



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

BRENDA KELLY ESTRELA FERNANDES

Tuberculose latente em pacientes com doença inflamatória intestinal em uso de antagonistas do fator de necrose tumoral em um hospital terciário da Paraíba.

João Pessoa - PB
2021

BRENDA KELLY ESTRELA FERNANDES

Tuberculose latente em pacientes com doença inflamatória intestinal em uso de antagonistas do fator de necrose tumoral em um hospital terciário da Paraíba.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Interna do Curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências legais como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Orientador: Fernando Jorge Firmino Nóbrega

Autorizo a reprodução e divulgação deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Centro de Ciências Médicas - CCM

F363t Fernandes, Brenda Kelly Estrela.

Tuberculose latente em pacientes com doença inflamatória intestinal em uso de antagonistas do fator de necrose tumoral em um hospital terciário da Paraíba / Brenda Kelly Estrela Fernandes. - João Pessoa, 2021. 20 f.

Orientação: Fernando Jorge Firmino Nóbrega.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Antagonistas do fator de necrose tumoral. 2. Doença inflamatória intestinal. 3. Tuberculose latente. I. Nóbrega, Fernando Jorge Firmino. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 616.33 (043.2)

FERNANDES, Brenda Kelly Estrela. **Tuberculose latente em pacientes com doença inflamatória intestinal em uso de antagonistas do fator de necrose tumoral em um hospital terciário da Paraíba.** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba como pré-requisito à obtenção da colação de grau em Medicina.

Aprovado em: 05/08/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Jorge Firmino Nóbrega
Orientador - UFPB



Julgamento Aprovado

Prof. Dr. Agostinho Hermes de Medeiros Neto
Examinador 1 - UFPB



Julgamento Aprovado

Prof. Dr. Rivando Rodrigues de Sousa Oliveira
Examinador 2 - UFPB



Julgamento Aprovado

**"O saber se aprende com os mestres e com os livros. A sabedoria,
se aprende é com a vida e com os humildes."
(CORA CORALINA)**

FERNANDES, B.K.E. **Tuberculose latente em pacientes com doença inflamatória intestinal em uso de antagonistas do fator de necrose tumoral em um hospital terciário da Paraíba.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharela em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba).

RESUMO

Doença inflamatória intestinal (DII) é representada por duas principais condições: doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU). Permanece com etiologia incerta, envolvendo a interação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais e estando relacionada com a desregulação da resposta imune contra a microbiota intestinal. O tratamento da DII inclui imunobiológicos, como os antagonistas do fator de necrose tumoral (anti-TNF). Sabe-se que o tratamento com anti-TNF leva à diminuição da imunidade do paciente, podendo permitir que doenças latentes tornem-se ativas, como no caso da tuberculose. Dessa forma, antes do início da terapia com anti-TNF, recomenda-se realizar exames de rastreamento, com o objetivo de se identificar casos de tuberculose latente. Assim, os pacientes podem ser tratados antes que tenham sua imunidade diminuída e desenvolvam quadros mais graves. Objetivo: avaliar a prevalência de ILTB e o número de casos de TB ativa em pacientes com doença inflamatória intestinal tratados com agentes anti-TNF. Métodos: estudo transversal e retrospectivo de casos atendidos na unidade do sistema digestivo do Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB.

Palavras-chave: Antagonistas do fator de necrose tumoral. Doença inflamatória intestinal. Tuberculose latente.

FERNANDES, B.K.E. Latent tuberculosis in patients with inflammatory bowel disease under use tumoral necrosis factor antagonists in a tertiary hospital of Paraíba. Course completion work (Bachelor of Medicine at the Federal University of Paraíba).

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD) is represented by two main conditions: Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). Its etiology remains uncertain, involving the interaction of genetic, immunological and environmental factors and being related to the dysregulation of the immune response against the intestinal microbiota. Treatment of IBD includes immunobiologics, such as tumor necrosis factor antagonists (anti-TNF). It is known that treatment with anti-TNF leads to a decrease in the patient's immunity, which may allow latent diseases to become active, as in the case of tuberculosis. Therefore, before starting anti-TNF therapy, screening tests are recommended, with the aim of identifying cases of latent tuberculosis. Thus, patients can be treated before their immunity is diminished and they develop more severe conditions. Objective: to assess the prevalence of ILTB and the number of cases of active TB in patients with inflammatory bowel disease treated with anti-TNF agents. Methods: cross-sectional and retrospective study of cases treated at the digestive system unit of the University Hospital Lauro Wanderley - UFPB.

Key words: Inflammatory bowel disease, latent tuberculosis, tumor necrosis factor antagonist,

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. METODOLOGIA	10
3.1 TIPO DE ESTUDO	10
3.2 LOCAL DO ESTUDO	10
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	10
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	10
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	10
3.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	11
3,7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	11
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	11
3.9 RISCOS E BENEFÍCIOS	11
3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA	12
4. CRONOGRAMA	12
REFERÊNCIAS	13
ANEXO	15
APÊNDICE	16

1. INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) englobam um grupo de enfermidades crônicas cuja etiologia ainda não está completamente esclarecida. A doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU) são as formas mais comuns de DII, caracterizando-se por inflamação crônica do intestino que envolvem diferentes fatores genéticos, imunológicos e ambientais em sua patogênese, levando a má regulação da microbiota intestinal e desencadeando lesões gastrointestinais (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Nos últimos anos, tem sido descrito um aumento da incidência de portadores de DC e RCU nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Acredita-se que tal fato possa estar associado a um maior grau de industrialização e ocidentalização do estilo de vida, tais como hábitos alimentares e tabagismo. As DII acometem principalmente pessoas jovens, cursando com períodos frequentes de recidivas e podendo apresentar formas clínicas de alta gravidade. Por serem doenças crônicas, tendem a ser progressivas e, com isso, geram repercussões importantes na qualidade de vida dos pacientes acometidos (ELIA *et al.*, 2007).

O quadro clínico típico das DII inclui diarreia, dor abdominal, tenesmo e enterorragia, podendo apresentar ainda anemia, febre, perda ponderal e fístulas/abscessos perianais, além de uma série de manifestações extra-intestinais (MEI) como eritema nodoso, pioderma gangrenoso, aftas orais, uveítes, colangite esclerosante primária, artrite, sacroileíte e espondilite anquilosante (COSNES *et al.*, 2011; MARANHÃO *et al.*, 2015; HOSSNE *et al.*, 2019).

O diagnóstico é feito através da combinação de dados clínicos, laboratoriais, achados radiológicos, endoscópicos e histológicos. O exame mais utilizado para distinguir a DC da RCU é a colonoscopia, uma vez que elas compartilham sinais e sintomas. A endoscopia fornece informações da intensidade, extensão e possíveis diagnósticos diferenciais (MARANHÃO *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A base do tratamento inclui agentes anti-inflamatórios, drogas imunossupressoras e imunobiológicos, dentre eles os antagonistas do fator de necrose tumoral (anti-TNF). A introdução da terapia com anticorpos anti-TNF, nomeadamente o infliximabe, adalimumabe, golimumabe e o certolizumabe pegol, revolucionou o tratamento das doenças inflamatórias intestinais, sendo atualmente uma das principais terapias para alcançar remissão clínica e cicatrização da mucosa, diminuindo a exposição aos corticosteroides, melhorando a qualidade de vida, além de reduzir o risco de cirurgia e hospitalização, especialmente quando usado no início do curso de tratamento (LICHTENSTEIN *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2020).

Embora o perfil geral de segurança dos anti-TNF seja considerado satisfatório, existe um maior risco de eventos adversos, incluindo distúrbios metabólicos, imunológicos, risco de malignidade e de infecções, particularmente o risco de reativação de uma infecção latente de tuberculose (ILTB), sendo o mecanismo associado à falha na formação do granuloma (LICHTENSTEIN *et al.*, 2012; KEANE *et al.*, 2001). Tal associação é explicada com base na patogênese de uma infecção tuberculosa. Quando uma pessoa está infectada com tuberculose (TB), a bactéria não é morta diretamente pelo sistema imunológico, mas é sequestrada pelos granulomas. Desta forma, o *Mycobacterium tuberculosis* é capaz de sobreviver em um hospedeiro por anos a décadas (SCOTT-ALGOOD *et al.*, 2005).

O TNF α tem papel específico na formação e manutenção dos granulomas. Ele recruta diferentes células necessárias para formar os granulomas e manter essa estrutura. Em pacientes com ILTB, o bloqueio da função do TNF- α pode levar à desintegração do granuloma e à disseminação da infecção por *M. tuberculosis* (GARDAM *et al.*, 2003).

Devido ao risco de reativação da TB latente, o que pode ocasionar quadros graves, de difícil reconhecimento e tratamento, a triagem para TB antes de iniciar o tratamento com anti-TNF é mandatória e capaz de reduzir em até 90% o número de casos (KEANE *et al.*, 2001; ORMEROD *et al.*, 2005).

A história natural da TB mostra que a maioria dos indivíduos é resistente à infecção, provavelmente devido à incapacidade do organismo de eliminar completamente a lesão. Das pessoas expostas a *M. tuberculosis*, em cerca de 90%, a infecção permanece latente. A estimativa da OMS é de que 25% da população mundial tenha TB latente (TEIXEIRA *et al.*, 2007; BONFIGLIOLI *et al.*, 2014; BRASIL, 2019).

Caracterizada pela ausência de sintomas e transmissibilidade, a ILTB é somente reconhecida por testes que detectam a imunidade contra o bacilo (BRASIL, 2019). O diagnóstico convencional da infecção latente é feito pelo teste tuberculínico (TT) cutâneo – também conhecido como “PPD” ou “Mantoux”. No entanto, há algumas limitações no seu uso como baixa especificidade, especialmente em indivíduos que foram vacinados com a BCG, ou naqueles infectados por certas espécies de micobactérias não-tuberculosas e baixa sensibilidade em pacientes com doenças inflamatórias imunomediadas (MALLUTA *et al.*, 2016; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Os ensaios de liberação de interferon-gama (Interferon-Gamma Release Assays – IGRA) surgiram como uma alternativa ao PPD, propondo-se a ser mais sensível e mais específico, havendo ainda o benefício de não ser examinador dependente e não necessitar de

inoculação de amostra biológica e com necessidade de retorno do paciente. Os testes IGRA disponíveis comercialmente incluem o Quantiferon-TB Gold (QFT-G) e os testes T-SPOT.TB. Entretanto, no Brasil, o IGRA ainda não está validado para uso rotineiro e nem incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao seu elevado custo, necessidade de coleta de sangue, de um laboratório bem equipado e do manuseio cuidadoso (LALVANI *et al.*, 2008; BRASIL 2019; HOSSNE *et al.*, 2019).

De acordo com o segundo consenso europeu baseado em evidências sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções oportunistas nas DII, os pacientes com diagnóstico de ILTB, antes de iniciar a terapia com anti-TNF, devem ser tratados com um regime terapêutico completo. Da mesma forma, quando a TB ativa é diagnosticada, a terapia anti-TB deve ser iniciada e a terapia anti-TNF deve ser interrompida, podendo ser retomada após dois meses, se necessário (RAHIER *et al.*, 2014).

Nesse sentido, este trabalho se propõe a avaliar a prevalência de ILTB em associação com DII em pacientes na vigência de terapia anti-TNF no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de ILTB após triagem em pacientes com DII em uso de anti-TNF, entre 2015 e 2021, acompanhados na unidade do sistema digestivo do HULW da UFPB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o número de casos de pacientes que desenvolveram TB ativa durante o uso de anti-TNF e correlacionar com os dados do rastreio para ILTB;
- Determinar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com DII em uso de anti-TNF;
- Investigar o resultado do TT e radiografia de tórax como métodos de diagnóstico da ILTB nesse grupo de pacientes

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa transversal e retrospectiva que visa descrever a prevalência de ILTB em pacientes com DII e em uso de agente anti-TNF entre 2015 e 2021.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Unidade do sistema digestivo do HULW-UFPB, em João Pessoa - Paraíba.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população será composta pelos pacientes portadores de DII atendidos na unidade do sistema digestivo do HULW-UFPB, em uso de anti-TNF entre 2015 e 2021, que estiverem dentro dos critérios de inclusão propostos e aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do TCLE.

A amostra será obtida por conveniência e, portanto, não nos permitirá realizar inferências, porém sendo um estudo exploratório inicial, permitirá abrir campo para uma amostragem probabilística posterior.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste trabalho pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico prévio DII de acordo com os dados clínicos, laboratoriais, achados radiológicos ou histológicos em uso de anti-TNF no HULW – UFPB entre 2015 e 2021, que aceitem participar desse estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com passado de TB antes do início da terapia com anti-TNF, portadores de HIV ou neoplasias, bem como a ausência de dados sobre o rastreamento de ILTB. Não serão incluídos ainda os pacientes com problemas psicológicos, cognitivos ou psiquiátricos que não estejam capazes de responder aos instrumentos da pesquisa.

3.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Serão utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico (Apêndice 2); questionário de antecedentes clínico-patológicos (Apêndice 3); classificação socioeconômica – ABEP (Anexo 1); questionário de investigação para ILTB (Apêndice 4)

3,7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

O projeto será submetido ao comitê de ética e pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW- UFPB) para a aprovação dos procedimentos de pesquisa. Será iniciada a coleta dos dados, após autorização expressa e voluntária do paciente, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A aplicação dos questionários será realizada na unidade do sistema digestivo do HULW-UFPB.

A participação no estudo será voluntária, buscando-se atender o horário de maior conveniência para o paciente através de uma busca ativa. O pesquisador é responsável por suspender ou adiar a coleta de dados caso observe que o paciente não está confortável.

A coleta de dados será conduzida pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo que receberão subsídios teóricos e práticos para a aplicação das escalas, a fim de conferir o máximo de homogeneidade na coleta de dados.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo será realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2016), e será previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos do HULW-UFPB.

Diante do assentimento do entrevistado, será contado com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assegurar-se-á a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes desse estudo.

3.9 RISCOS E BENEFÍCIOS

Haverá risco mínimo previsível por tratar-se apenas do preenchimento de questionário, que cursa com desprendimento de tempo, além da possibilidade de causar desconforto, constrangimento e ansiedade no participante durante a coleta. O pesquisador é responsável

por suspender a pesquisa ao perceber algum risco causado ao participante da pesquisa. Dados coletados dos prontuários podem conter erros e/ou ausência de dados para a elaboração da pesquisa e/ou presença de registros incompletos. Para evitar que isso ocorra, vamos confirmar e complementar os dados coletados através de consultas de retorno com os mesmos pacientes, caso necessário.

Este estudo poderá contribuir com a comunidade científica e a sociedade civil, ao fornecer informações clínicas e epidemiológicas relevantes para a construção do cuidado com os pacientes do ponto de vista físico, psíquico, moral e intelectual.

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados receberão uma abordagem descritiva e analítica. As variáveis qualitativas serão demonstradas através de suas frequências absolutas e relativas. Os dados serão expressos em tabelas e gráficos, caso necessário. No caso das variáveis numéricas utilizaremos inicialmente coeficiente de correlação de Pearson, caso os dados apresentem distribuição normal e de Spearman, caso contrário. As variáveis quantitativas com distribuição não gaussiana serão confrontadas às qualitativas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

4. CRONOGRAMA

ANO	2021					
ETAPA / MÊS	05	06	07	08	09	10
Elaboração do projeto	X	X	X			
Apresentação do projeto				X		
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados				X	X	X
Análise de dados					X	X
Redação do relatório parcial						X
Redação do relatório final						X
Apresentação do trabalho						

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M.F.C. *et al.* Doença inflamatória intestinal. **Revista Brasileira de Medicina.** v.71, p. 1-2, 2014.

BONFIGLIOLI, K.R. *et al.* LTBI screening in rheumatoid arthritis patients prior to anti-TNF treatment in an endemic area. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.** v. 18, n. 8, p. 905-911, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Ministério da Saúde, 2019.

BRITO, R.C.V. *et al.* Inflammatory intestinal diseases in Brazil: profile of hospitalizations, between 2009 and 2019. **Revista Educação em Saúde.** v.8, n.1, p. 127-135, 2020.

CATAPANI, W.R. Inflammatory bowel disease. **Revista Brasileira de Medicina.** v. 66, n. 11, 2009.

COSNES J. *et al.* Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. **Gastroenterology.** v. 140, n. 6, p. 1785-1794, 2011.

ELIA, P.P. *et al.* Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. **Arquivos de gastroenterologia,** v.44, n.4, p. 332-339, 2007.

GARDAM, M.A. *et al.* Anti-tumour necrosis factor agents and tuberculosis risk: mechanisms of action and clinical management. **The Lancet Infectious Diseases.** v.3, n.3, p. 148-155, 2003.

HABR-GAMA, A. *et al.* Doença de Crohn intestinal: manejo. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v. 57, n. 1, p. 10-13, 2011.

HOSSNE, R.S. *et al.* Atualização em doenças inflamatórias intestinais: conectando ciência à prática diária. In: **curso de atualização do GEDIIB– SBAD.** Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil: GEDIIB; 2019.

KEANE, J. *et al.* Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. **New England Journal of Medicine.** v. 345, n. 15, p. 1098–1104, 2001.

LALVANI, A. *et al.* Screening for tuberculosis infection prior to initiation of anti-TNF therapy. **Autoimmunity Reviews,** v. 8; n. 2, p. 147-152, 2008.

LICHTENSTEIN, G.R. *et al.* Serious infection and mortality in patients with Crohn's disease: more than 5 years of follow-up in the TREAT registry. **The American Journal of Gastroenterology.** v. 107, n. 9, p. 1409–1422, 2012.

LIMA, C.C.G. *et al.* Critical analysis of anti-tnf use in the era of new biological agents in inflammatory bowel disease. **Arquivos de Gastroenterologia**. v. 57, n. 3, p. 323-332, 2020.

MALLUTA, E. F. *et al.* Miliar tuberculosis after the use of adalimumab in the crohn's disease: a case report. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 45, n. 4, p. 84-90, 2016.

MARANHÃO, D.D.A. *et al.* Características e Diagnóstico Diferencial das Doenças Inflamatórias Intestinais. **Jornal Brasileiro de Medicina**. v. 103, n.1, p. 9-15, 2015.

OLIVEIRA, F.M. *et al.* Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, p. 1031-1037, 2010.

ORMEROD, L.P. *et al.* BTS recommendations for assessing risk and for managing Mycobacterium tuberculosis infection and disease in patients due to start anti-TNF-alpha treatment. **Thorax**, v. 60, p. 800-805, 2005.

RAHIER, J.F. *et al.* Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. **Journal of Crohn's and Colitis**, v. 8, n. 6, p. 443-68, 2014.

SCOTT-ALGOOD, H. M. *et al.* Tumor necrosis factor and chemokine interactions in the formation and maintenance of granulomas in tuberculosis. **Clinical Infectious Diseases**. v. 41, n. 3, p. 189-93, 2005.

SIQUEIRA, R.C. *et al.* Potencial do teste IGRA (Interferon Gama Release Assay) para o diagnóstico de tuberculose ocular. Revisão e análise comparativa com o teste tuberculínico cutâneo (PPD). **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 78, n. 3, p. 202-209, 2019.

TEIXEIRA, H.C. *et al.* Immunological diagnosis of tuberculosis: problems and strategies for success. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 33, n.3, p. 323-34, 2007.

ANEXO I

Questionário de classificação socioeconômica (ABEP)

Todos os itens de eletroeletrônicos citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considerar apenas se o entrevistado tiver a intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

ITENS DE CONFORTO:	0	1	2	3	≥ 4
Banheiros					
Empregados domésticos (mensalistas)					
Automóveis					
Computadores					
Lava-louças					
Geladeira					
Freezer					
Lava-roupa (exceto tanquinho)					
DVDs					
Micro-ondas					
Motocicletas					
Secadora de roupas					
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA					
Analfabeto / fundamental I incompleto					
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto					
Fundamental II completo / Médio incompleto					
Médio completo / superior incompleto					
Superior completo					
ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS				SIM	NÃO
Água encanada					
Rua pavimentada					

APÊNDICE I**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES DA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.**

Prezado(a) Senhor(a),

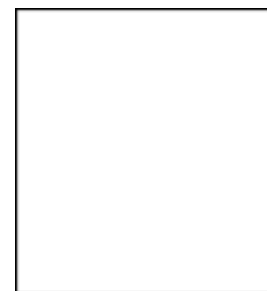
Esta pesquisa é sobre “PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE LATENTE EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM USO DE ANTAGONISTAS DO FATOR DE NECROSE TUMORAL EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA PARAÍBA” e está sendo desenvolvida por Brenda Kelly Estrela Fernandes, acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof. Fernando Jorge Firmino Nóbrega. Os objetivos do estudo são avaliar a prevalência de tuberculose latente após triagem em pacientes com doença inflamatória intestinal candidatos ao tratamento com agentes anti-TNF no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), além de realizar um levantamento epidemiológico local dos pacientes em uso dessa terapia. A finalidade deste trabalho é contribuir para a construção do conhecimento sobre a importância do rastreamento de tuberculose latente na população com doença inflamatória intestinal em uso de imunobiológicos. Solicitamos a sua colaboração para responder aos questionários específicos sobre investigação de tuberculose latente e demais características clínicas da doença, questionário para avaliação da qualidade de vida, além de disponibilizar os dados contidos no prontuário do paciente sob sua responsabilidade. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Haverá risco mínimo previsível por tratar-se apenas do preenchimento de questionário, que cursa com desprendimento de tempo (cerca de 15 minutos), além da possibilidade de produzir desconforto, constrangimento e ansiedade no participante durante coleta; dados coletados dos prontuários podendo conter erros e/ou ausência de dados para a elaboração da pesquisa e/ou presença de registros incompletos. Para evitar que isso ocorra, vamos confirmar e complementar os dados coletados através de consultas de retorno com os mesmos pacientes, caso necessário. Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo no HULW. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal



Impressão dactiloscópica

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Dr. Fernando Jorge Firmino Nóbrega: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA - DMI - Telefone: (083) 3216-7243, CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB, e-mail: depmi@hulw.ufpb.br, ou para o Comitê de Ética do HULW: Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW- 2º andar - Campus I - Cidade Universitária, Castelo Branco, João Pessoa - PB. CEP: 58059-900, Telefone: 3216-7964, e-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br.

APÊNDICE II

Questionário sociodemográfico



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

INSTRUMENTO DE COLETA

DATA DE COLETA: ____ / ____ / ____ N° PRONTUÁRIO: _____

1.0 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOME: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: () M () F

TELEFONE: () _____ - _____

PROCEDÊNCIA: _____

NATURALIDADE: _____

PESO: _____

MORADORES EM SUA RESIDÊNCIA: () 1 () 2 () 3 () ≥ 4

ETNIA: () Branco(a) () Preto(a) () Pardo(a) () Amarelo(a) () Indígena ()

Sem declaração

ESTADO CIVIL: () Solteiro(a) () Casado(a) () União estável () Divorciado(a)

() Viúvo(a) () Outro: _____

DESEMPENHA ATIVIDADE REMUNERADA ATUALMENTE? () Não () Sim

QUAL? _____

TEM RELIGIÃO? () Não () Sim, QUAL? _____

REALIZA ATIVIDADE FÍSICA? () Não () Sim, QUAL? _____

COM QUE FREQUÊNCIA (DIAS/SEMANA)? () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

() 6 () 7

APÊNDICE III

Questionário de antecedentes clínico-patológicos

2.0 – ANTECEDENTES CLÍNICO-PATOLÓGICOS

2.1 – DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

QUANDO FOI REALIZADO O DIAGNÓSTICO?		
MEDICAÇÕES EM USO:	POSOLOGIA:	VIA DE ADM:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2.2 – ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

<p>COMORBIDADES</p> <p>() Diabetes () Hipertensão () HIV () Tuberculose () Hepatite B</p> <p>() Hepatite C () Doença coronariana () Insuficiência cardíaca () Tabagismo</p> <p>() Alcoolismo () AVC () IAM () Depressão () Ansiedade () Asma</p> <p>() DPOC</p> <p>Outras:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>TEVE ALGUMA NEOPLASIA? () Não () Sim, QUAL?</p> <p>_____</p> <p>HÁ QUANTO TEMPO? _____</p>
<p>JÁ APRESENTOU REAÇÃO ALÉRGICA A ALGUM MEDICAMENTO?</p> <p>() Não () Sim</p> <p>QUAIS?</p> <p>_____</p> <p>A QUAIS MEDICAMENTOS?</p> <p>_____</p>

APÊNDICE IV

Investigação de Tuberculose

<p>A. História pessoal prévia ou atual de tuberculose: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se SIM, qual o ano do diagnóstico? _____</p>
<p>B. Forma: <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Extrapulmonar: 1- Pleural 2- Gang. perif 3- Geniturinária 4- Óssea 5- Ocular 6- Miliar 7- Meningoencefálica 8- Cutânea 9- Laringea 10- Outra</p>
<p>C. Tratamento anterior <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quando? _____ (ano) <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto</p>
<p>D. História familiar / contato intradomiciliar: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quando? _____</p>
<p>E. Vacinação BCG: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantas doses? ____ <input type="checkbox"/> há mais de 2 anos <input type="checkbox"/> há menos de 2 anos</p>
<p>F. Sintomático respiratório? (tosse por mais de 3 semanas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, questionar outros sintomas: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Perda de peso <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Sudorese noturna <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia</p>
<p>G. Presença de escarro? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - solicitar coleta escarro para baciloscopia / BAAR - 2 amostras? (incluir ou não)</p>
<p>H. Rx tórax prévio: data _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Suspeito <input type="checkbox"/> Outra patologia <input type="checkbox"/> Não realizado</p>
<p>I. Rx tórax atual (solicitar para todos os pacientes, com laudo): data _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Suspeito <input type="checkbox"/> Outra patologia</p>
<p>J. PPD prévio : <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quando? _____ <input type="checkbox"/> Não reator 0 a 4 mm <input type="checkbox"/> Reator fraco 5 a 9mm <input type="checkbox"/> Reator forte ≥ 10 mm</p>
<p>K. PPD atual: data _____ (OBS: não retestar indivíduos que tiverem PPD anterior reator forte) <input type="checkbox"/> Não reator 0 a 4 mm <input type="checkbox"/> Reator fraco 5 a 9mm <input type="checkbox"/> Reator forte ≥ 10mm</p>
<p>L. Quimioprofilaxia TB prévia (isoniazida): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quando? _____ Quantos meses? _____</p>
<p>M. Quimioprofilaxia TB atual: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>