alguma vez fez o rastreio de tuberculose? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Se sim, quando? _____
Resultado: Negativo <input type="radio"/> Tuberculose infeção <input type="radio"/> Tuberculose doença <input type="radio"/>
Se positivo, fez tratamento? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Se fez tratamento, qual a data de início _____ e de termo _____
Concluiu tratamento? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Local do tratamento _____
<u>Outros antecedentes pessoais relevantes</u>
Teve contacto com caso de tuberculose infecciosa nos dois últimos anos? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
VIH: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Hepatite B: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Diabetes: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Hepatite C: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Outros: _____
<u>Consumos:</u>
Substâncias psicoativas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Injetadas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Álcool: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Tabaco: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Outras observações: _____
3. Sintomas
Tosse há mais de 2 semanas ou tosse crónica com alterações recentes: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Febre ou febrícula de predomínio noturno: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Emagrecimento: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Sudorese (suores) noturna intensa: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Expectoração hemoptóica/hemoptises (com sangue): Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Se presença de dois ou mais sintomas deve ser contactada Unidade de Saúde Pública Local e encaminhada para observação em consulta de Tuberculose.



Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa – Portugal  
Tel.: +351 218 430 500  
Fax: +351 218 430 530  
E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)