

PROTOCOLO ENTRE A

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

E O

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

PARA A DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE

RASTREIO DE TUBERCULOSE EM UTILIZADORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

No Mundo, no ano de 2016, foram diagnosticados 6,3 milhões de novos casos de tuberculose. Apesar de os números de tuberculose estarem a diminuir em Portugal, em 2016 foram notificados 1938 casos de tuberculose dos quais 1788 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 18,8/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 17,3/100.000 habitantes. Apesar da redução da incidência da tuberculose, esta continua a ser um grave problema de saúde pública, com especial enfoque nos grupos vulneráveis, dos quais destacamos os indivíduos com comportamentos aditivos e/ou dependência (CAD). Cerca de 434 doentes (22,4%) apresentaram fatores de risco diversos, entre os quais o consumo de álcool (10,6%) e o consumo de drogas ilícitas (6,1%) - endovenosas e/ou inaladas - foram os mais representados.

A ocorrência de comportamentos aditivos e/ou dependência (CAD) aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de outras doenças mentais ou físicas. A proporção de indivíduos com comportamentos aditivos ou dependência que apresentam comorbilidades física e/ou psíquica é muito elevada, o que determina que se tenham de estabelecer estratégias socio-sanitárias integradas para responder a estes fenómenos. Tratando-se de uma condição crónica e sujeita a recaídas e implicando pela sua natureza uma forte ambivalência no que respeita ao envolvimento em tratamento, a resposta integrada às perturbações aditivas requer a mobilização de diferentes tipos de intervenção, articuladas num dispositivo assistencial coerente que possibilite o acompanhamento ao cidadão com CAD em todas as fases e manifestações destas perturbações.

A Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para a Tuberculose, tem a competência de promover atividades de prevenção, controlo e cuidados na área da tuberculose, no combate à Tuberculose Multirresistente e na abordagem da tuberculose em grupos vulneráveis, garantindo a implementação de estratégias que visem melhorar o acesso aos cuidados de saúde, o rápido diagnóstico e o adequado tratamento e acompanhamento dos casos identificados.

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, designadamente em grupos mais vulneráveis.

Neste âmbito, a Direção-Geral da Saúde e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências decidiram definir, em colaboração, os procedimentos a adotar para a deteção e prevenção da Tuberculose entre utilizadores de substâncias psicoativas, com vista a uniformizar e melhorar o processo de identificação precoce dos doentes com tuberculose e melhorar o resultado do tratamento da doença, entre utilizadores de substâncias psicoativas.

Assim, no sentido de desenvolver o objetivo comum destas entidades é celebrado o presente Protocolo de Colaboração entre:

A **Direção-Geral da Saúde**, adiante designada por DGS, serviço central do Ministério da Saúde, pessoa coletiva n.º 600 037 100, com sede na Alameda D. Afonso Henriques, n.º 45, em Lisboa, e neste ato representada pelo sua Diretora-Geral, Dra. Graça Freitas,

E

O **Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências**, adiante designado por SICAD, serviço central do Ministério da Saúde, pessoa coletiva n.º 600 084 884, com sede no Parque de Saúde Pulido Valente, Alameda das Linhas de Torres, n.º 117, Edifício SICAD, 1750-147 Lisboa, e neste ato representado pelo seu Diretor-Geral, Dr. João Castel-Branco Goulão,

Que se rege pelas seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira

Objeto

O presente protocolo tem por objeto enquadrar a colaboração entre a Direção-Geral da Saúde e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências no âmbito da definição dos procedimentos a adotar para a deteção e prevenção da Tuberculose entre utilizadores de substâncias psicoativas, com vista a uniformizar e melhorar o processo de identificação precoce dos doentes com tuberculose e melhorar o resultado do tratamento da doença, entre utilizadores de substâncias psicoativas.

Cláusula Segunda

Obrigações das partes

1 - A DGS, através do Programa Nacional para a Tuberculose, no âmbito do presente Protocolo obriga-se a colaborar na:

- a) Definição dos procedimentos a adotar;
- b) Divulgar, em colaboração com o SICAD, os procedimentos junto dos serviços obrigados à sua implementação.

2- Constitui, no âmbito do presente protocolo, obrigação do SICAD:

- a) Conceção e validação dos procedimentos;
- b) Recolher os dados que permitem o calculo dos indicadores;
- c) Divulgar, em colaboração com a DGS, os procedimentos junto dos serviços obrigados à sua implementação.

3- A DGS e o SICAD desenvolverão com as DICAD / ARS, I.P. as articulações necessárias para a implementação das disposições deste protocolo nas Unidades de Intervenção Local em matéria de Comportamentos Aditivos e Dependências.

Cláusula Terceira

Comissão Técnica Conjunta (CTC)

1. Para o acompanhamento da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose entre os utilizadores de substâncias psicoativas, definidos no âmbito do presente Protocolo, é criada uma Comissão Técnica Conjunta (CTC), nomeada pela DGS e pelo SICAD, constituída por representantes de ambas as Instituições.
2. A Comissão Técnica Conjunta (CTC) é constituída:
 - a) Pela Diretora do Programa Nacional para Tuberculose ou por representante por ela indicado;
 - b) Pelos Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a Tuberculose (PNT);
 - c) Pelo Diretor-Geral do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências ou por representante por ele indicado.
3. A CTC desempenha as seguintes funções:
 - a) Monitoriza o cumprimento da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose nos utilizadores de substâncias psicoativas definidos neste Protocolo;
 - b) Define os constrangimentos resultantes da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose nos utilizadores de substâncias psicoativas definidos neste Protocolo;
 - c) Resolve as situações de conflito resultantes da aplicação do presente Protocolo;
 - d) Elabora propostas de melhoria ou alteração dos procedimentos de rastreio de tuberculose nos utilizadores de substâncias psicoativas definidos neste documento, após a avaliação, durante o período de um ano, da aplicação dos procedimentos definidos neste Documento.
4. A CTC reúne, pelo menos, duas vezes por ano, e apresenta superiormente relatórios semestrais com a avaliação da aplicação dos procedimentos definidos neste Protocolo.
5. A CTC é secretariada, alternadamente por um elemento do setor da Direção Geral da Saúde e por um elemento do SICAD.

Cláusula Quarta

Acompanhamento e avaliação

- 1- Para fins estatísticos, os Serviços de Intervenção em matéria de CAD enviam trimestralmente, até ao dia 15 dos meses de janeiro/abril/julho/outubro, por correio eletrónico ao SICAD, um relatório em modelo a definir;
- 2- O SICAD envia o relatório referido no ponto anterior à Coordenação Regional e Nacional do Programa Nacional para a Tuberculose, devidamente preenchido;
- 3- Os procedimentos previstos neste protocolo deverão ser avaliados anualmente, podendo ser revistos e atualizados sempre que tal se justifique e a pedido de qualquer uma das partes.



Cláusula Quinta

Encargos

1. Não existem custos associados à execução do presente Protocolo.
2. Cada instituição é exclusivamente responsável pelos custos e encargos das iniciativas e ações que resultem da aplicação das normas que venham a ser emanadas no âmbito do presente Protocolo.

Cláusula Sexta

Proteção da Propriedade Intelectual

- 1 - Os materiais resultantes das atividades desenvolvidas no âmbito do presente Protocolo de Colaboração estão sujeitos à proteção prevista no Código do Direito de Autor e Direitos Conexos, designadamente, o que respeita à proteção da obra fotográfica e audiovisual;
- 2 - Ambas as Partes são titulares dos direitos de autor dos materiais realizados no âmbito do presente Protocolo;
- 3 - Ambas as partes permitem a utilização de logotipos nos materiais produzidos no âmbito do presente protocolo, desde que previamente avaliados e desde que nesses não constem a referência a dispositivos médicos, a medicamentos, e à indústria farmacêutica.

Cláusula Sétima

Confidencialidade

Na execução do presente Protocolo, ambas as Partes comprometem-se a:

- a) Não revelar o conteúdo da informação confidencial, salvo acordo prévio entre as Partes ou no âmbito de um processo judicial;
- b) Utilizar a informação que for recebida por uma das Partes, única e exclusivamente, para os fins para o qual foi emitida, não podendo ser revelada a terceiros;
- c) Informar o disposto na presente cláusula aos seus associados, trabalhadores, ou colaboradores envolvidos na execução do presente Protocolo.

Cláusula Oitava

Dúvidas

As dúvidas suscitadas pela interpretação do presente Protocolo serão resolvidas de comum acordo entre o Diretor-Geral da Saúde e o Diretor- Geral do SICAD, ou os seus representantes, nomeados especificamente para o efeito.

Cláusula Nona

Foro Competente

Para todas as questões emergentes do presente Protocolo, e caso não seja possível um entendimento prévio nos termos da cláusula anterior, será competente o Tribunal da Comarca de Lisboa.

Cláusula Décima **Denúncia e modificação**

- 1 - Qualquer das Partes pode, a todo o tempo, denunciar o presente Protocolo desde que notifique a outra da vontade de efetuar esta denúncia, por carta registada com aviso de receção;
- 2 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, o presente Protocolo poderá ser modificado, no todo ou em parte, ou revogado, em qualquer momento por comum acordo entre as Partes.

Cláusula Décima-Primeira **Vigência e caducidade**

O presente protocolo produz efeitos a partir da data da sua assinatura e é válido pelo período de um ano, sendo automaticamente renovado por iguais e sucessivos períodos, caso não seja denunciado por qualquer das partes, com antecedência mínima de 30 dias.

O presente protocolo é elaborado em dois exemplares, ficando cada Parte com um exemplar de igual valor.

Lisboa, 13 de julho de 2018

Diretora-Geral da Saúde

Dra. Graça Freitas

**Diretor-Geral do Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos e nas Dependências**

Dr. João Castel-Branco Goulão

Norma conjunta DGS/SICAD

PROCEDIMENTOS A ADOTAR PARA A DETEÇÃO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE ENTRE UTILIZADORES DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS

INTRODUÇÃO

A ocorrência de comportamentos aditivos e/ou dependência (CAD) aumentam significativamente o risco de desenvolvimento de outras doenças mentais ou físicas. A proporção de indivíduos com comportamentos aditivos ou dependência que apresentam comorbilidades física e/ou psíquica é muito elevada, o que determina que se tenham de estabelecer estratégias socio sanitárias integradas para responder a estes fenómenos. Tratando-se de uma condição crónica e sujeita a recaídas e implicando pela sua natureza uma forte ambivalência no que respeita ao envolvimento em tratamento, a resposta integrada às perturbações aditivas requer a mobilização de diferentes tipos de intervenção, articuladas num dispositivo assistencial coerente que possibilite o acompanhamento ao cidadão com CAD em todas as fases e manifestações destas perturbações.

Assim, a intervenção em CAD pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos, estruturas e recorrer a diferentes formas de ação, ajustando-se às necessidades globais do cidadão, determinadas não só pelo grau de gravidade da perturbação mas igualmente pelo risco de desenvolvimento de comorbilidades físicas e psíquicas, ou no caso de já se terem desencadeado, pela necessidade da sua deteção precoce e consequente referenciação para tratamento.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde reconhece a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) em cidadãos com CAD como um conjunto de boas práticas no domínio da saúde pública, particularmente relevantes na prevenção das doenças infecciosas¹.

Numa fase inicial, marcada pelas respostas orientadas sobretudo para a prevenção da transmissão de doenças infecciosas e tendo como alvo prioritário a população de consumidores por via endovenosa, o paradigma da RRMD evoluiu para uma abordagem integrada no domínio da saúde pública que contempla tanto os consumidores de substâncias ilícitas como de lícitas², passando a intervir não só no contexto comunitário como também em contextos mais específicos onde outros comportamentos aditivos e dependências (CAD) se podem manifestar.

Em Portugal, a implementação de respostas de RRMD é fortemente impulsionada pela realidade vivida na última década do século XX a nível da elevada prevalência do consumo de substâncias psicoativas (SPA) na população (sobretudo heroína e cocaína), bem como do recurso à via endovenosa. Nesse sentido, a aprovação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodpendência³ veio reforçar as abordagens da RRMD de forma mais efetiva. Decorrente desta Estratégia, a publicação do Decreto-Lei nº 183/2001, de 21 de Junho (DR nº 142/2001) vem definir e enquadrar os programas e estruturas sócio sanitárias destinados à sensibilização e ao

encaminhamento para tratamento de consumidores de SPA, bem como para a prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais promovidos pelos CAD.

Neste contexto foi criada uma moldura legal para os seguintes programas e estruturas sócio sanitárias:

- Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio familiar
- Centros de acolhimento
- Centros de abrigo
- Pontos de contato e informação
- Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas
- Programas de substituição em baixo limiar de exigência
- Programas de troca de seringas
- Equipas de rua
- Programas para consumo vigiado.

Todos estes dispositivos comportam no âmbito do seu funcionamento a informação, o rastreio, despiste e a referência de doenças infecciosas. De acordo com a sua natureza e características operacionais, podem ainda, em alguns casos, proporcionar o respetivo tratamento.

No Mundo, no ano de 2016, foram diagnosticados 6,3 milhões de novos casos de tuberculose. Apesar dos números de tuberculose estarem a diminuir em Portugal, em 2016 foram notificados 1938 casos de tuberculose dos quais 1788 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 18,8/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 17,3/100.000 habitantes. Apesar da redução da incidência da tuberculose, esta continua a ser um grave problema de saúde pública, com especial enfoque nos grupos vulneráveis, dos quais destacamos os indivíduos com comportamentos aditivos e/ou dependência (CAD). Cerca de 434 doentes (22,4%) apresentaram fatores de risco diversos entre os quais o consumo de álcool (10,6%) e o consumo de drogas ilícitas (6,1%) - endovenosas e/ou inaladas - foram os mais representados.

Os programas de tuberculose devem identificar os grupos vulneráveis, avaliar as suas necessidades e as barreiras de acesso aos cuidados de saúde. As estratégias identificadas devem basear-se nas prioridades, na eficácia, viabilidade e recursos disponíveis. Deve ser dada prioridade às estratégias que visem melhorar o acesso aos cuidados de saúde, garantir o rápido diagnóstico e o adequado tratamento e acompanhamento dos casos identificados.

METODOLOGIA DO RASTREIO DE TUBERCULOSE

1. O rastreio de tuberculose ativa (doença) é efetuado através da utilização conjunta de inquérito de sintomas (Anexo 1) e radiografia do tórax. Perante suspeita de doença ativa (presença de sintomas ou alteração radiológica) deve-se continuar o estudo diagnóstico, através do encaminhamento do utente para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) ou consulta de tuberculose da área de residência/área de inscrição ou da sua preferência.

2. O rastreio de infeção latente por *Mycobacterium tuberculosis* (MT) é feito com o teste tuberculínico (2 unidades PPD RT23) e/ou teste IGRA (Interferon gamma release assay).
3. O tratamento da tuberculose ativa ou infeção latente pelo MT deve ser orientado por pessoal médico experiente em tuberculose e as interações medicamentosas vigiadas. Para este efeito, é importante o diálogo entre todos os clínicos envolvidos no tratamento do doente, independentemente da sua especialidade. O tratamento da tuberculose ativa deve ser efetuado em regime de toma sob observação direta (TOD). De forma a melhorar a adesão ao tratamento, deve-se privilegiar o tratamento combinado, esgotando-se todas as possibilidades existentes nos serviços de saúde. Os CDP/consulta de tuberculose, as unidades de intervenção local da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) ou as equipas de rua devem promover a troca de informação e os contactos necessários ao acompanhamento da adesão do doente com tuberculose ativa ao tratamento, independentemente do local onde o mesmo seja efetuado.

OPERACIONALIZAÇÃO DO RASTREIO

1. Quando um utente 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 feito o rastreio de tuberculose ativa, através da aplicação do inquérito de sintomas que consta do Anexo 1 e da realização de radiografia pulmonar.
2. Se, no decurso do rastreio inicial, o utente tiver história anterior de tuberculose e tiver antecedentes de tratamento irregular ou de abandono, deverá ser orientado para o CDP/Consulta de tuberculose, para exclusão de doença ativa e orientação terapêutica ou de vigilância (Anexo 2).
3. Se o utente estiver em tratamento, deverá ser assegurada a continuidade do mesmo, privilegiando o tratamento combinado (em local a definir com o CDP/Consulta de tuberculose), assim como deve ser assegurado que as medidas de controlo de infeção estão garantidas.
4. De igual forma, se, no decurso do rastreio inicial, forem identificados sintomas sugestivos de tuberculose ou alterações radiográficas suspeitas, o utente deve ser orientado para o CDP/Consulta de tuberculose, onde prosseguirá o estudo.
5. O utente orientado para o CDP/Consulta de tuberculose deve ser portador de informação sobre hábitos de consumo de substâncias psicoativas, álcool e tabaco, assim como de patologia associada (Anexo 1).
6. No CDP/Consulta de tuberculose prossegue a avaliação do utente e programa-se tratamento ou vigilância, consoante as situações. Perante necessidade de início de tratamento de doença ativa, deve-se priorizar o regime de toma combinada, sempre sob observação direta.
7. Se todo o estudo for negativo, o utente deverá ser avaliado com periodicidade anual ou mais cedo perante história de contacto conhecido com doente com tuberculose.



8. O rastreio de infeção latente por MT deverá ser efetuado, após exclusão de doença ativa, nos utentes com história de exposição a doente com tuberculose e nos utentes com infeção pelo VIH ou outros estados de imunossupressão (Anexo 3 e Anexo 4).
9. O rastreio de infeção latente por MT pressupõe sempre que há intenção de iniciar tratamento preventivo, caso o rastreio seja positivo.

MEDIDAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

1. Cada unidade de saúde deve organizar os seus serviços de modo a minimizar o risco de transmissão de tuberculose entre os utentes e entre os utentes e os profissionais de saúde.
2. Um doente com tuberculose ativa deve fazer tratamento combinado (juntando as terapêuticas antibacilares, anti-retrovirica e de substituição opióide, no mesmo local).
3. Em regime de ambulatório e domiciliário, a redução do risco assenta na garantia de boas condições de ventilação em todos os espaços e na disponibilização de meios de proteção individual (máscaras cirúrgicas para os doentes e respiradores para os profissionais de saúde).

CIRCULAÇÃO DE INFORMAÇÃO

1. O atendimento dos utentes encaminhados pelas unidades de intervenção local da DICAD para os CDP/Consulta de tuberculose deve ser assegurado com a máxima brevidade possível, tendo em consideração o modelo organizativo dos serviços, não devendo ultrapassar cinco dias úteis após o pedido da unidade de intervenção local.
2. Conforme referido anteriormente, para a partilha de informação deverá ser utilizado o modelo que se anexa (anexo 5) o qual deverá ser entregue ao utente e, depois de completado o seu preenchimento, devolvido para a unidade de intervenção local, devendo também ser entregue ao doente um exemplar. Este duplo procedimento deverá permitir aos profissionais de saúde dos diferentes serviços o controlo da adesão dos utentes à consulta e ao tratamento. Independentemente destes procedimentos formais de circulação de informação deverão ser privilegiadas todas as formas de comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde envolvidos.

Avaliação da concretização dos objetivos

1. Os procedimentos previstos neste protocolo deverão ser avaliados através dos seguintes indicadores:



- a) Número de utentes tratados nos Serviços de Intervenção em matéria de CAD
- b) Número de utilizadores de substâncias psicoativas rastreados para TB
- c) Número de casos de TB ativa entre os utilizadores de substâncias psicoativas rastreados
- d) Número de casos de utilizadores de substâncias psicoativas VIH + com rastreio de TB efetuado
- e) Número de casos de utilizadores substâncias psicoativas com tuberculose ativa em tratamento
- f) Número de casos de utilizadores substâncias psicoativas com tuberculose ativa com tratamento completado

Cláusula 10ª.

1. Para fins estatísticos, os Serviços de Intervenção em matéria de CAD enviam trimestralmente, até ao dia 15 dos meses de janeiro/abril/julho/outubro, por correio eletrónico ao SICAD, o formulário que consta do Anexo 6.
2. O SICAD envia o formulário que consta do Anexo 6 à Coordenação Regional e Nacional do Programa Nacional para Tuberculose, devidamente preenchido.

Anexo 1

Inquérito de sintomas a ser aplicado no primeiro contacto entre o utente e a Unidade de Intervenção Local em CAD ou Equipa de Rua e no rastreio periódico de sintomas.

Programa Nacional para a Tuberculose

RASTREIO DE TUBERCULOSE EM UTILIZADORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

INQUÉRITO DE SINTOMAS

| 1. Identificação | | |
|---|---------------------------------|----------------------------|
| Nome: _____ | | |
| Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Data nascimento: ___/___/___ | N.º Processo clínico _____ |
| 2. Antecedentes | | |
| Tuberculose no passado: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> | | |
| Se sim: Ano _____ ; | | |
| Local de tratamento _____ ; Medicação _____ ; | | |
| Duração do tratamento (meses) _____ | | |
| Tuberculose atualmente: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> | | |
| Se sim: Data do diagnóstico ___/___/___ ; | | |
| Local de tratamento _____ ; | | |
| Data de início do tratamento ___/___/___ ; | | |
| Medicação _____ | | |
| Outros antecedentes pessoais relevantes: | | |
| Teve contacto com caso de tuberculose infecciosa nos dois últimos anos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| VIH: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Hepatite B: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Hepatite C: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Diabetes: | | |



Handwritten signature

Sim Não

Outros: _____

Hábitos:

Drogas: Sim Não ; Injetadas: Sim Não ; Álcool: Sim Não Tabaco: Sim Não

Observações: _____

3. Sintomas

Tosse há mais de 3 semanas ou tosse crónica com alterações recentes Sim Não

Febre ou febrícula de predomínio nocturno Sim Não

Emagrecimento Sim Não

Sudorese noturna intensa Sim Não

Expectoração hemoptóica/hemoptises Sim Não

Se presença de dois ou mais sintomas deve ser pedida radiografia do tórax e colhidas 2 amostras de expectoração para estudo micobacteriológico, com carácter de urgência

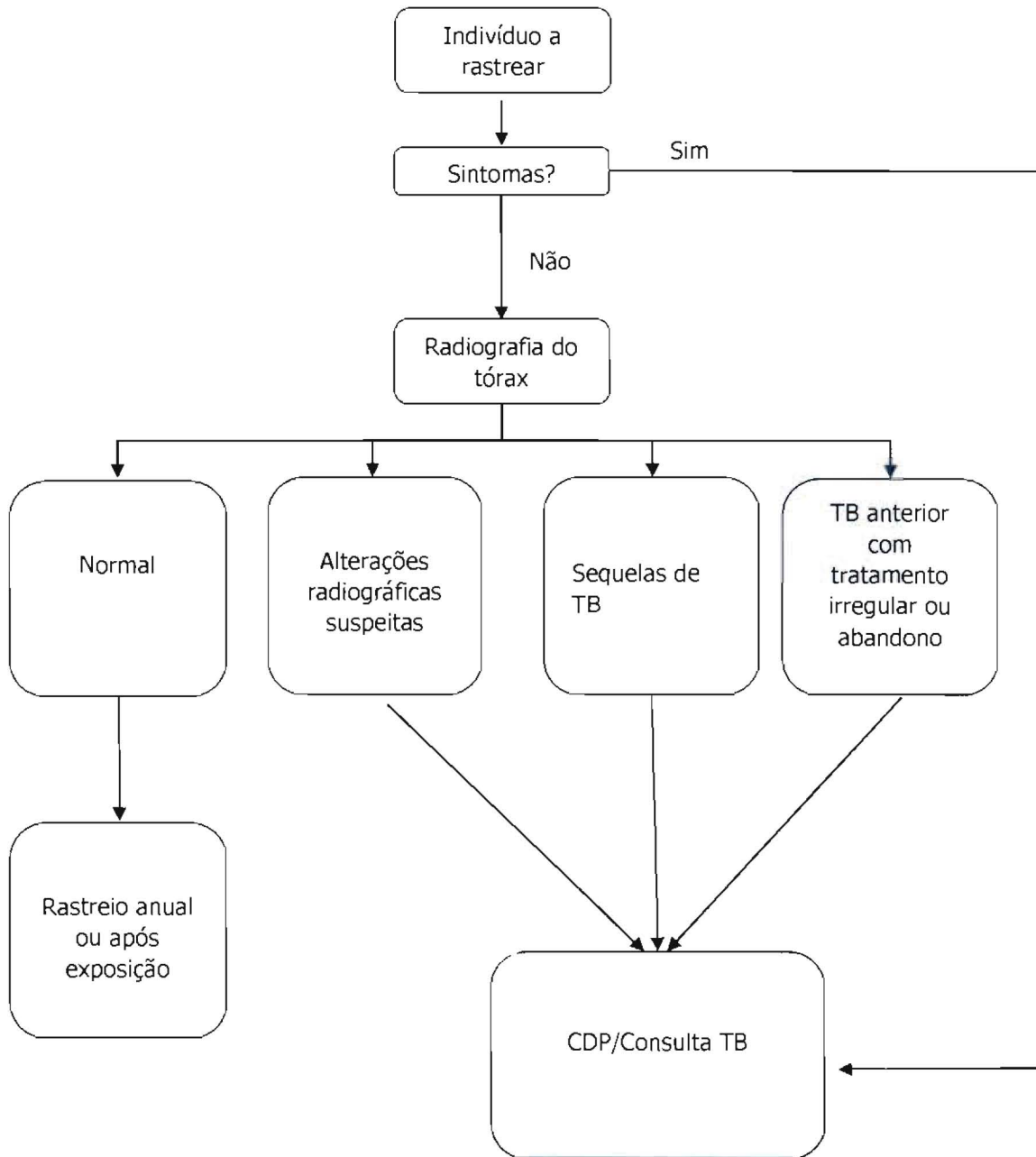
Local: _____; Data de preenchimento: ___/___/___

Preenchido por (nome e função):

Handwritten signature

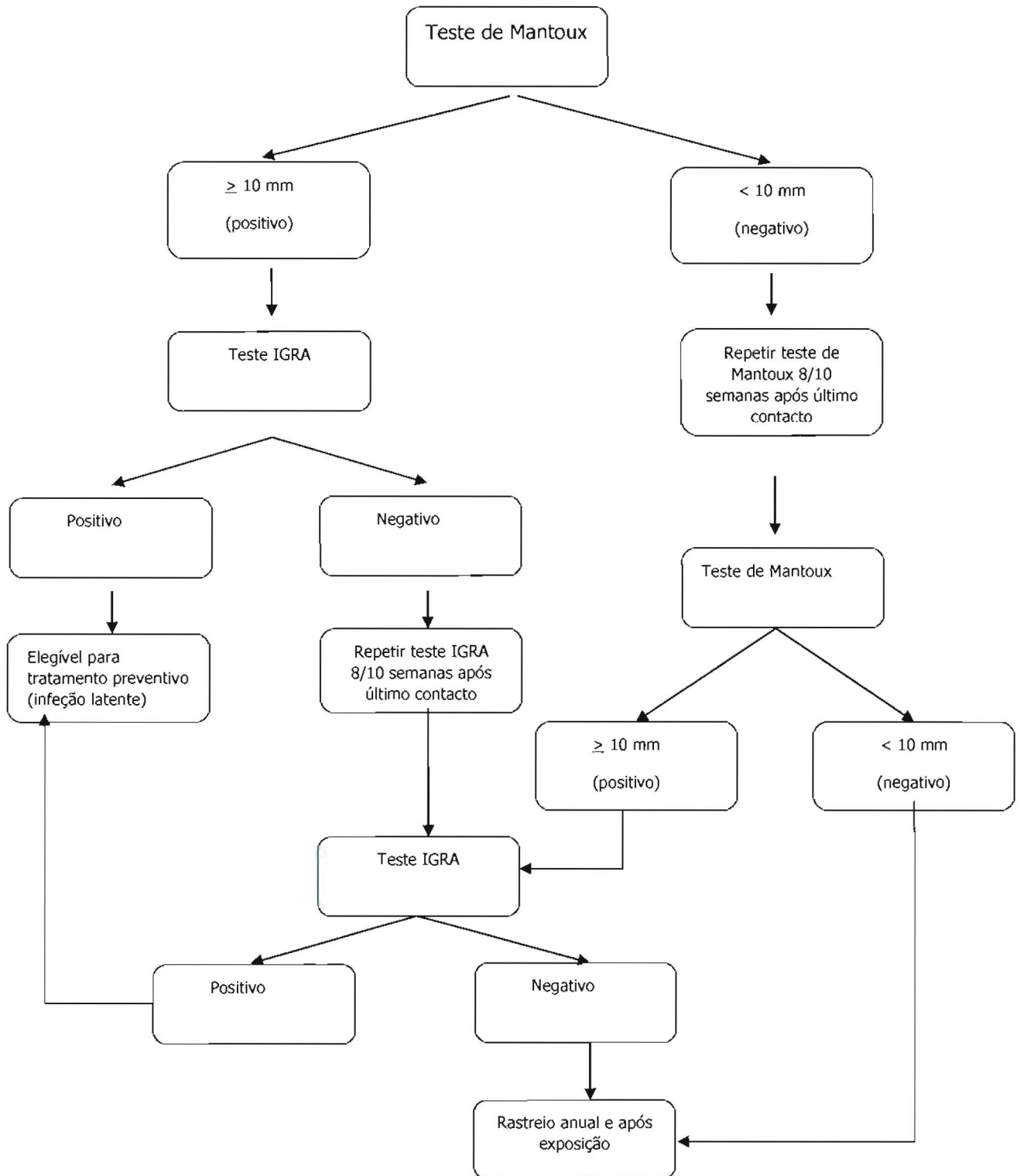
Anexo 2

Rastreio de tuberculose pulmonar em utilizadores de substâncias psicoativas – Fluxograma de procedimentos



Anexo 3

Rastreio de infeção latente por MT em contactos imunocompetentes após exposição a caso contagioso e decisão de início de medicação preventiva¹

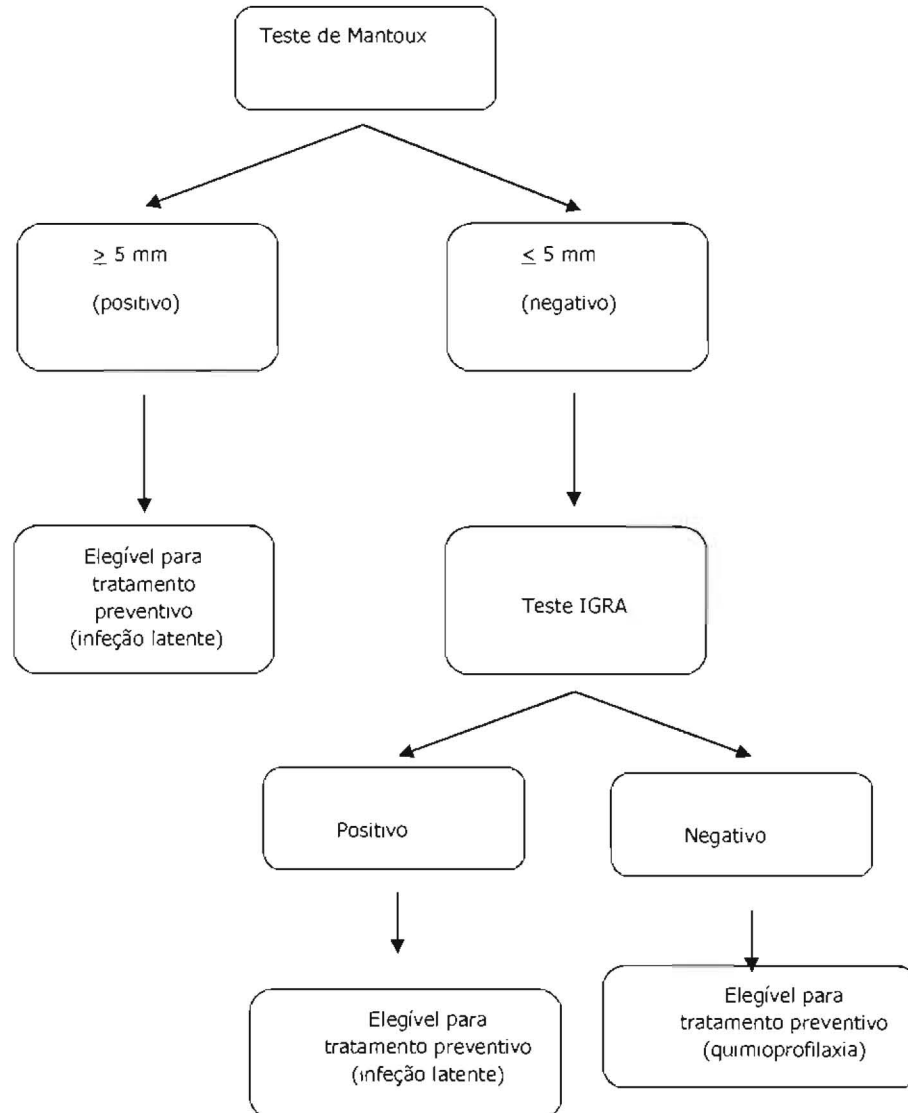


¹ Caso não seja possível realizar os dois testes, a decisão é baseada no teste realizado

Handwritten signature

Anexo 4

Rastreamento de infeção latente por MT em contactos imunocomprometidos após exposição a caso contagioso e decisão de início de medicação preventiva



O início de tratamento preventivo deve ser antecedido de avaliação de risco de toxicidade medicamentosa: patologia hepática (hábitos etílicos e hepatites virais B e/ou C) e doseamento das enzimas hepáticas (TGP e TGO)

Anexo 5

Carta Tipo de resposta da consulta de tuberculose

Caro Colega,

Enviou-nos o/a Sr/a _____ seguido/a por si por _____, medicado com _____

Da avaliação de fatores de risco para infeção por *Mycobacterium tuberculosis*

- Com/Sem história de exposição a doentes com tuberculose no passado
- Com/Sem história pessoal de tuberculose

Se houver história de exposição a tuberculose no passado:

A exposição a doente com tuberculose decorreu há _____ meses/anos. Foi efetuado/Não foi efetuado rastreio, tendo/não tendo feito medicação preventiva com _____ durante _____ meses.

Se houver história de tuberculose no passado:

O diagnóstico de TB no passado foi baseado em _____ (confirmação cultural/histologia/clinica e radiologia sugestiva). Teve/Não teve resultado do teste de suscetibilidade aos fármacos. Fez/Não fez tratamento.

Se fez tratamento

Fez tratamento com _____ durante _____ meses em regime de _____ (toma observada diretamente ou livre).

Do rastreio atual

Com/sem sintomas sugestivos de doença

Radiografia pulmonar _____ (Normal/alterada). Se alterada descrever as alterações).

Teste tuberculínico: _____ mm

IGRA: _____ (positivo/negativo/indeterminado) Se IGRA indeterminado:

mitogénio _____ controlo _____

Informação adicional:



_____, ____/____/____

O colega ao dispor, XXXXXX

O contacto para qualquer esclarecimento adicional: _____



Anexo 6

AVALIAÇÃO TRIMESTRAL DO RASTREIO DE TUBERCULOSE EM UTILIZADORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO EM CAD _____

Trimestre _____ Ano _____

| Número de utentes tratados | Número de utilizadores de substâncias psicoativas rastreados para TB | Número de casos de tuberculose ativa diagnosticados entre os rastreados | Número de casos de utilizadores de substâncias psicoativas VIH+ rastreados para TB |
|--|--|---|--|
| | | | |
| Número de casos de tuberculose que iniciaram tratamento durante o trimestre: | | Número de casos de tuberculose que terminaram o tratamento durante o trimestre: | |

Observações

Data de preenchimento ___ / ___ / _____

Responsável pelo preenchimento (nome e função):



Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users. An integrated approach. 2008.
2. Erickson, P. Introduction: The Three Phases of Harm reduction. An Examination of Emerging Concepts, Methodologies, and Critiques. Substance Use & Misuse.1999. 34 (1), 1-7.
3. Presidência do Conselho de Ministros [PCM] - Programa de Prevenção da Toxicodependência - Projecto VIDA (1999). Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (1ª ed.). Lisboa: MGS Artes Gráficas
4. World Health Organization. Global Tuberculosis report 2017.2017