

# BOLETIM TUBERCULOSE

Edição nº 1

Fevereiro/2024



**CARLOS  
DUARTE**

Uma jornada  
de resiliência e  
compromisso  
social

Raio X da  
tuberculose no  
Estado de São Paulo

Entrevista com  
a Enfermeira  
Ângela Tayra

Tuberculose  
e HIV por  
Dr. Álvaro Furtado

# GUIA ORIENTADOR: PROMOÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL PARA AS PESSOAS ACOMETIDAS PELA TUBERCULOSE





**Boletim da Tuberculose**  
Edição nº 1  
Fevereiro de 2024  
**Coinfecção HIV e Tuberculose**

**Coordenação:**  
Comitê Estadual de Controle  
Social da Tuberculose

**Secretaria Executiva do Comitê TB SP:**  
Américo Nunes  
Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso  
Angela Tayra  
Eri Ishimoto  
Giovanna Mariah Orlandi  
José Carlos Veloso  
Rachel Russo

**Equipe Responsável:**  
Maurício Barreira e Talita Martins

**Projeto Gráfico:**  
Mercel Reis

**Revisão Técnica:**  
Comitê Estadual de Controle  
Social da Tuberculose

**Imagens e Fotografias:**  
Arquivo pessoal, Freepik.com  
e Pexels.com

**Este material foi realizado com re-  
cursos do Projeto BRA/15/004**

**Siga nossas redes sociais:**

 @comitepaulistatb

 cecstb.sp

 @comitepaulistatb

 PodTB

# ÍNDICE

06

## Sobre o CECSTB-SP

Comitê Estadual de Controle Social  
da Tuberculose de São Paulo

07

## Raio X da tuberculose no Estado de São Paulo

O enfrentamento à TB permanece como um de-  
safio significativo para a saúde pública no Brasil.

12

## Entrevista com a Enfermeira Ângela Tayra

Brasil e São Paulo estão no caminho para eliminar  
a TB e o HIV como problemas de saúde pública

15

## Carlos Duarte

Uma jornada de resiliência e compromisso social

20

## Metas de eliminação da TB enquanto problema de saúde pública

No Brasil, o enfrentamento dessa doença conta  
com o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose

22

## Você sabia que...

15 fatos sobre a Tuberculose

23

## Experiência Exitosa - Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose

Articulações multissetoriais, ações de advocacy  
e mobilização social.

24

## Experiência Exitosa - Instituto Vida Nova

A luta constante contra a tuberculose

26

## Tuberculose e HIV - Artigo Dr. Álvaro Furtado

A tuberculose continua sendo uma das maiores  
causas de morte em decorrência da aids

28

## Como é feito o diagnóstico da TB Ativa e da ILTB

Para identificar a tuberculose ativa e latente nas  
Pessoas Vivendo com HIV Aids existem dois tes-  
tes principais: o IGRA e prova Tuberculínica.



# EDITORIAL

**A tuberculose continua sendo um desafio significativo de saúde pública no Brasil e em diversas regiões do mundo. Agravando essa situação, temos a crise sanitária desencadeada pela Covid-19 e o aumento da pobreza, especialmente em países pobres ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.**

Frente a essa realidade, estão sendo desenvolvidas diversas estratégias em níveis federal, estadual e municipal. Contudo, é importante ressaltar que muitas vezes não é atribuída a devida importância a essa questão. No entanto, existem experiências bem-sucedidas que deveriam ser compartilhadas e disseminadas amplamente.

A tuberculose (TB) necessita de maior visibilidade, uma vez que ainda persistem dúvidas e informações conflitantes que podem resultar em preconceito e discriminação contra as pessoas afetadas pela doença. É crucial desenvolver estratégias de visibilidade e amplificar a voz dos profissionais de saúde e da comunidade.

Nesse contexto, o Comitê Estadual de Controle Social da TB - Comitê TB SP, tem trabalhado em parceria com gestores, universidades e a sociedade civil desde 2007, com o objetivo principal de eliminar a TB.

Para o final de 2023 e o primeiro semestre de 2024, o Comitê TB SP está desenvolvendo o projeto "Comunicação em Saúde, Tuberculose e Coinfecção TB/HIV", com o propósito de destacar boas práticas na prevenção, diagnóstico, tratamento e cura da TB no estado de São Paulo, além de abordar os desafios enfrentados em diferentes territórios.

Este boletim, planejado em três edições, visa abordar os principais desafios, estratégias e populações mais vulneráveis para a eliminação da TB. A primeira edição irá focar na coinfecção TB/HIV, uma vez que as pessoas vivendo com HIV/Aids são uma das populações mais afetadas pela TB no Brasil e no mundo. A segunda edição abordará as populações vulneráveis e as barreiras de acesso à saúde. Por fim, a terceira edição tratará dos determinantes sociais da saúde, estigma e discriminação, temas de grande relevância na saúde pública e na proteção social.

Para este primeiro tema, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde, membros da sociedade civil, ativistas e representantes de conselhos que possuem experiências significativas no combate à TB. É fundamental permanecer vigilante em relação às metas estabelecidas pelo governo para a eliminação da TB como problema de saúde pública até 2030. Este projeto, com o apoio do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose e Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DATHI do Ministério da Saúde, integra a estratégia de eliminação da TB no Estado de São Paulo.



## Sobre o CECSTB-SP

O Comitê Estadual de Controle Social da Tuberculose de São Paulo (CECSTB-SP), foi criado em 2007 a partir do Projeto Fundo Global - uma organização internacional - em parceria com o Ministério da Saúde. E a sua formalização ocorreu com a publicação no Diário Oficial da Resolução SS-109, de 17-09-2014. Trata-se de uma instância colegiada de caráter consultivo e propositivo, que tem por missão ser um articulador entre governo, sociedade civil, academia, pesquisa, parlamento e outras instâncias multisetoriais, buscando integração e contribuição para as políticas públicas do controle da tuberculose no Estado, dando visibilidade às ações de mobilização de promoção de políticas, defesa e ampliação de direitos na causa da tuberculose, comunicação social, monitoramento e avaliação, com vistas à garantir maior participação social no aprimoramento dos serviços de saúde e na defesa dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. A finalidade deste espaço é garantir ações, instrumentos, sustentabilidade, o controle social e a integração entre sociedade civil e governo no controle da tuberculose. O CECSTB-SP in-

tegra a Rede Brasileira de Comitês e é constituído por órgãos públicos, entidades não governamentais nacionais ou internacionais com atuação no Estado de São Paulo, entidades representativas de trabalhadores, de empregadores, instituições científicas e tecnológicas, academia, pessoas atingidas pela tuberculose, Aids ou outras comorbidades, que manifestem interesse em apoiar a luta no enfrentamento da tuberculose.

### Secretaria Executiva do CECSTB-SP:

Américo Nunes  
Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso  
Angela Tayra  
Eri Ishimoto  
Giovanna Mariah Orlandi  
José Carlos Veloso  
Rachel Russo



## Raio X da tuberculose no Estado de São Paulo

O enfrentamento à tuberculose (TB) permanece como um desafio significativo para a saúde pública no Brasil. A crise sanitária e social agravada pela pandemia de covid-19 continua a exercer um impacto adverso no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença. Os avanços conquistados nos anos anteriores à pandemia estagnaram ou retrocederam, conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), e a retomada das ações ainda não atingiu o patamar necessário.

No Brasil, assim como em outros países, os serviços de TB foram seriamente afetados durante a pandemia, o que comprometeu além do seguimento das pessoas em tratamento, a continuidade das ações de busca ativa de casos na comunidade e de rastreamento de contatos, indica o Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2023 do Ministério da Saúde. A redução nas notificações de pessoas com TB em 2020 e 2021 sugere que o número de pessoas com TB não diagnosticadas e não tratadas aumentou.

Segundo o mais recente Boletim Epidemiológico divulgado pelo Centro de Referência e Treinamen-

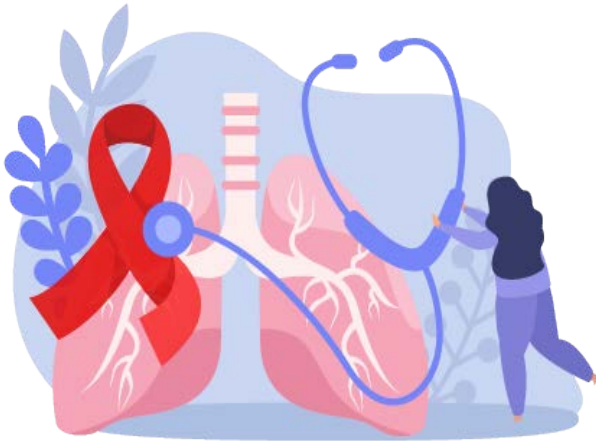
to DST/AIDS-SP, o Estado de São Paulo apresentou um aumento de 15% nos casos de tuberculose entre 2020 e 2022. Dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES) apontam que nos últimos cinco anos, mais de 91,6 mil casos da doença foram identificados em todo o estado, sendo, 18,4 mil em 2018; 18 mil em 2019; 16,1 mil em 2020; 16,3 mil em 2021; 18,6 mil em 2022; e 20 mil em 2023.

O Brasil registrou, em 2022, 81 mil novos casos de tuberculose. Dados do Ministério da Saúde apontam que Amazonas, Rio de Janeiro e Roraima apresentaram os maiores coeficientes de incidência (CI - casos por 100 mil habitantes): 84,1, 75,9 e 68,6 casos da doença para cada grupo de 100 mil habitantes, respectivamente. Mesmo não estando entre os maiores CI, os infectados em São Paulo representam 23,84 % dos casos no Brasil, com coeficiente de incidência de 38,3.

Os indicadores de tratamento são os melhores indicadores operacionais para avaliar impacto no controle da doença, sendo necessário pelo menos 85% de cura para que ocorra este impacto. A cura no ESP, antes da pandemia da COVID-19, mante-

ve-se entre 80,1% e 83,3%. Após 2020, houve um declínio importante nesse indicador. Em contrapartida, a interrupção de tratamento apresentava percentuais entre 8,9% e 11,3% e, no ano de 2020 e 2021, apresentou o percentual de 12,4% e 13,1%, respectivamente.

Em relação ao coeficiente de mortalidade (CM - óbitos por 100 mil hab.), os números no Brasil e no Estado também cresceram, de 2,1 para 2,38, e de 1,9 para 2,2 óbitos por 100 mil hab.



### Coinfecção TB/HIV No Estado de São Paulo e Infecção Latente da Tuberculose em Pessoas Vivendo com HIV/Aids

Populações sob condições de vulnerabilidade tem papel importante no desenvolvimento da TB. As pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) estão em constante risco de adoecimento e devem ser investigados de forma sistemática para a tuberculose e vice-versa, isto é, todo paciente positivo para HIV deve ser investigado para tuberculose. No ESP, em 2019, a testagem para HIV foi de 91,0%. Mesmo após a pandemia da COVID-19, a testagem apresentou percentual elevado de 91,9% em 2020 e 90,6%, em 2021. A taxa de coinfecção vem apresentando declínio nos últimos 10 anos e, em 2021, apresentou percentual de 6,7%.

(Fonte: Boletim Epidemiológico - 2022 - Programa Estadual IST/Aids-SP | Centro de Referência e Treinamento)

### Casos Notificados de TBHIV, Estado de São Paulo, 2019 a 2022\*

No período de 2019 a 24/08/2022 foram notificados 76.560 casos de tuberculose (TB) através do Sistema de Notificação e Acompanhamento de Tuberculose do estado de São Paulo - TBWEB. Deste total, 68.768 (87,5 %) casos realizaram sorologia para o HIV e em 6.798 (8,7%) estavam coinfectados com TB-HIV. A proporção de soropositividade para o HIV foi reduzida, de 9,4% em 2019 para 8,5% em

2021, em contrapartida a proporção de casos sem informação de realização do teste aumentou de 8,6% em 2019 para 9,5% em 2021.

Em 2021 a coinfecção TB-HIV variou nas regiões dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), de 18,6% em Barretos a 1,8% em Presidente Venceslau; 11 GVE apresentaram proporção de HIV mais elevadas que o Estado.

No mesmo ano, verificou-se ausência de informação ou não realização do teste anti-HIV entre os casos de TB em vários GVE, chegando a 38,2% no GVE de Presidente Venceslau. Os GVE Presidente Venceslau, Caraguatatuba, Sorocaba, Mogi das Cruzes, Franca e Capital apresentaram por pelo menos dois anos consecutivos, 2019 e 2020, proporções de não realizado/sem informação acima do ESP. É importante identificar em cada região, quais os municípios e serviços estão com dificuldades em realizar a sorologia e implementar estratégias para reduzir este problema. Atualmente, segundo Monitoramento Anual da implantação de Testes Rápidos no ESP do Programa Estadual de IST/Aids-SP, dos 645 municípios, 637 (98,7%) tem serviços de atenção primária com realização de teste rápido anti-HIV.

De 2019 a 2022, a proporção de uso de terapia antirretroviral (TARV) entre os casos de TBHIV permaneceu estável, aproximadamente 51,3% no ESP em 2021, sendo que o uso de TARV é indicado para todas as pessoas com coinfecção TB-HIV. A falta de preenchimento deste quesito nesta população ocorreu para 2.393 (35,2%); e a não utilização do insumo ocorreu para 957 casos (14,0%). Nos três anos consecutivos os GVE com proporções de uso de TARV maiores que o Estado foram Mogi das Cruzes, Taubaté, Araraquara e São José do Rio Preto.

No mesmo período, o tipo de tratamento supervisionado ou diretamente observado (TDO), recomendado para obter o melhor resultado da terapia contra a tuberculose, ficou em torno de 56,2% entre os casos de TBHIV no Estado. Os 13 GVE que mantiveram proporções de TDO maiores que a média do ESP foram: Assis, Jales, São José do Rio Preto, Araçatuba, Piracicaba, Bauru, Franca, Santos, Presidente Prudente, Araraquara, São João da Boa Vista, Santo André e Taubaté.

O número referente ao encerramento do tratamento da TB entre PVHA é parcial, já que a coorte de casos de 2021 ainda não foi finalizada. Em 2020, dos 1.802 casos de TBHIV apenas 844 (46,8%) foram curados, 383 (21,3%) interromperam o tratamento, 368 foram a óbito (20,4%), e 207 (11,5%) estavam sem informação. Ressalta-se que o percentual de



cura entre os casos em detentos foi 64,9%, e nas regiões com 10 casos e mais em 2020, este indicador variou de 80,0% em Araçatuba e 30,0% em Franco da Rocha. Destaca-se que o GVE de São José dos Campos manteve quase 70% de cura em 2019 e 2020.

A ocorrência de óbito na vigência de TB foi muito elevada e variou de 33,3% no GVE Barretos até 7,7% no GVE Franca com um caso no ano de 2019.

A seguir, os números referentes às proporções de tipo de encerramento do tratamento da TB entre as PVHA juntando os anos 2019 e 2020, com sorologia negativa para o HIV, positiva, com tratamento autoadministrado (AA), tratamento diretamente observado (TDO), em uso de TARV e em tipo TDO e TARV. A taxa de cura no ESP entre os casos de TB soronegativos para o HIV foi 77,1%, enquanto entre os soropositivos foi de 50,2%; a proporção mais elevada ocorreu entre os casos de coinfeção em uso de TARV e com TDO (64,4%), seguido daqueles em TARV (58,5%) e TDO (56,4%). Aqueles com tratamento AA tiveram taxa de cura menor (46,6%). Observe-se que tanto as proporções de interrupção de tratamento como de óbito foram inversamente proporcionais a taxa de cura. A proporção de óbitos durante o tratamento da tuberculose entre os casos foi 3,6 vezes maior entre os casos com HIV positivo (19,3%) do que aqueles com sorologia negativa (5,3%).

De 2019 a agosto de 2022, 1.139 serviços de saúde localizados em 249 municípios atenderam e notificaram 6.798 casos de coinfeção TBHIV, sendo que 64,9% dos casos concentraram-se em 127 serviços com 10 casos e mais, 26,4% em serviços com 2 a 9 casos e 8,7% com um caso em 592 serviços. O Instituto de Infectologia Emílio Ribas atendeu o maior número de casos (8,6%).

Um total de 307 municípios paulistas atenderam 6.798 casos de TBHIV, e estes eram residentes em 322 cidades. O Município de São Paulo atendeu 50,9% dos casos de co-infectados do ESP, sendo que destes, 86,6% residiam na própria cidade, e 462 casos residiam em outros municípios. Outros 70 municípios atenderam 10 casos ou mais (2.807 casos, 41,3%) e 129 menos de 10 casos nestes três anos e 8 meses (Tabela 2). Do total, 85,4% concentrou residência em 45 cidades no Estado (Tabelas 2 e 3).

Os dados mostram que a proporção de cura entre os casos de TBHIV foi baixa, às custas do grande número de óbitos e interrupções de tratamentos durante o tratamento da TB. Assim, há necessidade de investigar as causas destes dois eventos desfa-



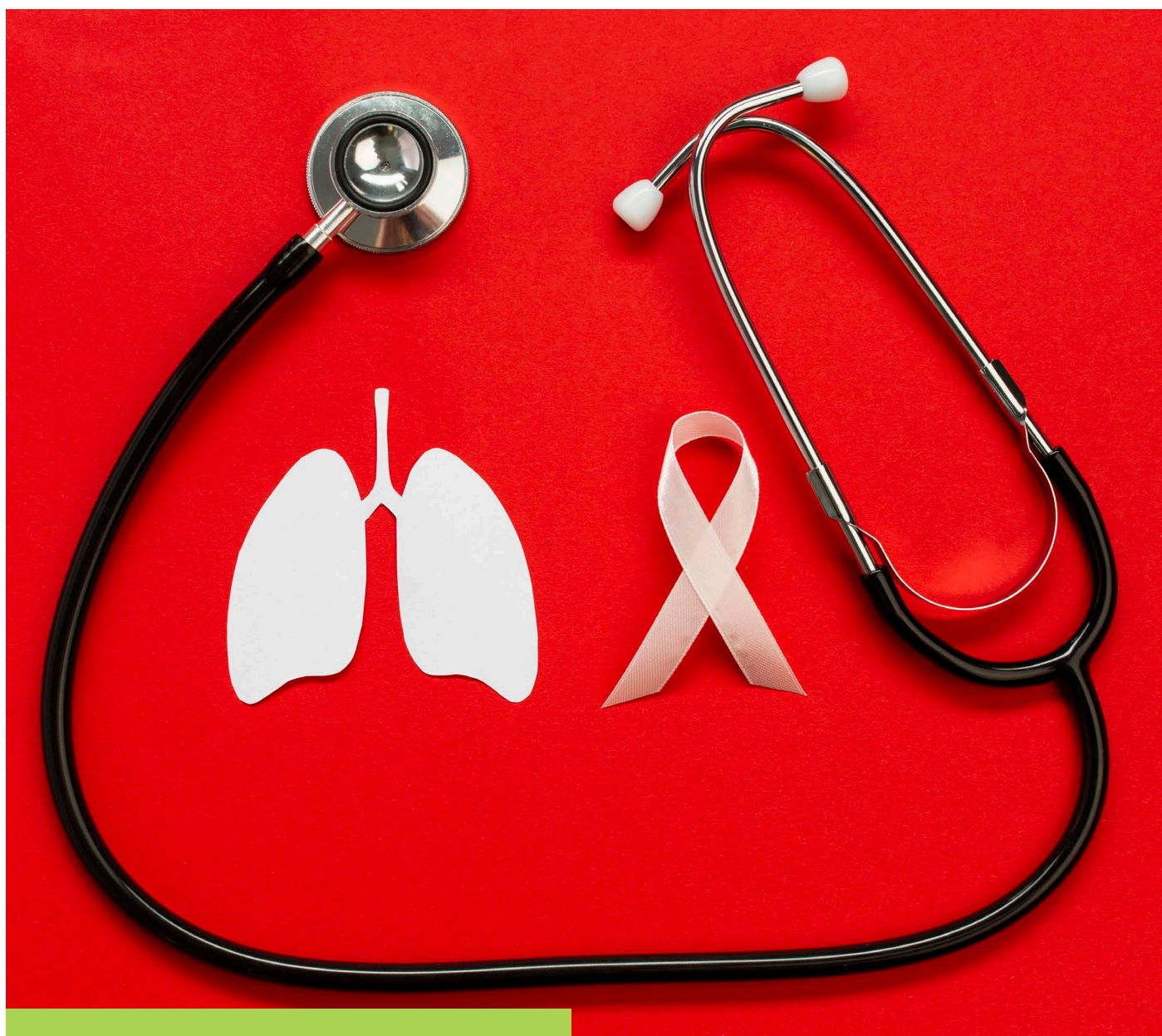
voráveis em cada localidade, para aprimoramento do processo do cuidado e melhora dos indicadores para atingir as metas propostas pela OMS, onde espera-se pelo menos 85% de cura e 5% de abandono do tratamento de TB.

#### Referências:

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde de. Programa Estadual IST/Aids Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 29 de julho de 2022. Ofício DT nº 218 /2022 Acompanhamento da investigação dos óbitos ocorridos entre PVHA.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde de. Programa Estadual IST/Aids. Diretrizes e Metas 2021 a 2024. São Paulo, 2022 Acessado em 17.11.2022 [[https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/materi-ais/diretrizes\\_e\\_metas\\_2021\\_e\\_2022\\_final.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/materi-ais/diretrizes_e_metas_2021_e_2022_final.pdf)].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR HIV/AIDS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 30 p. Acessado em 17/11/2022 [[http://www.conims.com.br/arquivo\\_usu/documentoanexo/sgsites-huner-20180205-112456.pdf](http://www.conims.com.br/arquivo_usu/documentoanexo/sgsites-huner-20180205-112456.pdf)].



### Infecção Latente da TB em PVHA

No período de 01/01/2019 a 12/08/2022 foram notificados através do sistema de ILTB-MS 5.816 casos de infecção latente da tuberculose (ILTB) em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no Estado de São Paulo (ESP). O número de casos de ILTB aumentou 17,2%, de 1.558 em 2019 para 1.826 em 2021.

Do total de 5.816 casos de ILTB em PVHA, 75,0% (4.364 casos) ocorreram no sexo masculino, 45,3% eram brancos, 46,6% pardos e pretos e 27,8% estavam na faixa etária entre 30 a 39 anos.

Conforme preconizado, 99% dos casos diagnosticados como ILTB tiveram a tuberculose ativa descartada. Do total de casos com ILTB, 98,2% tinham o registro de sorologia HIV reagente, 50,7% a contagem de linfócitos TCD4 foi igual ou menor que 350 células/mm<sup>3</sup>, 236 realizaram o teste IGRA

(4,1%), 3.469 (59,6%) realizaram o teste tuberculínico- PPD, e 84,8% realizaram radiografia de tórax -RX. Observa-se também que o tratamento com isoniazida ocorreu em 96,9% dos casos e foi completo em 66,5% em 2019 e 67,0% em 2020

A interrupção de tratamento ocorreu em 27,2% e 25,5% nos anos 2019 e 2020, respectivamente, apontando para a necessidade de trabalhar a importância do tratamento completo junto ao paciente e de melhorar as estratégias dos serviços para obter a adesão à terapia. Ressalta-se que, desde 2021, o medicamento rifapentina é disponibilizado pelo SUS para tratar ILTB, com uma dose semanal, o que facilita a adesão ao tratamento (BRASIL, 2021).

Os 5.816 casos de ILTB foram atendidos e notificados em 414 serviços de saúde, distribuídos em 162 municípios do ESP. Tanto o número de municípios

como o número de serviços que atenderam e notificaram casos de ILTB mantiveram-se estáveis; no ano de 2019 ocorreu notificação em 98 municípios por 191 serviços e em 2020 foram 95 municípios e 190 serviços diferentes.

A indicação de tratamento da ILTB para todas as PVHA cuja contagem de linfócitos TCD4 for igual ou menor que 350 células/mm<sup>3</sup>, independentemente de ter realizado teste tuberculínico, recomendada em 2018 como prevenção de TB, é uma estratégia importante para evitar casos novos de TB nesta população (BRASIL, 2018; SÃO PAULO, 2019).

Verifica-se que serviços que poderiam adotar esta profilaxia para seus usuários soropositivos para o HIV em acompanhamento, não tem sucesso na implementação da estratégia. Foram notificados uma média de 6.300 novos casos de aids ao ano, nos últimos 4 anos no ESP, a grande maioria classificada como aids por ter CD4 menor que 350 células/mm<sup>3</sup> e, o número de casos de pessoas tratadas da ILTB foram de somente 25% do estimado, ou seja, mais de 4.000 PVHA ao ano deixaram de receber a profilaxia para TB (SÃO PAULO, 2021).

Ademais, desde 2021 foi implantado o teste interferon-gama release assay (IGRA) para diagnóstico de ILTB em PVHA com mais de 350 células TCD4, que contribui para o diagnóstico nesta população e instituição do seu tratamento (BRASIL, 2022).

O Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) do DATHI do Ministério da Saúde, que permite acompanhar as PVHA em serviços de atendimento especializados, incorporou, em 2021, o módulo de casos elegíveis para tratamento de ILTB. A adoção do uso do SIMC pelos gestores dos SAE vai melhorar o conhecimento dos casos elegíveis e aumentar o tratamento da ILTB.

Apesar de vários eventos promovidos pelos programas de TB e de HIV/Aids no Estado e discussão do tema em eventos médicos científicos, dirigido aos profissionais médicos, outras categorias e gestores, iniciativas da vigilância epidemiológica com envio de listas de casos elegíveis para regionais/municípios/serviços que acompanham PVHA desde 2019 verifica-se que a adesão dos serviços à medida de tratamento da ILTB cresce muito lentamente.

É importante que a sociedade civil organizada esteja atenta às novas tecnologias incorporadas no SUS e que discuta constantemente com as PVHA sobre esta importante medida de prevenção à TB.

## Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa-nº11/2018-Recomendações para tratamento da Infecção por Tuberculose (ILTB) em Pessoas Vivendo com HIV (PVHM). Brasília, 2018. Acessado em 21/11/2022. [<http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2011-2018%20-%20TRATAMEN-TO%20DA%20ILTV%20EM%20PVHIV.pdf>].

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde de. Programa Estadual DST/Aids Centro de Vigilância Epidemiológica Dr Alexandre Vranjac-Programa Estadual de Tuberculose. Nota informativa Conjunta dos Programas Estaduais de DST Aids e Tuberculose de São Paulo - 17/09/2019- Recomendações para Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose em Pessoas Vivendo com HIV.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde de. Programa Estadual IST/Aids. Boletim Epidemiológico IST/Aids, 2021. CRT-DST/AIDS-SP- CVE- ANO XXXVIII, Nº 1, 2021. Acessado em 21.11.2022 [<https://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/gestao/vigilancia-epidemiologica/boletins-epidemiologicos>].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2021-CGDR/DCCI/SVS/MS Dispõe sobre atualização das Recomendações do Tratamento da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis com a disponibilização da rifapentina. Brasília, 2021. Acessado em 21/11/2022. [<https://www.saude.gov.br/files/sistemas/silt/NOTA-INFORMATIVA-N-5-RIFAPENTINA.pdf>].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. NOTA INFORMATIVA Nº 2/2022-CGLAB/DAEVS/SVS/ MS ASSUNTO. Recomendações para a utilização do teste de liberação de interferon-gama (IFN-γ), do inglês interferon-gama release assay (IGRA). Acessado em 21/11/2022. [[https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy\\_of\\_notas-informativas/2022/ni\\_02-2022\\_recomendacoesigra\\_laboratorio.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-informativas/2022/ni_02-2022_recomendacoesigra_laboratorio.pdf)].



## Enfermeira Ângela Tayra afirma que o Brasil e São Paulo estão no caminho para eliminar a tuberculose e o HIV como problemas de saúde pública

**A** Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou recentemente que o número de novos casos de tuberculose (TB) no mundo chegou a 7,5 milhões em 2022, o maior registro de diagnósticos em um ano desde que os casos começaram a ser notificadas, em 1995. De acordo com o relatório, isso reflete a “recuperação mundial significativa na expansão dos serviços de diagnóstico e tratamento” da doença, que sofreram grande redução durante a pandemia de Covid-19.

A OMS estima que 10,6 milhões de pessoas tenham sido infectadas, 410 mil tenham desenvolvido a forma multirresistente da doença e que 1,3 milhão tenham morrido por essa causa - 167 mil apenas entre pessoas com HIV.

Só o Brasil registrou, em 2022, 81 mil novos casos de tuberculose - um aumento de 4,9% em relação ao ano anterior. O Estado de São Paulo foi respon-

sável por 18.654 casos novos, em 2022, segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde.

Uma das pessoas que trabalham incansavelmente na atualização dos dados epidemiológicos é a enfermeira sanitária e mestre em saúde pública, Ângela Tayra. Servidora do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1988, ela começou em unidade básica de saúde e também em um hospital público. Em 1989, passou a integrar o Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac, trabalhou na Central de Vigilância. Em 1994, auge da epidemia de aids no Brasil e no mundo, passou a fazer parte da equipe de Divisão de DST/Aids, na proposta de eliminação da sífilis congênita e, desde 1995, trabalha no Centro de Referência e Treinamento em IST/Aids de São Paulo (CRT), junto ao Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Hoje, é considerada uma autoridade quando o assunto é HIV e tuberculose.

Em entrevista especial à equipe do Boletim do Comitê Estadual de Controle da Tuberculose, Ângela falou sobre os avanços e desafios na luta contra a coinfeção HIV e tuberculose no Estado de São Paulo. Também compartilhou experiências e dicas para as pessoas afetadas pelos dois agravos. Confira:

### **É possível afirmar que o Brasil e São Paulo estão no caminho para eliminar a TB e HIV/Aids como problemas de saúde pública? Por quê?**

Sim, é possível eliminar a tuberculose e a aids como problema de saúde pública, visto a existência de antibióticos para curar a TB e antirretrovirais para indetectar o HIV.

### **Pensando especialmente nas pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), sabemos que há pesquisas que dizem que essa população tem 28 vezes mais chances de desenvolver a tuberculose. Como mudar essa realidade?**

É necessário aumentar ainda mais o diagnóstico de HIV na população, especialmente naquelas mais vulnerabilizadas, como as pessoas em situação de rua, as que usam drogas, economicamente mais pobres, com pouco acesso a serviços de saúde. E entre as pessoas vivendo com o HIV realizar o tratamento preventivo da TB (TPT)- infecção latente da TB e fazer o diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose.

### **Existe um protocolo de prevenção da TB em Pessoas Vivendo com HIV/aids?**

Sim, as pessoas vivendo com HIV/aids, com menos que 350 células TCD4, têm indicação do TPT diante de exclusão de TB ativa, de tratamento de TB anterior ou de TPT anterior. Outra situação é diante de avaliação do teste IGRA (Interferon Gamma Release Assay) ou PPD (teste tuberculínico) para PVHA com CD4 > 350 células por mm<sup>3</sup>.

### **Há orientação e incentivo por parte da gestão sobre a importância de investigar TB em Pessoas com HIV?**

Sim, e está no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids

### **Boa parte do movimento social tem apontado que a estratégia de indicar o tratamento da ILTB**

### **para todas as PVHA, cuja contagem de linfócitos TCD4 igual ou menor que 350 células/mm<sup>3</sup>, independentemente da testagem, não vem sendo aplicada satisfatoriamente. A senhora concorda? O governo tem pensado em estratégia para ampliar o acesso ao tratamento?**

Os Programas Estadual de IST/Aids e de TB têm pautado o tema e a necessidade de aumentar o número de pessoas tratadas para TPT em diversos eventos, congressos e seminários para médicos e outros profissionais de saúde de acordo com o PCDT. O DATHI MS tem aprimorado a ferramenta do sistema de monitoramento clínico (SIMC) para verificar os elegíveis para tratamento de TPT e o PEIST/Aids tem feito diversos treinamentos para a rede de serviços de atendimento especializado saúde (SAE) de DST/Aids do estado de São Paulo (ESP) sobre o uso desta ferramenta.

### **O Boletim Epidemiológico do Estado de São Paulo revelou que entre janeiro de 2019 a agosto de 2022, o número de casos de infecção latente da TB em PVHA aumentou 17,2%, de 1.558 em 2019 para 1.826 em 2021. A que você atribui esse crescimento?**

Ao aumento da divulgação da recomendação de tratamento da ILTB para PVHA em acompanhamento nos SAE do Estado.

### **Como São Paulo tem feito para lidar com a interrupção do tratamento? Sabemos que há casos, por exemplo, de pessoas em situação de rua que tem seus pertences retirados o tempo todo, inclusive medicamentos. Que estratégias têm sido adotadas para melhorar a adesão?**

Busca ativa de PVHA em situação de rua, busca de parceria com o consultório de rua Bom-par na capital, parceria com assistência social, entre outros.

### **A inclusão do módulo de casos elegíveis para tratamento de ILTB no Sistema de Monitoramento Clínico do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites e ISTs (Dathi) resultou em aumento de diagnóstico e tratamento?**

Sim, o SIMC é ferramenta que disponibiliza a lista de PVHA elegíveis para tratamento da ILTB e auxilia a gestão do serviço a identificar estes casos e investigar mais detalhadamente o caso com o médico assistente.



**O Boletim Epidemiológico Estadual aponta que, apesar de vários eventos promovidos pelos programas de TB e HIV/Aids no Estado, e discussão do tema em eventos médicos científicos, a adesão dos serviços à medida de tratamento da ILTB cresce lentamente. Por quê?**

Toda vez que uma recomendação é preconizada é necessário um tempo para capilarizar entre todos os médicos e gestores dos serviços de saúde. É preciso continuar essa divulgação.

**Por qual motivo a tuberculose, mesmo com tratamento e cura, continua sendo a principal causa de morte entre as pessoas vivendo com HIV?**

Há vários fatores de vulnerabilidades sociais e individuais que são determinadas socialmente que fazem com que a tuberculose prevaleça em nosso meio. Além da necessidade de que os serviços cumpram os protocolos preconizados.

**Quais são as estratégias conjuntas dos Programas Estaduais de Aids e de Tuberculose para o enfrentamento da coinfeção TB/HIV no estado de SP?**

Realizar o teste anti-HIV em todos os casos de pessoas com tuberculose; avaliar e realizar o TPT- tratamento da infecção latente em nos casos de PVHA com CD4 <350 cel/mm<sup>3</sup>. Para PVHA com CD4 > 350, realizar o teste IGRA para avaliação de infecção la-

tente; avaliar e tratar comunicantes do caso de TB em PVHA; inquirir presença de sintomas da TB a cada consulta de PVHA; introdução da rifanpentina no tratamento da ILTB-TPT; introdução da dose combinada de rifanpentina + isoniazida para tratamento da ILTB; entre outros.

**O Tratamento Preventivo da TB em PVHA ainda é um desafio, ou as estratégias adotadas pelo Estado dão conta de oferecer testes e tratar as PVHA?**

Só as estratégias adotadas não dão conta. Além das medidas para atualização de profissionais de saúde sobre a TPT, é necessário que as PVHA conheçam a importância de realizar profilaxia e perguntem a seus médicos assistentes se são candidatos a tomar a mesma.

**Pensando na ampliação do conhecimento e também no sujeito como peça fundamental para a sucesso tratamento anti-TB, pela experiência da senhora, quais informações os pacientes precisam ter acesso?**

O que é tuberculose, como é transmitida, sinais e sintomas, como é o tratamento, o que é infecção latente, onde deve ser tratado, como evitar a tuberculose, que benefícios tem durante o tratamento da TB, entre outros.

**O governo federal tem dito que tanto a Tuberculose quanto o HIV são doenças determinadas socialmente. Essa afirmação vai de encontro a realidade de São Paulo? Se sim, quais são as iniciativas governamentais do governo local para reduzir danos e ofertar oportunidades pensando em equidade?**

Sim, a TB é uma doença determinada socialmente, entretanto as iniciativas governamentais no nível estadual ainda têm sido pouco realizadas. A capital tem trabalhado mais com as questões intersetoriais.

**Por fim, como tem sido a parceria do governo com a sociedade civil no enfrentamento da coinfeção HIV/TB?**

O programa estadual de DST/Aids tem pautado de forma rotineira a ocorrência de tuberculose em PVHA e TPT.





## Carlos Duarte: uma jornada de resiliência e compromisso social

**C**arlos Duarte é muito mais do que um ativista incansável; ele personifica a força da resiliência, a determinação de superar obstáculos e a dedicação ao bem-estar dos outros. Sua experiência de vida é marcada por uma jornada única, onde a adversidade não foi uma barreira, mas sim um combustível para sua missão de ajudar os que enfrentam desafios semelhantes. Sua história é um lembrete inspirador de como o amor, o otimismo e o compromisso social podem transformar vidas e criar um impacto duradouro na luta contra doenças e preconceitos.

Aos 62 anos, Carlos Duarte carrega consigo uma história de 30 anos vivendo com o vírus HIV. Em um período em que ainda não existia o “coquetel” de antirretrovirais e marcado pela forte estigmatização da Aids, Carlos não só enfrentou essa realidade

com coragem, mas também superou a tuberculose, uma doença que o afetou não apenas uma, mas duas vezes.

Graduado em Arquitetura, com especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é vice-presidente do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids do Rio Grande do Sul (GAPA-RS), onde tem sido um voluntário incansável desde 1996.

Além disso, ele representou o Movimento Nacional de Luta contra a Aids no Conselho Nacional de Saúde durante dois mandatos, de 2002 a 2005 e de 2012 a 2015. Seu comprometimento com a causa também se estende ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e ao Conselho da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids).

Carlos recebeu o diagnóstico positivo para HIV em 1990. Seu companheiro na época tinha desenvolvido Aids e não estava bem, vindo a falecer algum tempo depois em decorrência de uma tuberculose. “Eu vivi o processo de Aids, tive uma série de problemas renais, uma pneumocistose, uma isquemia e um coma. Cheguei a pesar 34kgs e ter uma falência de vários órgãos. Mas sobrevivi”, comenta bem humorado. Questionado onde arranjou forças para enfrentar tantos obstáculos, ele conta que sempre teve apoio da família e amigos mais próximos.

“Eu nunca tive problema, nem no trabalho nem em casa, que tivesse alguma relação com preconceito em relação à Aids. Isso ajudou muito, eu encarava aquilo como uma coisa normal. Eu entendi assim, hoje a Aids existe, ela está muito no meio homossexual, é uma consequência normal das nossas atividades sexuais, das nossas relações e tudo mais. Aconteceu, então agora vamos viver com isso como está. Eu nunca me preocupei muito que eu iria morrer. Eu não fazia tratamento com AZT ou DDI, os medicamentos disponíveis quando me infectei. Eu só fazia tratamento homeopático, eu era muito natureba, eu não tomava muito remédio alopático. Comecei com antirretrovirais apenas em 96, quando eles chegaram. Talvez isso tenha ajudado em alguma coisa”, sugere.

## A primeira tuberculose

Em 1992, Carlos começou a se sentir muito mal. O rosto e o pescoço ficaram muito inchados, meio deformados, e ele sentia muito cansaço, tendo febre todas as noites. “A tuberculose já era um marcador de Aids na década de 90, mas a tuberculose pulmonar. Não havia muito conhecimento sobre as tuberculoses extrapulmonares”, explica o ativista. “Eu fazia tratamento, acompanhamento médico, com uma médica homeopata e uma hora ela me disse: isso está com cara de tuberculose ganglionar, vamos fazer uma biópsia de gânglio, que levou bastante tempo até eu conseguir fazer, marcar. E com isso tudo, eu fiquei um ano, mais ou menos, desse jeito”.

Além de sofrer com os sintomas, ele ainda teve que enfrentar a desinformação. “O médico que fez a biópsia, por exemplo, disse que meu gânglio nunca iria fechar, que eu iria passar o resto da vida com o curativo no pescoço. Outro dizia que não tinha cura para a tuberculose ganglionar. Diziam as coisas mais absurdas”, lembra.

O resultado da biópsia veio em uma sexta-feira de fevereiro, no Carnaval. Com diagnóstico positivo para tuberculose ganglionar, ele começou o tratamento. “Foi muito difícil de fazer, eram uns com-

primidos grandes, mais comprimidos e maiores do que são hoje. Meu companheiro tinha morrido de tuberculose, tinha Aids. Isso vinha muito pra mim, mas eu nunca pensei que eu ia morrer disso. Nunca fui muito derrotista, sempre achei que iria superar isso de alguma maneira”, lembra.

O tratamento durou cerca de nove meses e em 15 ou 20 dias de medicação, começou a desinchar, não tinha mais febre, tinha mais resistência para trabalhar, para fazer as coisas e isso começou a devolver o ânimo a ele.

## A segunda tuberculose

Em 2011, quase vinte anos depois, mesmo com o tratamento de HIV em dia, carga viral indetectável e taxa de CD-4 satisfatória, Carlos começou a ter febre novamente e o diagnóstico, apesar de mais rápido - levou dois meses para sair -, também foi complicado. “Por ter tido tuberculose, alguns marcadores ficam no organismo. Os exames nem sempre dão positivo, tinha determinadas coisas que eu não podia fazer: tratamento latente, não podia fazer outros exames, tinha que fazer específicos meus e aí foi difícil até conseguir fazer a broncoscopia solicitada pelo médico”, conta ele.

O exame detectou uma tuberculose na pleura e desta vez, o tratamento foi mais rápido, cerca de seis meses. No entanto, desta vez, ele enfrentou problemas com os profissionais que o atenderam.

“Eu cheguei no posto de saúde com o resultado da tuberculose para começar o tratamento. Informei a atendente, provavelmente uma técnica, que já tinha tido a doença anteriormente. Ela procurou meu prontuário, abriu e disse que eu era um péssimo paciente, que eu não tinha terminado o tratamento e, por isso, estava com tuberculose de novo. Se eu tivesse abandonado, teria morrido em 20 anos de tuberculose. Falei a ela que tinha curado. Ficou uma situação bem ruim”, disse.

Ela insistiu e encaminhou Carlos para o médico, que era o mesmo que o tinha tratado em 93. Ele também falou da interrupção do tratamento, mas na carteira de tuberculose estavam todos os registros de consultas, inclusive a alta dada por ele. “Só que ele colocou no prontuário que eu tinha abandonado o tratamento. Foi bem complicado mesmo, quase um case de tratamento de tuberculose, de desrespeito ao paciente. Aí eu fiquei, fiz o tratamento, fui todo mês lá fazer. A medicação já era mais fácil de tomar, apesar de que eu estava tomando vários remédios para o HIV, o que resultava em muitos medicamentos. Claro que eu tinha o meu infectologista que me acompanhava, mas eu fiz o tratamento certinho. Eu me curei e não tive mais”, conclui.





## A arte de permanecer vivo

Carlos não é apenas um defensor apaixonado da saúde. Ele também é um entusiasta da vida. Seja saindo com amigos, passeando com seu cachorro ou desfrutando de filmes de drama e ficção, Carlos incorpora a ideia de que a vida deve ser saboreada e apreciada. Além disso, ele compartilha sua jornada com seu companheiro, Alenor Santos, um recepcionista de hotel, e com Kyoko, seu fiel companheiro de quatro patas. Essa rede de apoio e amor pessoal tem sido essencial em sua jornada.

“Tem hora que dá vontade de abandonar tudo, não aguento mais, é remédio para diabetes, remédio para isso, remédio para aquilo. Mas eu acho que tem uma coisa, eu tenho uma condição financeira razoável, eu não passo dificuldades. Eu posso não ter tudo o que quero, mas tenho um mínimo que me sustente, que faça que eu não tenha problemas financeiros para enfrentar essas questões. Posso ter dificuldade, mas não problema financeiro. Então, isso é um ponto que me coloca em uma situação do tipo: eu tenho tudo isso e eu vou desistir? Outras pessoas que têm muito menos e estão aí na batalha, cheias de esperança. São as pessoas com quem eu tenho contato no serviço de saúde ou nos espaços que eu frequento, de organizações sociais, ONGs e movimento social, são essas pessoas que me dão essa força. A minha motivação vem muito da motivação das pessoas com quem eu convivo.”

“E isso foi o que me levou para o GAPA lá em 96. Eu era funcionário público e quando eu saí do coma e voltei à vida, digamos assim, eu tinha sido aposentado pelo Estado. Naquela época era assim, você tinha Aids e era aposentado, parava de trabalhar imediatamente. Eu falei: eu não vou ficar em casa, eu não preciso trabalhar para ganhar dinheiro, tem um salário que me sustenta razoavelmente, eu tenho outras condições, eu tenho conhecimento, eu vou para o GAPA fazer trabalho voluntário. Já que eu não morri, vou fazer alguma coisa.”

## O enfrentamento da tuberculose no Brasil

Segundo Carlos, o problema do enfrentamento da tuberculose no Brasil é que o tratamento dela se dá na atenção básica do município e ela não é vista como uma prioridade. “Tem um preconceito muito forte em torno da tuberculose, aquele preconceito que se formou ainda lá nos anos de 1800 e lá vai pedrada, no início dos anos de 1900. É vista como uma doença de bêbado, de vagabundo, de pessoas que vivem na gandaia, na noite. As pessoas não sabem que tuberculose tem cura e aí, quando descobrem que tem, vão aos serviços e são mal tratadas, porque os profissionais não estão preparados para atender direito. Isso se dá muito no município, como este meu caso que relatei. E olha que eu estava em Porto Alegre, em um serviço que é referência em tuberculose há uns 70 anos, imagina em outras

idades, menores com mais preconceito”, ressalta.

Ele também observa que o serviço de saúde nos municípios está muito voltado para a atenção básica, pré-Natal, por exemplo, e que, apesar da tuberculose ser uma doença básica, o tratamento dela não é. Carlos acredita que, se os serviços de saúde e políticas municipais priorizassem as questões que envolvem o Ministério da Saúde e o Estado, talvez os programas de tuberculose tivessem um resultado melhor.

“O Estado não tem mais serviço direto, só a relação dos municípios, o controle. Não tem o serviço direto. Ele até se propõe a fazer isso, mas fica muito na questão da nota técnica, dos novos procedimentos. A mesma coisa o Ministério da Saúde. Aí, quando chega no município, você tem a pessoa que vai receber isso, todas as novas técnicas, todos os novos protocolos de tratamento, e é a pessoa que trata da tuberculose, da dengue, leishmaniose, da aids, da hepatite. Essa pessoa é única, é uma equipe só dela, então não consegue tocar as coisas porque não existe um envolvimento maior do município para que essas coisas sejam vistas de outra maneira, um atendimento de outra maneira, uma priori-

dade diferente. A tuberculose é uma doença curável, tem tratamento, tem tecnologia e, por ser uma doença social, envolve outras coisas no município.”

Ele acredita que o enfrentamento da tuberculose no Brasil requer uma abordagem mais holística, envolvendo não apenas a parte biomédica, mas também políticas públicas que abordem questões sociais, como assistência social, transporte e alimentação.

“É mais ou menos como a aids, não é só ter o remédio para tomar, tem que ter outras políticas que enfrentem toda essa epidemia. Por isso, ela está aí há, sei lá, duzentos anos, mais que isso. Mesmo com todo tipo de desenvolvimento, com medicamentos há mais de 50 anos para tratamento, com diagnóstico, com tecnologia, com serviço, tudo isso não resolve. As pessoas continuam morrendo de tuberculose. É bem inconcebível. Tecnologia para quem, avanços tecnológicos para quem?”

## O que falta?

Diante dos desafios da tuberculose, Carlos destaca a importância do apoio integral, indo além do tratamento biomédico. Sua experiência indica que compreender o contexto de vida de cada indivíduo é fundamental para oferecer um suporte eficaz.

“Acho que isso é uma das coisas que o serviço de saúde pública não faz: entender em que momento a tuberculose está entrando na vida daquela pessoa. Se ela está em um momento bom de vida, você consegue levar por esse lado. Se ela está em um momento ruim de vida, está desempregada, com dificuldade financeira, você tem que olhar para essa pessoa de uma outra maneira. Dizer para a pessoa: vá para casa, tomar seu remédio direitinho que você vai melhorar e a pessoa pega aquele monte de remédio e vai para casa e chega em casa não tem o que comer. Daí, você vai ter que aconselhar de outra maneira, vamos ver um serviço de assistente social que dê condições de tomar essa medicação.”

“Na verdade, o que todo mundo diz quando uma pessoa descobre que tem tuberculose, é sempre a mesma coisa: a medicação não é fácil de tomar, mas daqui a 15 dias você vai se sentir muito melhor, só que você tem que continuar tomando por seis meses. A gente tenta fazer com que a pessoa acredite que o remédio está fazendo bem e que vai fazer a diferença com seis meses. Se ela interromper no terceiro mês, no quarto mês, ela vai ter que começar tudo de novo. A gente tenta fazer isso, mas é difícil quando a gente não conhece a realidade da pessoa.”



Carlos salienta que, quando é dito ao paciente no serviço de saúde que ele não pode interromper o tratamento de jeito nenhum, que ele deve voltar todo mês para pegar o remédio para que seja feito o controle, para conferir se ele está tomando direitinho, esse tipo de abordagem, de certa forma, coloca a responsabilidade toda em cima da pessoa com tuberculose e se ela, por algum motivo, não consegue tomar o remédio, a sensação de responsabilidade dela de fracasso aumenta, a ponto dela nem retornar ao serviço, porque ela vai ter que admitir que fracassou.

## Informação como prevenção

“Se você perguntar na rua, vão responder que tuberculose não existe mais, nem Aids. Em dezembro se fala alguma coisa e acabou. E daí você comenta no Brasil, principalmente aqui no Rio Grande do Sul e Porto Alegre, e as pessoas se assustam: ‘mas como assim, ainda morre gente?’ Tuberculose é uma doença que as pessoas nem sequer imaginam que ainda exista. Infelizmente, quem faz pressão em cima do governo são as pessoas da elite econômica e cultural. Então, se essas pessoas desconhecem o processo, a gestão se faz de boba e não escuta ninguém”, afirma Carlos.

Ainda segundo ele, a tuberculose é considerada uma doença de pobre, “que afeta a Rocinha, porque não tem janela na casa, não é ventilado, só que essas pessoas que moram na Rocinha, trabalham em Copacabana. É um processo muito difícil, mas acho que a primeira coisa para enfrentar a doença de forma eficaz é a informação, fazer com que as pessoas, de fato, olhem para seu companheiro que está com tuberculose. Meu companheiro foi diagnosticado com tuberculose também quando teve covid. Foi no posto de saúde, fez o tratamento e ninguém pediu para ele para levar os contactantes, não houve rastreamento em relação aos contactantes dele. Eu fiz exame, fui, falei com os filhos dele, ele tem netos. Todos foram fazer exames, a gente levou essa informação. O serviço não pediu para ele em nenhum momento. Falta informação para as pessoas, inclusive para o servidor”, pontua.

Carlos argumenta que, hoje, o serviço de saúde não tem mais a função de saúde pública. Segundo ele, os serviços de saúde, por exemplo, pelo menos em Porto Alegre, são todos privados, todos os postos de saúde, geridos por um hospital. Hospital trabalha por demanda. Então, o posto de saúde está trabalhando por demanda e não quer procurar mais demanda.



“Não vão chamar as pessoas com tuberculose e perguntar quem mora contigo na sua casa, com quem tem relação no trabalho, pedir para virem ao serviço. Não, vou tratar esse aqui, os outros, quando tiverem algum problema, que venham aqui na demanda deles, não na demanda do posto da saúde pública”.

“Isso está acontecendo. A gente tem que entender o processo de privatização da Saúde como um prejuízo muito grande para a saúde pública, porque onde entra o privado é lucro e a saúde pública não dá lucro. Saúde pública é para evitar o lucro nos hospitais com a doença, é o contrário. Não só evitar, é claro que não é só esse o objetivo, mas o principal objetivo é impedir que as pessoas adoçam. É outro conceito, é para tratar a doença, não para fazer a prevenção. Então, se perde nisso. Infelizmente, não vai se enfrentar a tuberculose, ou a aids, ou a dengue, outras doenças assim que são mais endêmicas, são epidemias, não vai se enfrentar dessa maneira. Tudo isso contribui para o número de casos de tuberculose que a gente tem, o número de abandono, o número de mortes.”



## Metas de eliminação da TB enquanto problema de saúde pública

**A**tuberculose (TB) continua a ser um desafio global em saúde pública, caracterizada pela sua natureza crônica e forte determinação social. No Brasil, o enfrentamento dessa doença conta com o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, lançado em 2017, que se alinha às diretrizes da Estratégia Global pelo Fim da TB da Organização Mundial da Saúde (OMS) e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030.

Após 2015, outros documentos e declarações relacionadas ao enfrentamento da TB foram publicados, de forma a manter o engajamento político para o alcance das metas da Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose da OMS para eliminação da doença até 2030 e do compromisso dos ODS pelo fim das epidemias de Aids, TB, malária e outras doenças tropicais negligenciadas até 2030.

Entre 2017 e 2020, destacam-se a Declaração de Moscou, assinada na Reunião da Conferência Inter-

ministerial da OMS pela eliminação da TB (2017) e a Declaração Política da Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre TB (2018). As declarações reforçam três componentes principais para o futuro das políticas de enfrentamento da TB: financiamento, acesso ao cuidado em TB e mecanismos de accountability.

Globalmente, a OMS destaca a necessidade de comprometimento político de alto nível e multissetorial; financiamento para os serviços essenciais em TB; ampliação do acesso aos cuidados adequados; enfrentamento às lacunas no cuidado à TB drog resistente; ampliação do tratamento da ILTB; promoção dos direitos humanos e o combate ao estigma e à discriminação; assegurar o engajamento e participação da sociedade civil; investimentos em pesquisa e inovação; e a manutenção dos cuidados em TB durante emergências de saúde pública.

No panorama internacional, o Brasil tem um papel importante, por ser um país de alta carga de TB

com um sistema de acesso universal, assim como pelo histórico no desenvolvimento de planos de controle da doença.

Quando se considera o contexto nacional das políticas em TB, é importante destacar que o diagnóstico e o tratamento estão disponíveis no SUS e que as ações de vigilância e atenção à doença são desenvolvidas no âmbito da organização do SUS (de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada) e de acordo com os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do cuidado.

As metas estabelecidas pelo Plano Nacional buscam uma redução significativa na incidência e mortalidade da TB, estabelecendo um máximo de 230 óbitos ao ano até 2035, alinhando-se à visão global da OMS. Contudo, a pandemia de COVID-19 trouxe novos desafios, com uma queda de 25% nos diagnósticos e aumento de 26% na mortalidade por TB em 2020, segundo a OMS. Para o Brasil, alcançar as metas exigirá esforços adicionais diante dos impactos da pandemia.

O coeficiente de incidência no Brasil, embora tenha aumentado desde 2015, apresentou queda em 2020 por consequência da pandemia. O coeficiente de mortalidade diminuiu em 29% de 2001 a 2019. A taxa de cura em 2019 foi de 71,8%, enquanto 12,3% interromperam o tratamento, evidenciando a importância do tratamento eficaz para redução da morbimortalidade.

Para alcançar as metas de eliminação da TB no Brasil até 2035, será necessário fortalecer as estratégias para manutenção do diagnóstico, do tratamento e da prevenção da TB como serviços essenciais à população, e trabalhar de forma engajada para superar os impactos da pandemia e acelerar o progresso em torno dos compromissos assumidos.

Os desafios enfrentados pelo Brasil incluem o aumento da incidência após 2015, relacionado a questões sociais e à incorporação de tecnologias diagnósticas mais sensíveis no SUS. A OMS destaca a importância de sustentabilidade nas ações, financiamento adequado, comprometimento político de alto nível e engajamento multissetorial para o sucesso das políticas de controle da TB.

O enfrentamento da TB aponta a necessidade de uma abordagem estratégica, específica e operacional para a segunda fase de execução do Plano Nacional, de forma que se produzam resultados capazes de melhorar os indicadores da TB no País.

## O Papel do Programa Brasil Saudável

O Programa Brasil Saudável, instituído em 2024, representa um esforço conjunto de diversos ministérios para promover ações que contribuam para a eliminação da tuberculose e de outras doenças determinadas socialmente até 2030. É composto pelo Ministério da Saúde; Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; Ministério da Educação; Ministério da Igualdade Racial; Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional; Ministério da Justiça e Segurança Pública e Ministério dos Povos Indígenas, com a finalidade de promover ações que contribuam para a eliminação da tuberculose e de outras doenças determinadas socialmente enquanto problemas de saúde pública no país até 2030.

A condição de saúde de cada pessoa é diretamente influenciada pelos fatores ambientais, sociais e econômicos em que ela se insere. Assim, em um país como o Brasil, marcado pela diversa e extensa dimensão territorial e por profundas desigualdades sociais, é comum que algumas doenças afetem mais ou somente pessoas em áreas de maior vulnerabilidade social.

A abordagem do Programa Brasil Saudável reconhece a TB como uma doença de determinação social, buscando políticas públicas estruturais e ações amplas para sua eliminação. Sua composição multissetorial representa uma iniciativa crucial para promover a integração de esforços e alcançar as metas estabelecidas, contribuindo para um futuro livre da tuberculose.

O Programa Brasil Saudável tem como meta inicial a **eliminação**, enquanto problema de saúde pública, de sete doenças determinadas socialmente, a eliminação da transmissão vertical de outras cinco e, ainda, alcançar as metas operacionais de controle de mais quatro doenças.

**Eliminação enquanto problema de saúde pública** é definida como o **atendimento de metas e de objetivos gerais mensuráveis** com relação a uma determinada doença. O processo de documentação da eliminação é denominado de **validação**.

Fonte: Ministério da Saúde

## VOCÊ SABIA QUE...

1. A tuberculose (TB) é frequentemente vista como uma doença do passado. No entanto, é uma das mais infecciosas do mundo. Estigmatizada e silenciosa, a TB continua presente de maneira mortal entre a população brasileira, apesar de já haver diagnóstico e tratamento para essa doença.
2. A doença é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta com mais frequência os pulmões, mas pode infectar qualquer parte do corpo, incluindo os ossos e o sistema nervoso.
3. A bactéria se espalha pelo ar quando pessoas infectadas tosse, falam, cospem ou espirram.
4. A maioria das pessoas expostas à TB não desenvolvem os sintomas, e não necessariamente ficam doentes, já que a bactéria pode viver na forma inativa dentro do corpo. Entretanto, se o sistema imunológico enfraquecer, como acontece com pessoas com desnutrição, pessoas vivendo com HIV/Aids e com pessoas idosas, a bactéria da tuberculose pode se tornar ativa.
5. A vacina BCG (bacilo Calmette-Guérin), ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS), protege a criança das formas mais graves da doença, como a tuberculose miliar.
6. O tratamento da tuberculose dura no mínimo seis meses, é gratuito e está disponível no SUS. São utilizados quatro medicamentos para o tratamento dos casos de tuberculose que utilizam o esquema básico: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. A tuberculose tem cura quando o tratamento é feito de forma adequada, até o final.
7. Um passo inicial na prevenção é evitar o contato por tempo prolongado com pacientes diagnosticados com TB em ambientes lotados, fechados e com pouca ventilação. Usualmente, pacientes com tuberculose ativa adotam medidas adicionais que podem incluir o uso de máscara para diminuir o risco de infectar outras pessoas.
8. A tuberculose é um dos agravos mais fortemente influenciados pela determinação social, apresentando uma relação direta com a pobreza e a exclusão social.
9. Pessoas vivendo com HIV/aids, privados de liberdade, pessoas em situação de rua e indígenas apresentam maior risco de adoecimento por tuberculose, devido às condições de saúde e de vida a que estão expostos.
10. De acordo com o Ministério da Saúde, uma pessoa vivendo com HIV tem 28 vezes mais chances de contrair tuberculose do que uma pessoa que não tem HIV. No Brasil, a proporção da coinfeção TB-HIV é de 9,4%.
11. A coinfeção TB-HIV é a principal causa de morte em pacientes com Aids.
12. Desde 2012, a Organização Mundial da Saúde recomenda que todas as pessoas recém-diagnosticadas com o HIV devem ser submetidas a uma triagem para tuberculose. Se elas não apresentarem sintomas de TB (tosse, tosse com sangue, febre, suores noturnos, perda de peso, dores no peito, falta de ar ou fadiga), devem receber tratamento preventivo contra a TB.
13. No Brasil, a doença é um sério problema de saúde pública. A epidemia do HIV e a presença de bacilos resistentes tornam o cenário ainda mais complexo. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem cerca de 4,5 mil mortes em decorrência da tuberculose.
14. Segundo o Unaid (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), o tratamento preventivo da TB reduz o risco de desenvolver a doença e pode reduzir em quase 40% as mortes entre as pessoas que vivem com HIV.
15. Tuberculose tem cura e até 2030, o objetivo da OMS é eliminar a doença do planeta.

## Experiências Exitosas

# Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose: Articulações multissetoriais, ações de advocacy e mobilização social

**A** Rede Paulista de Controle social da Tuberculose (RPCSTB) vem, desde sua fundação em 2005, desenvolvendo ações de advocacy e controle social nas políticas da Tuberculose e da Coinfecção TB/HIV em consonância com os objetivos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). São 18 anos de articulações em diversos espaços de controle social e firmando parcerias com vistas a pautar e promover a visibilidade da tuberculose e seus determinantes sociais na saúde, contribuir na sensibilização da sociedade civil na prevenção e eliminação da TB e articular ações intersetoriais entre saúde, assistência social e demais instâncias.

Das inúmeras frentes de atuação em advocacy e controle social da Rede Paulista, destacamos a cofundação e ocupação da cadeira de vice - coordenação, desde a sua criação em 2007, no Comitê Estadual de Controle Social da Tuberculose de São Paulo, espaço de articulação e integração de representantes dos segmentos da sociedade civil, gestores e academia, objetivando a construção de ações e políticas no aprimoramento do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose na rede de atenção básica de saúde.

Atualmente, a Rede Paulista desenvolve o Projeto Ações Colaborativas no Enfrentamento da Coinfecção TB/HIV com financiamento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo / coordenadoria



de IST HIV/Aids, com objetivo de promover ações de Informações, Educação e Comunicação sobre a Tuberculose (TB) e coinfecção à comunidade de pessoas vivendo com HIV/Aids, organizações sociais que prestam serviços e orientações às pessoas vivendo com HIV/Aids e outras populações vulneráveis para HIV/Aids e tuberculose. Com o tema mobilização social foram desenvolvidas atividades mensais de roda de conversa presencial às comunidades das regiões periféricas da cidade, atividades online em formato de *lives* e episódios de podcast produzidos, disponíveis no facebook, YouTube e Spotify. Os temas foram relativos à TB/HIV, comorbidades, determinantes sociais, SUS e SUAS, com convidados parceiros da academia, organizações da sociedade civil, serviços e equipamentos públicos nas três esferas da gestão. As Redes Sociais do projeto alcançaram mais de 200 mil pessoas desde o seu início em junho de 2020, indicando a necessidade de informações e orientações sobre os temas abordados.

Outro projeto em curso, em âmbito estadual, é o projeto "Comunicação em Saúde, Tuberculose e Coinfecção TB/HIV", com apoio do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e IST do Ministério da Saúde, que visa criar e ampliar espaços de debates e de visibilidade das ações exitosas desenvolvidas pelos trabalhadores, gestores, membros da academia e sociedade civil na prevenção, diagnóstico, tratamento e cura da TB no estado de SP, e dos desafios recorrentes enfrentados

nos territórios. O projeto propõe valorizar estas iniciativas relatadas pelos membros do Comitê Paulista TB nas reuniões ordinárias mensais utilizando as mídias sociais, como o Instagram e o Facebook, debates nas *lives* e *podcasts*. Serão elaborados também Boletins com temas sobre o enfrentamento e desafios da Coinfecção TBHIV nas pessoas vivendo com HIV/Aids, os determinantes sociais e as populações vulnerabilizadas mais afetadas pela doença e as barreiras no acesso aos serviços de saúde e de assistência social, como também se faz urgente ampliar o debate sobre a falta de informação acarretando no estigma da tuberculose, e em como o preconceito e discriminação levam os usuários a interromperem o tratamento. Todas estas temáticas sempre serão entremeadas com depoimentos e experiências dos participantes do Comitê Paulista.

Como uma ferramenta de apoio para debates e divulgação de informação, serão produzidos 4 minivídeos com os temas: populações vulnerabilizadas, coinfecção TB-HIV, determinantes sociais, proteção social e estigma da tuberculose. Este projeto tem a coordenação da Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose e membros da Secretaria Executiva do Comitê Paulista TB.

Também visando as ações de advocacy, a Rede Paulista participa na:

- Comissão Estadual de IST HIV/Aids e Hepatites Virais do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo
- Mopaid (Movimento Paulistano de Luta Contra Aids)
- Comissão POP Rua, do Conselho Municipal de Saúde de SP
- ART-TB/ Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose
- Rede brasileira de comitês para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde,
- CCAP TB Brasil /Comitê Comunitário de Acompanhamento á Pesquisas em Tuberculose no Brasil
- REDE TB- Rede Brasileira de Pesquisas em TB - Área de Mobilização Social.

Os ativistas e voluntários da Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose atuam no fortalecimento e consolidação das articulações multissetoriais para construção conjunta das estratégias de políticas para a eliminação da Tuberculose e Controle da Coinfecção TBHIV como problema de Saúde Pública, com abrangência regional, estadual, nacional e internacional.

## Experiências Exitosas

# O Instituto Vida Nova e a luta constante contra a tuberculose

Por Américo Nunes\*

**O** Brasil tem uma média de 5 mil mortes por tuberculose (TB) todos os anos e o combate à doença é um desafio para o País. A TB atinge de forma desproporcional as populações mais vulneráveis socialmente, que não têm acesso à moradia e alimentação, por exemplo. Atinge também pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo a principal causa de morte nesta população.

O Instituto Vida Nova, ONG/Aids que existe há mais de duas décadas e acolhe pessoas em situação de vulnerabilidade social, não pode ficar de fora desta luta. Para nós, é prioridade a eliminação da tuberculose e do HIV como problemas de saúde pública. Atuamos junto a outras instituições e movimentos sociais na luta pelos direitos humanos, a favor da vida, contra o estigma e a discriminação, por uma política pública inclusiva e contra todas as formas de preconceito.

A ONG se caracteriza por uma abordagem multidisciplinar, que prioriza os direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids e tuberculose. Todos que chegam na ONG são convidados a participar das diversas atividades da instituição, facilitando a promoção da saúde e do advocacy em Aids, principalmente na ocupação de instâncias de controle social.

Falando especificamente da nossa luta contra a tuberculose, é importante ressaltar que realizamos diversas ações, com um público amplo, como rodas de conversas em escolas, centros de juventudes e na comunidade. Geralmente, nestes debates os temas principais são: prevenção e tratamento. Aproveitamos ainda para referenciar os serviços especializados no tratamento de TB nas regiões onde atuamos.

É necessário ainda citar as ações que realizamos todos os anos, em parceria com o Comitê Estadual





de Controle da Tuberculose, em alusão ao Dia Internacional da Tuberculose, comemorado sempre em 24 de março.

A equipe Vida Nova sempre ocupa as estações da CPTM com ações de prevenção e esclarecimento de dúvidas.

O debate na instituição tem proporcionado um plano de ações de prevenção e cuidado da doença e, transversalmente, com foco na coinfeção HIV/TB. Sempre que possível, realizamos rodas de conversa com os nossos usuários pensando no fomento de conhecimento dos planos Estadual e Municipal de eliminação da tuberculose.

Nas ações que desenvolvemos no território, buscamos mobilizar a sociedade na contribuição para uma política mais consistente, coerente e com investimento para a sociedade civil organizada, considerando como uma estratégia para o êxito das ações de controle da tuberculose e cumprimento das metas dos planos de eliminação da doença.

O conhecimento mais comum sobre a doença é a tuberculose pulmonar, quando é apresentado informações para além das formas de infecção, quando se fala, por exemplo, que a doença afeta outros órgãos, há uma comoção e espanto; isso indica que é necessário falar mais sobre a tuberculose de forma natural, em todos os espaços.

Pensando nas pessoas que vivem com HIV/aids, temos materiais específicos sobre coinfeção. No Grupo de Convivência, por exemplo, o tema TB e HIV é destaque pelo menos duas vezes ao ano. Não é raro encontrar pessoas que vivem com HIV há muitos anos e que nunca fizeram o rastreamento para tuberculose.

Hoje, considero que há uma modificação no cenário político do enfrentamento à TB, no qual se destaca o maior engajamento da sociedade civil, com representatividades nos Comitês Estadual e Municipal de Tuberculose.

Nesse sentido, o Instituto Vida Nova considera importante as ações integradas e colaborativas com outras instituições pública e privadas. Essas condições contribuem para fortalecer a política pública de saúde.

É importante destacar que o estigma e o preconceito continuam latentes, e isso faz com que a adesão ao tratamento se torne insatisfatório, podendo ocasionar a tuberculose resistente. Tanto o HIV/aids como a tuberculose devem ser temas abordados de forma natural, como se falássemos de diabetes, covid-19, sem estigma.

**\* Américo Nunes Neto é presidente do Instituto Vida Nova e membro da Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose e do Comitê Estadual de Controle da Tuberculose de São Paulo.**



# Tuberculose e HIV

Por Dr. Álvaro Furtado\*

**A**tuberculose (TB) continua a ser uma das principais causas de mortalidade entre as pessoas vivendo com HIV no mundo. Independentemente de estar indetectável, uma pessoa vivendo com HIV tem um risco substancialmente maior de ter tuberculose ao longo da vida. Mas sim, conseguimos reduzir esse risco. Como fazemos isso é a chave para redução de casos.

A TB associada ao HIV afeta desproporcionalmente os países subdesenvolvidos, especialmente os grupos vulneráveis em risco tanto de tuberculose quanto a infecção pelo HIV.

As doenças se cruzam onde o empobrecimento e outras vulnerabilidades se encontram, afetando particularmente as populações que vivem em áreas livres, as pessoas privadas de privadas de liberda-

de, pessoas pretas e pobres. Fatores ambientais, caracterizados por superlotação, má ventilação e alta prevalência de fatores de risco individuais (por exemplo, tabagismo, desnutrição e uso de álcool) criam os ambientes perfeitos para a transmissão da tuberculose. O difícil acesso aos cuidados de saúde agrava ainda mais a epidemia.

Apesar do aumento do acesso ao tratamento antirretroviral, o declínio nas mortes relacionadas com a tuberculose estabilizou nos últimos anos. Isso não é bom.

As ferramentas diagnósticas para tuberculose evoluíram nos últimos anos com testes como o Xpert ultra e os ensaios de lipoarabinomanano de fluxo lateral na urina que podem facilitar muito o diagnóstico da TB em pessoas que vivem com HIV. Importantíssimo dizer que essas tecnologias estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em nosso país e no mundo, é possível fazer um diagnóstico de tuberculose no mesmo dia em que o paciente procura o serviço com queixas e sintomas compatíveis. Esses podem ser febre, perda de peso, tosse com mais de 3 semanas de evolução, entre outros. Ficar atento e não deixar de procurar um serviço de saúde se esses sintomas aparecerem é uma importante recomendação para pessoas que vivem com o vírus.

Para quem teve contato com tuberculose e não tem doença ativa (o que chamamos de infecção latente) é possível usar medicações para prevenir que a doença se desenvolva no organismo.

Isso é particularmente importante para pessoas que vivem com HIV. Esse tratamento preventivo tem sido subutilizado, apesar dos seus benefícios comprovados, independentemente de o paciente estar em terapia antirretroviral. Regimes mais curtos de tratamento preventivo são cruciais para aumentar a adesão.

Como já dito, nos últimos anos tivemos a incorporação do Brasil de novas tecnologias para rastreio dessa infecção latente. Anualmente pessoas que vivem com HIV devem ser rastreadas para tuberculose com exames como prova tuberculínica ou IGRA. Assim converse com seu médico a respeito dessa prevenção para tuberculose. Esses exames devem ser solicitados anualmente para todas pessoas que

vivem com HIV, esse rastreio para tuberculose. O exame de prova tuberculínica é feito na pele e o IGRA é realizado através de uma coleta de sangue.

Caso esses exames venham positivos é importante o profissional descartar o diagnóstico tuberculose ativa. Afastado a doença ativa existem tratamentos preventivos para tuberculose, como por exemplo a administração de medicações por 12 semanas já disponíveis e incorporados no SUS. Até algum tempo atrás não tínhamos no Brasil a combinação dessas medicações. Fazendo esse tratamento, a pessoa vivendo com HIV vai diminuir muito a chance de ter tuberculose ao decorrer da vida.

Importante que o sistema de saúde incorpore todas essas tecnologias tanto para o diagnóstico da infecção latente quanto para o tratamento em todas unidades da federação e que os pacientes tenham acesso a esse tratamento preventivo mais curto e com dose semanal. Infelizmente esse cenário precisa melhorar muito na linha do cuidado de pessoas que vivem com HIV.

A mortalidade é elevada em pessoas com TB associada ao HIV e o início oportuno da TARV também é fundamental. Os programas em saúde pública devem prestar cuidados descentralizados e integrados à TB e ao HIV em locais com muitos casos de ambas as doenças, para melhorar o acesso aos serviços e possibilite o diagnóstico de TB e o HIV o mais rapidamente possível.

As novas ferramentas de prevenção e diagnóstico recentemente recomendadas pela OMS oferecem uma imensa oportunidade para avançar na nossa luta contra a TB associada ao HIV. Devem ser amplamente disponibilizadas rapidamente, apoiados por financiamento adequado e com uma monitorização robusta da sua implementação, para promover a eliminação global da TB.

**\* Dr. Álvaro Furtado é médico infectologista e trabalha no Centro de Referência e Treinamento em IST/Aids do Estado de São Paulo.**

**Para maiores informações sobre Tratamento da Infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis***

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/o-tratamento-da-infeccao-latente-pelo-mycobacterium-tuberculosis.pdf>



# Como é feito o diagnóstico da Tuberculose para PVHA e da Infecção Latente da Tuberculose

**A** Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) ocorre quando uma pessoa é infectada pelo *M.tuberculosis* (MTB) a partir de um indivíduo com tuberculose bacilífera (formas pulmonar e laríngea) e o bacilo permanece viável sem causar doença no indivíduo.

O tratamento da ILTB (quimioprofilaxia) tem por objetivo: diminuir o risco do recém-nascido (RN) se infectar por meio de contato com a pessoa infectada com TB bacilífera (quimioprofilaxia primária) e diminuir o risco de adoecimento por TB em pessoas previamente infectadas (quimioprofilaxia secundária).

Para a realização de diagnóstico de ILTB deve-se afastar tuberculose ativa através de avaliação médica, realização da prova tuberculínica (PT) ou IGRA e realização de radiografia do tórax em todos os casos.

Em qualquer suspeita de doença pela TB, deve-se aguardar para iniciar o tratamento de ILTB e continuar a investigação. Segundo dados do Ministério da Saúde, não há evidências para utilização de prova tuberculínica como método auxiliar no diagnóstico de TB pulmonar ou extrapulmonar no adulto. Uma PT positiva não confirma, e uma PT negativa não exclui o diagnóstico de TB ativa.

A indicação de tratamento da ILTB depende da idade, do risco de adoecimento, do resultado da Prova Tuberculínica (PT), da probabilidade de ILTB

e da exclusão de TB ativa.

Para identificar a tuberculose latente, existe o IGRA (Interferon-Gamma Release Assay) e a Prova Tuberculínica.

## IGRA

O IGRA foi incorporado ao Sistema Único de Saúde em novembro de 2020 e detecta a infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Esse método diagnóstico é alternativa à prova tuberculínica (PT) para o rastreio da ILTB. O teste está destinado especialmente às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA); crianças contatos de casos de TB ativa, entre 2 e 10 anos de idade, e pessoas candidatas a transplante de células-tronco.

A vantagem do teste é que a pessoa se encaminha uma única vez ao serviço, sem a necessidade de retorno para a leitura.

O IGRA quantifica a resposta imune celular de linfócitos T. Utilizando-se de amostra de sangue, mediante a estímulo *in vitro*, a antígenos do *Micobacterium tuberculosis*. Se a pessoa foi infectada com a bactéria, as células do sistema imunológico liberam a proteína interferon-gama em resposta aos antígenos.

A quantidade de interferon-gama produzida é medida, e resultados positivos indicam a presença de uma resposta imunológica à tuberculose. É em-

pregado no diagnóstico da infecção tuberculosa, sendo essencial excluir a tuberculose ativa antes de realizar o tratamento de tuberculose latente. Até o momento, limitações de sua técnica contraindicam a realização para investigação de doença ativa, devendo ser solicitado na suspeita de infecção latente.

O IGRA tem o mesmo raciocínio imunológico que a Prova Tuberculínica (PT).

## LF-LAM

Um teste especial de alta eficácia, que oferece resultado rápido, é indicado para a população com grave comprometimento imunológico. Chamado tecnicamente de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano (LF-LAM), este teste rápido, indicado para pessoas que estão com TB ativa, pode ser realizado diretamente nos serviços de saúde, facilitando e otimizando o diagnóstico. O teste utiliza amostras de urina do paciente e o resultado sai em cerca de 25 minutos.

Diferentemente dos métodos tradicionais de diagnóstico da doença, o LF-LAM apresenta uma sensibilidade aprimorada em casos de pessoas com HIV/aids e tuberculose.

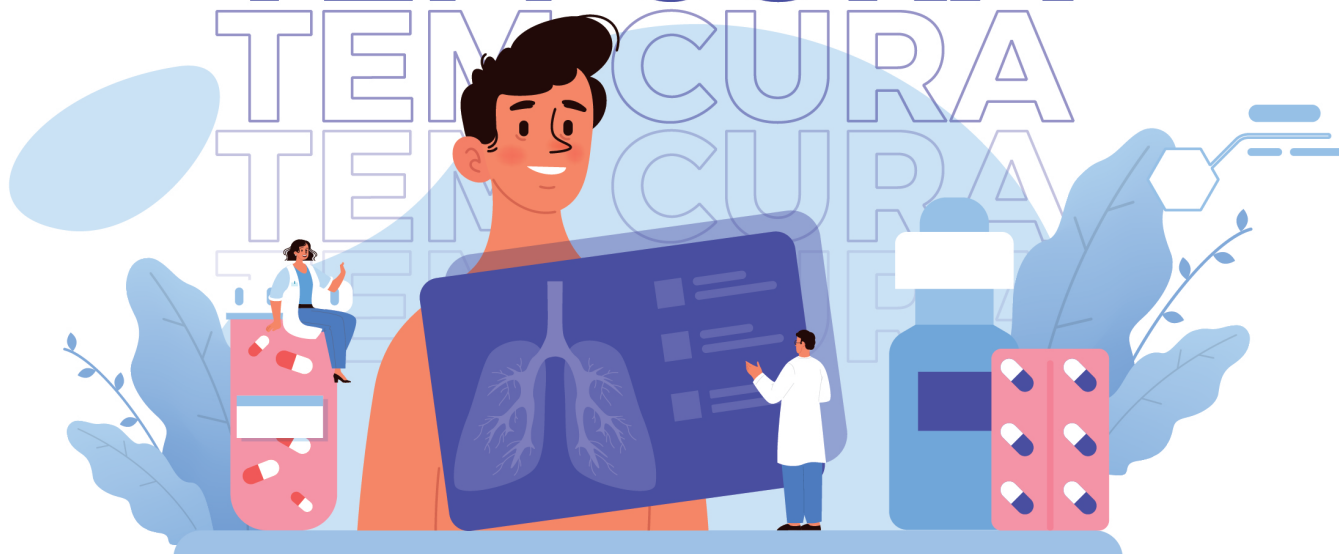
O teste LF-LAM é um método baseado em fluorescência que detecta a resposta imunológica a antígenos específicos do *Micobacterium tuberculosis* na urina, podendo nortear em uma população específica a possibilidade de tuberculose ativa doença em algum órgão do indivíduo.

Se a pessoa foi infectada, ocorre uma reação imunológica específica, que pode ser observada através da fluorescência emitida pelas células ativadas pelo antígeno. A presença de fluorescência indica uma resposta imunológica positiva à tuberculose. Esse exame deve respeitar os critérios, é de fácil execução e não exclui a necessidade de progredir na investigação. Até o momento, é indicado somente para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) com LT-CD4 < 200 cels/mm<sup>3</sup>.

O diagnóstico precoce e o tratamento da tuberculose latente são importantes para prevenir a progressão para a forma ativa da doença e controlar a disseminação da tuberculose.

*Com a colaboração de Dra. Ana Angélica Bulcão Portela, do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e da divisão de tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.*

# TUBERCULOSE TRATANDO ATÉ O FINAL, TEM CURA



**A tuberculose só tem cura se tratada até o final.  
Não interrompa o tratamento por conta própria.**



 @comitepaulistatb

 cecstb.sp

 @comitepaulistatb

 PodTB