



7. CRITÉRIOS PARA ENCERRAMENTO DO TRATAMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE

Alta por cura

Pulmonares inicialmente positivos – a alta por cura será dada se, durante o tratamento, o paciente apresentar duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento (cura).

Alta por completar o tratamento

A alta será dada com base em critérios clínicos e radiológicos, quando:

- o paciente não tiver realizado o exame de escarro por ausência de expectoração, e tiver alta com base em dados clínicos e exames complementares;
- casos de tuberculose pulmonar inicialmente negativos;
- casos de tuberculose extrapulmonar.

Alta por abandono de tratamento

Será dada ao doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última tomada da droga. A visita domiciliar realizada pela equipe de saúde, tem como um dos objetivos, evitar que o doente abandone o tratamento.

Alta por mudança de diagnóstico

Será dada quando for constatado erro no diagnóstico.

Alta por óbito

Será dada por ocasião do conhecimento da morte do paciente, durante o tratamento e independentemente da causa.

Alta por falência

Será dada quando houver persistência da positividade do escarro ao final do 4.º ou 5.º mês de tratamento. Os doentes que no início do tratamento são fortemente positivos (+ + ou + + +) e mantêm essa situação até o 4.º mês, ou os que apresentam positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4.º mês de tratamento, são classificados como caso de falência. O aparecimento de poucos bacilos no exame direto do escarro, na altura do 5.º ou 6.º mês do tratamento, isoladamente, não significa, necessariamente a falência do tratamento. O paciente deverá ser acompanhado com exames bacteriológicos para melhor definição.



Observação: Quando o caso for encerrado por falência e o paciente iniciar novo tratamento, deverá ser registrado como caso de retratamento no livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose.

Alta por transferência

Será dada quando o doente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser processada através de documento que informará sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. Deve-se buscar a confirmação de que o paciente compareceu à unidade para a qual foi transferido e o resultado do tratamento, no momento da avaliação da coorte. **Só serão considerados transferidos aqueles pacientes cujo resultado do tratamento for desconhecido.**

Controle pós-cura

A maioria dos casos curados não necessitam de controle pós-tratamento, devendo-se orientar o paciente a retornar à unidade apenas se surgirem sintomas semelhantes aos do início da doença.

8. PREVENÇÃO

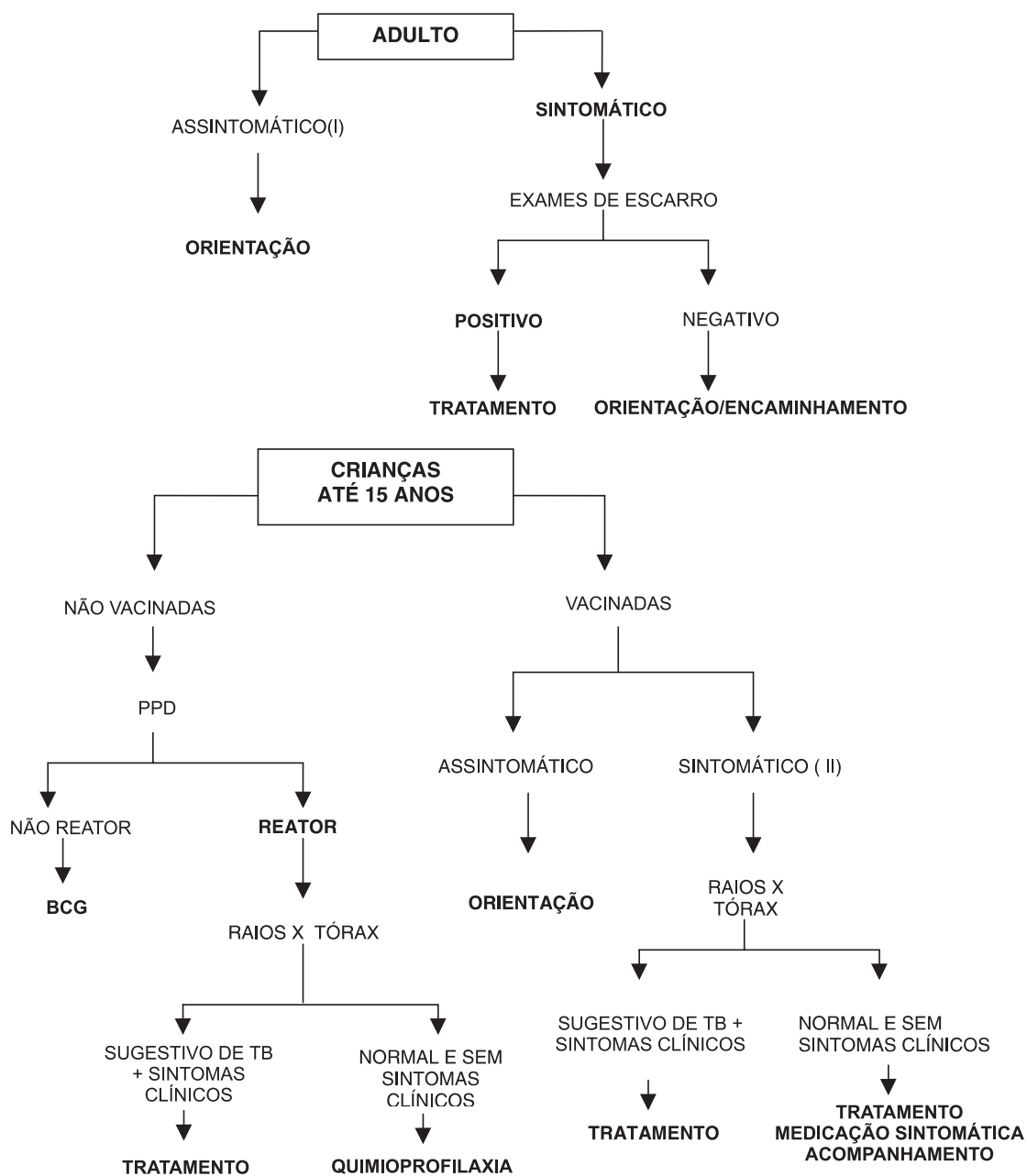
8.1. A INVESTIGAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CONTATOS

Todos os contatos dos doentes de tuberculose, especialmente os intradomiciliares, devem comparecer à unidade de saúde para exame:

- os sintomáticos respiratórios deverão submeter-se à rotina prevista para o diagnóstico de tuberculose;
- os assintomáticos deverão realizar radiografia de tórax quando houver disponibilidade desse recurso.



AVALIAÇÃO DOS CONTATOS DOMICILIARES DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM BACILOSCOPIA POSITIVA



(I) No serviço que dispuser do aparelho de raios X, o exame deverá ser realizado.

(II) Quando houver presença de escarro, realizar baciloscopia para diagnóstico de tuberculose.



8.2. A VACINAÇÃO BCG

A vacina BCG confere poder protetor às formas graves da primoinfecção pelo *M. tuberculosis*. No Brasil, a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano, como dispõe a Portaria n.º 452, de 6/12/76, do Ministério da Saúde.

Recomenda-se a revacinação com BCG nas crianças com idade de 10 anos, podendo esta dose ser antecipada para os seis anos. Não há necessidade de revacinação, caso a primeira vacinação por BCG tenha ocorrido aos seis anos de idade ou mais.

VACINAÇÃO E CICATRIZ DA VACINA BCG



A vacinação BCG deve ser realizada segundo orientações do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde

8.3. QUIMIOPROFILAXIA DA TUBERCULOSE

A quimioprofilaxia deve ser administrada a pessoas infectadas pelo *M. tuberculosis*, com a isoniazida na dosagem de 10 mg/kg de peso, com total máximo de 300 mg diariamente, durante seis meses.

Na atualidade, há consenso de que a quimioprofilaxia deve ser dirigida aos grupos de alto risco de tuberculose, entre estes, especialmente os co-infectados pelo HIV e pelo *M. tuberculosis*.

Indicações da quimioprofilaxia

- a) Recém-nascidos coabitantes de foco tuberculoso ativo. A isoniazida é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica. Se a criança for reatora, a quimioprofilaxia deve ser mantida por mais três meses; senão, interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG.



- b) Crianças menores de 15 anos, **não vacinadas com BCG**, que tiveram contato com um caso de tuberculose pulmonar bacilífera, sem sinais compatíveis de tuberculose doença, reatores à tuberculina de 10mm ou mais.

Observação: Na eventualidade de contágio recente, a sensibilidade à tuberculina pode não estar exteriorizada, sendo negativa a resposta à tuberculina. Deve-se portanto, nesse caso, repetir a prova tuberculínica entre 40 e 60 dias. Se a resposta for positiva, indica-se a quimioprofilaxia; se negativa, vacina-se com BCG.

- c) Indivíduos com viragem tuberculínica recente (até 12 meses), isto é, que tiveram um aumento na resposta tuberculínica de, no mínimo, 10 mm.
- d) População indígena. Neste grupo, a quimioprofilaxia está indicada em todo o contato de tuberculose bacilífero, reator forte ao PPD, independente da idade e do estado vacinal, após avaliação clínica e afastada a possibilidade de tuberculose-doença, através de baciloscopia e do exame radiológico.
- e) Imunodeprimidos por uso de drogas ou por doenças imunodepressoras e contatos intradomiciliares de tuberculosos, sob criteriosa decisão médica.
- f) Reatores fortes à tuberculina, sem sinais de tuberculose ativa, mas com condições clínicas associadas a alto risco de desenvolvê-la, como:
- Alcoolismo
 - Diabetes insulino dependente
 - Silicose
 - Nefropatias graves
 - Sarcoidose
 - Linfomas
 - Pacientes com uso prolongado de corticoesteróides em dose de imunodepressão
 - Pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica
 - Pacientes submetidos a tratamento com imunodepressores
 - Portadores de imagens radiográficas compatíveis com tuberculose inativa, sem história de quimioterapia prévia

Observação: Estes casos deverão ser encaminhados a uma unidade de referência para tuberculose.

- g) Co-infectados HIV e *M. tuberculosis* – este grupo deve ser submetido a prova tuberculínica, sendo de 5 mm em vez de 10 mm, o limite da reação ao PPD, para considerar-se uma pessoa infectada pelo *M. tuberculosis*.



A quimioprofilaxia será aplicada segundo as indicações do quadro abaixo:

Quimioprofilaxia para tuberculose em pacientes HIV+	
INDICAÇÕES ⁽¹⁾ ⁽²⁾	Indivíduo sem sinais ou sintomas sugestivos de tuberculose: A. Com radiografia de tórax normal e: 1) reação ao PPD maior ou igual a 5 mm ⁽³⁾ ; 2) contatos intradomiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera, ou 3) PPD não reator ou com endureção entre 0-4 mm, com registro documental de ter sido reator ao teste tuberculínico e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião. B. Com radiografia de tórax anormal: presença de cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior (afastada possibilidade de TB ativa através de exames de escarro e radiografias anteriores), independentemente do resultado do teste tuberculínico (PPD).
ESQUEMA ⁽⁴⁾	Isoniazida , 5 - 10 mg/kg/dia (dose máxima: 300 mg/dia) por seis meses consecutivos.

- (1) O teste tuberculínico (PPD) deve ser sempre realizado na avaliação inicial do paciente HIV+, independentemente do seu estado clínico ou laboratorial (contagem de células CD4+ e carga viral), devendo ser repetido anualmente nos indivíduos não reatores. Nos pacientes não reatores e em uso de terapia anti-retroviral, recomenda-se fazer o teste a cada seis meses no primeiro ano de tratamento, devido à possibilidade de restauração da resposta tuberculínica.
- (2) A quimioprofilaxia com isoniazida (H) reduz o risco de adoecimento a partir da reativação endógena do bacilo, mas não protege contra exposição exógena após a sua suspensão. Portanto, em situações de possível re-exposição ao bacilo da tuberculose, o paciente deverá ser reavaliado quanto a necessidade de prolongamento da quimioprofilaxia (caso esteja em uso de isoniazida) ou de instauração de nova quimioprofilaxia (caso esta já tenha sido suspensa).
- (3) Pacientes com imunodeficiência moderada/grave e reação ao PPD >10 mm, sugere-se investigar cuidadosamente tuberculose ativa (pulmonar ou extrapulmonar) antes de se iniciar a quimioprofilaxia.
- (4) Indivíduos HIV+, contatos de pacientes bacilíferos com tuberculose isoniazida – resistente **documentada**, deverão ser encaminhados a uma unidade de referência para realizar quimioprofilaxia com rifampicina.

Observações:

- a) Não se recomenda a utilização da quimioprofilaxia nos HIV positivos, não reatores à tuberculina, com ou sem evidências de imunodeficiência avançada. Deve-se repetir a prova tuberculínica a cada seis meses.
- b) Em pacientes com Raios X normal, reatores à tuberculina, deve-se investigar outras patologias ligadas à infecção pelo HIV antes de iniciar a quimioprofilaxia, devido à concomitância de agentes oportunistas/manifestações atípicas de tuberculose mais frequentes nessas coortes.



- c) Nos indivíduos HIV positivos e tuberculino-positivos com RX normal, sem sinais e sem sintomas de tuberculose, devem-se destacar (investigar) os contatos institucionais (casas de apoio, presídios, abrigos, asilos, etc.)
- d) Recomenda-se suspender imediatamente a quimioprofilaxia, no surgimento de qualquer sinal de tuberculose ativa, monitorá-la nos casos de hepatotoxicidade e administrá-la com cautela nos alcoólicos.

9. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é a principal fonte de dados do sistema de informação epidemiológica da tuberculose nos níveis federal, estadual e municipal. Sua regulamentação está presente nas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB – SUS 1/96, de 6/11/96, e NOAS – SUS Portaria n.º 95/GM/MS, de 26/1/2001), onde são definidas as atribuições das três esferas de governo na gestão, estruturação e operacionalização do sistema de informação epidemiológica informatizada, a fim de garantir a alimentação permanente e regular dos bancos de base nacional. Nas portarias n.º 1.882/GM, de 18/12/1997, e n.º 933 de 4/9/2000, a transferência de recursos do PAB será suspensa no caso da falta de alimentação de informações do SINAN, pela Secretaria de Saúde dos municípios, junto à Secretaria Estadual de Saúde, por dois meses consecutivos.

O SINAN tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada. Dados de tuberculose também estão disponíveis nos sistemas de informação referentes à internações (SIH/SUS), atendimento ambulatorial (SIA/SUS) e óbitos (SIM).

No tocante aos dados laboratoriais, têm-se o Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose (SILTB), que permite tanto o armazenamento dos dados de casos de tuberculose registrados no “Livro de Registro de Baciloscopia e de Cultura para Diagnóstico e Controle da Tuberculose” dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) e Unidades Laboratoriais, bem como a avaliação da qualidade dos exames realizados.

O conjunto de ações relativas à coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os agravos de notificação compulsória de interesse nacional, incluindo a tuberculose, deverão atender às normas definidas por portaria ministerial e os manuais de normas e rotinas do SINAN.

9.1. ENTRADA DE DADOS NO SINAN (VERSÃO PARA WINDOWS)

Notificação do caso de tuberculose

Os casos novos, os reingressos após abandono, as recidivas e os casos que são transferidos, oficialmente ou não, para tratamento em outra unidade de saúde devem ser notificados utilizando a



Ficha Individual de Notificação/Investigação de Tuberculose (Anexo I), segundo o fluxo e a periodicidade estabelecidos por portaria nacional e complementadas por portarias estaduais/municipais.

A digitação da ficha de notificação/investigação no SINAN deverá ser realizada **sempre** pelo município notificante, independentemente do local de residência do paciente. Portanto, os municípios informatizados deverão digitar tanto os casos residentes no próprio município quanto aqueles residentes em outros municípios.

As correções de qualquer campo da notificação/investigação de registros já digitados e enviados através de rotina de transferência deverão ser feitas pelo primeiro nível informatizado.

Todo caso de tuberculose notificado no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) deverá ser comunicado à coordenação de vigilância epidemiológica para que se proceda à pesquisa no SINAN, pelos técnicos do PCT nos níveis municipal e estadual, para avaliar se este caso já foi notificado. Se a notificação desse caso não constar na base de dados do SINAN, este deverá ser investigado e se confirmado, o óbito deverá ser notificado no SINAN com situação de encerramento como óbito. Deverá ser realizada também a investigação dos contatos deste caso.

Notificação/investigação e/ou acompanhamento de casos fora do município de residência (município notificante)

Casos de tuberculose notificados e/ou acompanhados fora do município de residência (município notificante) deverão ter suas fichas de notificação/investigação e dados de acompanhamento enviados, em papel, para o município de residência **somente após o encerramento do caso**, para serem digitados. Deverão ser incluídos, mantendo **os mesmos campos chaves identificadores do registro** (número da notificação, data da notificação, município notificante – código do IBGE e a unidade notificante), atribuídos pelo município de notificação. **Estes dados não poderão ser modificados**, caso contrário, o SINAN irá gerar outra notificação, criando dessa forma um caso duplicado.

Ressalta-se que as informações sobre o acompanhamento do caso deverão ser regularmente atualizadas **apenas** pelo município que está acompanhando atualmente o paciente, e não pelo município de residência. O município de residência atualizará esses dados somente após o encerramento do caso (situação de encerramento preenchida).

A digitação desses casos no município de residência tem a finalidade de permitir que esse município possa conhecer a situação epidemiológica desse agravo, segundo o local de residência.

9.2. ACOMPANHAMENTO DO CASO DE TUBERCULOSE: ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Os dados referentes às baciloscopias de controle e outros exames realizados, o número de contatos examinados, a situação do tratamento no 6.º ou 12.º mês e no encerramento, bem como a data de encerramento, compõem as informações do acompanhamento do tratamento e possibilitam a avaliação do resultado do tratamento. Portanto, é importante que esses dados sejam registrados pela Unidade de Saúde.

O instrumento de coleta dos dados de acompanhamento do tratamento para digitação no



SINAN é o *Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose* (Anexo II). O Boletim de Acompanhamento dos Casos de Tuberculose deverá ser emitido pelo primeiro nível informatizado e enviado às unidades de saúde, pelo menos quatro vezes ao ano, janeiro, abril, julho e outubro. As unidades federadas que possuem boletim de acompanhamento mensal deverão padronizar as variáveis deste instrumento com aquelas presentes no Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose do SINAN para alimentação da base de dados com as informações de acompanhamento dos casos notificados.

Neste relatório são listados, por unidade de saúde responsável pelo acompanhamento do caso, os pacientes que têm pelo menos 7 meses de diagnóstico (data da emissão do relatório subtraída, a data do diagnóstico) e cuja situação de encerramento não tenha sido informada. A unidade de saúde atualizará os dados de acompanhamento dos pacientes listados no referido relatório e os enviará, para digitação, ao primeiro nível informatizado.

Em caso de correção de dados de acompanhamento, esta deve ser efetuada no primeiro nível informatizado.

O campo “situação no 9.º mês” deve ser preenchido em todos os casos, exceto quando for paciente com meningite, exclusiva ou não. Será utilizado para avaliar resultado de tratamento com esquema com duração de seis meses.

O campo “situação no 12.º mês” deve ser preenchido nos casos de meningite, forma exclusiva ou não. Será utilizado para avaliar resultado de tratamento com esquema com duração de nove meses.

A categoria 7 – “continua em tratamento” deve ser selecionada no preenchimento dos campos acima quando o paciente permanece em tratamento com o esquema inicial, decorrido o prazo para avaliação do resultado do tratamento (9 ou 12 meses).

O campo “situação de encerramento” deve ser preenchido em todos os casos notificados.

É importante ressaltar que o preenchimento das informações do acompanhamento do caso de tuberculose, bem como da data de início de tratamento, são essenciais para o cálculo dos indicadores utilizados para avaliar o resultado de tratamento de coortes de casos.

As informações provenientes do SINAN devem também serem utilizadas para assessorar a área técnica de **Assistência Farmacêutica** na programação e controle de envio de medicamentos aos municípios, permitindo a avaliação da demanda de tuberculostáticos e a notificação de casos.

ROTINAS

Rotina I – mudança de local de tratamento do paciente de tuberculose (transferência)

Caso o paciente mude o tratamento para outra unidade de atendimento (dentro ou fora do município de notificação, na mesma unidade federada), este deverá ser novamente notificado pela nova unidade de saúde que receber esse paciente (em caso de transferência oficial ou espontânea), utilizando um novo número de notificação e registro da data desta nova notificação. O nível informatizado que detectar, através da análise do relatório de duplicidade, dois registros para um mesmo paciente (duas fichas de notificação/investigação), deverá averiguar se a situação é uma transferência



de tratamento (oficial ou espontânea). Em caso afirmativo, os dois registros devem ser vinculados (vide rotina de vinculação no manual de Normas e Rotinas do SINAN) e deverá ser comunicada à 1.^a unidade que notificou o caso a alta por transferência e à 2.^a unidade que o campo “tipo de entrada” deve estar preenchido com a categoria “transferência”. Da mesma forma, o nível municipal informatizado deverá vincular as notificações dos casos transferidos para as unidades de saúde de sua abrangência (transferência intramunicipal).

As regionais de saúde informatizadas deverão vincular as notificações dos casos transferidos para as unidades de saúde de municípios da sua abrangência (transferência intermunicipal), assim como a vinculação intramunicipal dos casos notificados por município não informatizado.

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) deverão vincular as notificações dos casos transferidos para as unidades de saúde de municípios pertencentes a diferentes regionais. Nas unidades federadas onde não houver regionais de saúde ou estas não forem informatizadas, a SES deverá vincular transferências intermunicipais, independente da regional de notificação. A SES efetuará a vinculação intramunicipal somente quando esta for o 1.^o nível informatizado do SINAN.

A unidade de saúde, ao receber uma transferência interestadual deverá notificar este caso com novo número de notificação e registro da data desta nova notificação. Além disso, essa nova notificação deverá ter o campo tipo de entrada preenchido com o código 5 “transferência”.

Rotina II – mudança de diagnóstico

Os pacientes que, no decurso do tratamento, tenham seu diagnóstico de tuberculose revisto e modificado deverão ter o campo “situação no 9.^o mês” (ou 12.^o mês, quando notificado como meningite) e “situação de encerramento” preenchido com a categoria 5 – “mudança de diagnóstico”. Esses registros não são considerados nos relatórios emitidos pelo sistema, exceto nos relatórios de acompanhamento de casos e de resultado de tratamento de coorte de casos.

Rotina III – mudança de esquema terapêutico devido à toxicidade

Caso o paciente tenha seu tratamento inicial substituído por outro devido à toxicidade e continua em tratamento seis meses após ter iniciado o primeiro esquema, deve ser registrado no campo “situação no 6.^o mês” (ou 12.^o mês, quando meningite) a categoria 6 – “mudança de esquema por intolerância/toxicidade”. Posteriormente, de acordo com a evolução do caso, deve-se registrar no campo “situação de encerramento” a categoria correspondente (cura, abandono, óbito, transferência ou tb. Multirresistente).

Rotina IV – situação de falência dos pacientes de tuberculose

Caso o paciente apresente **falência** ao tratamento inicial (com seis meses de duração), este caso não deverá ser notificado novamente. Deve-se registrar este caso como falência no campo situação no 9.^o mês, acompanhá-lo nos meses seguintes até o término do seu tratamento para a falência e encerrá-lo, segundo a situação apresentada (cura, abandono, óbito, transferência ou TB multirresistente) no campo “situação de encerramento”.



Rotina V – registros duplicados

Critérios para emissão do relatório de duplicidade

O SINAN emite um relatório (relatório de duplicidade) com a relação de possíveis registros duplicados. O sistema seleciona registros que tenham os seguintes campos idênticos: primeiro e último nome do paciente, data de nascimento e sexo.

Esse relatório deve ser analisado, semanalmente, no nível municipal informatizado. As regionais e secretarias estaduais de saúde deverão emitir e analisar o relatório de duplicidade com periodicidade quinzenal e mensal, respectivamente.

A seguir são descritas as diversas possibilidades de registros duplicados e os respectivos procedimentos:

HOMÔNIMOS

Conceito: são registros que apresentam os mesmos primeiro e último nomes dos pacientes, mesma data de nascimento e mesmo sexo. No entanto, após análise de outros dados e, se necessário, investigação, conclui-se que são pessoas diferentes.

Procedimento: a utilização da opção “não listar”, para que estes registros não sejam listados no relatório de duplicidade.

DUPLO REGISTRO

Conceito: é o paciente que foi notificado mais de uma vez pela mesma unidade de saúde em tratamentos diferentes (recidiva ou reingresso após abandono) ou foi notificado mais de uma vez por unidades de saúde diferentes durante o mesmo tratamento (transferência oficial ou espontânea) ou em tratamentos diferentes (recidiva, reingresso após abandono).

Procedimentos: caso existam duas notificações de um mesmo paciente atendido em unidades de saúde diferentes deve-se avaliar se houve uma transferência (intra ou intermunicipal). Em caso afirmativo, os dois registros devem ser vinculados e deverá ser comunicada à 1.^a unidade que notificou o caso, a alta por transferência. Na 2.^a unidade de saúde, o campo “tipo de entrada” da ficha de notificação/investigação deverá ser preenchido com a categoria 5 – “transferência”. Em caso negativo, investigar se a 2.^a notificação refere-se a reingresso após abandono ou recidiva. Nesses casos os registros não devem ser vinculados e os campos “situação no 9.^o mês” (ou 12.^o mês) e “situação de encerramento” da 1.^a ficha de notificação/investigação e o campo “tipo de entrada” da 2.^a ficha deverão estar preenchidos com categorias correspondentes à situação do caso.

Quando o paciente efetuou mais de uma transferência durante o mesmo tratamento, devem ser realizadas sucessivas vinculações das notificações, mantendo desse modo os dados da notificação/investigação mais antiga e o acompanhamento pela unidade de saúde responsável pela conclusão do tratamento.

Ao executar a “rotina de vinculação” para dois registros, o SINAN mantém os dados da primeira



notificação/investigação e os dados de acompanhamento remetidos pela unidade de saúde atualmente responsável pela conclusão do tratamento, em único registro.

Quando o paciente foi transferido, temporariamente, para unidade hospitalar, esta unidade deverá notificar este paciente. Após alta hospitalar, a unidade de saúde para a qual o paciente foi transferido para acompanhamento de tratamento ambulatorial deverá notificá-lo novamente, ainda que seja a mesma unidade que o transferiu para o hospital. A rotina adotada, nessa situação, é a mesma adotada quando o paciente efetuou mais de uma transferência durante o mesmo tratamento, conforme citado no parágrafo anterior. Dessa forma é possível acompanhar, no SINAN, as transferências desse paciente entre as unidades de saúde e solicitar dados sobre a situação de encerramento do caso à unidade que ficou responsável pela conclusão do caso.

Concluindo, os duplos registros devido à transferência de tratamento para outra unidade de saúde devem ser vinculados. Já os duplos registros devido à recidiva ou reingresso após abandono NÃO devem ser vinculados e podem ser assinalados com a opção “não listar” para não serem listados no relatório de duplicidade.

DUPPLICIDADE DE REGISTROS

Conceito: quando há mais de uma notificação de um mesmo paciente, referente ao mesmo “episódio” ou tratamento, pela mesma unidade de saúde, com números de notificações diferentes, (ex.: mesmo paciente notificado 2 vezes pela mesma US como 2 casos novos ou 2 recidivas).

Procedimento: nestes casos, o 2.º registro (mais atual) deverá ser excluído pela rotina do SINAN pelo primeiro nível informatizado.

TABULAÇÃO DE DADOS

A base de dados do SINAN contém dados necessários ao cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos considerados essenciais para avaliação do comportamento da endemia e das ações de controle.

O SINAN emite os seguintes relatórios:

- incidência anual de tuberculose pulmonar bacilífera por grupo etário e sexo;
- incidência de meningite tuberculosa em menores de 5 anos;
- percentual de co-infecção de HIV/TB por faixa etária;
- percentual de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva que negativaram no 2.º mês;
- relatório de acompanhamento dos casos de tuberculose;
- resultado do tratamento das coortes dos casos de tuberculose;
- distribuição dos casos diagnosticados segundo a forma clínica, faixa etária e sexo;



- distribuição dos casos de tuberculose extrapulmonar diagnosticados segundo a forma clínica e grupo etário.

Os casos de tuberculose notificados e incluídos no SINAN geram um banco de dados específico, que pode ser exportado para o formato DBF, situado no subdiretório C:\SINANW\tabwin\ITUBE.DBF. Este arquivo poderá ser usado para tabulação dos dados de tuberculose em outros *softwares* (ex. EPIINFO, TABWIN, etc.). Entretanto, cabe ressaltar que a comparação de resultados de tabulações efetuadas por diferentes *softwares* deve pressupor o emprego dos mesmos critérios (seleção dos mesmos campos e categorias).

Obs: São necessárias avaliações periódicas do preenchimento dos campos da notificação/investigação e do acompanhamento dos casos, visando a detectar e a corrigir campos essenciais à avaliação epidemiológica e operacional não preenchidos ou inconsistentes.

10. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DA REDE BÁSICA E NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

MÉDICO(A):

- Identificar os sintomáticos respiratórios em visita domiciliar na comunidade e no atendimento na UBS.
- Solicitar baciloscopia do **sintomático respiratório** para diagnóstico (duas amostras).
- Orientar quanto à coleta de escarro.
- Solicitar RX de tórax segundo critérios definidos no protocolo.
- Oferecer, a todo paciente com diagnóstico de tuberculose confirmado, o teste sorológico anti-HIV.
- Dar orientações gerais a respeito do agravo como, por exemplo, em relação à doença, seus mitos, duração e necessidade do tratamento.
- Iniciar e acompanhar o tratamento para tuberculose dos pacientes com tuberculose pulmonar e extrapulmonar.
- Explicar ao paciente porque o tratamento supervisionado é necessário e quem vai realizar a supervisão, nos casos que tiverem indicação.
- Convocar os comunicantes para consulta.
- Iniciar quimioprofilaxia para os comunicantes de acordo com o protocolo.
- Solicitar baciloscopias para acompanhamento do tratamento.
- Iniciar e acompanhar tratamento dos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopias negativas e dos casos de tuberculose extrapulmonar quando o diagnóstico for confirmado após investigação em uma unidade de referência.
- Dar alta aos pacientes após o tratamento.



- Encaminhar os casos para outro nível de assistência, quando necessário, com ficha de referência/contra-referência devidamente preenchida.
- Fazer visita domiciliar quando necessário.
- Notificar o caso de tuberculose confirmado.
- Identificar efeitos colaterais das medicações e interações medicamentosas.
- Realizar ações educativas junto à comunidade.

ENFERMEIRO(A):

- Identificar os sintomáticos respiratórios entre as pessoas que procuram as unidades básicas de saúde, nas visitas domiciliares ou mediante os relatos dos ACS.
- Solicitar baciloscopia dos sintomáticos respiratórios para diagnóstico (duas amostras).
- Orientar quanto à coleta de escarro.
- Identificar, no pote, o nome do paciente.
- Fornecer o pote para a coleta do escarro.
- Enviar a amostra ao laboratório.
- Aplicar a vacina BCG. Caso não tenha capacitação para tal, providenciar junto ao gestor da UBS a sua capacitação em outra unidade de saúde.
- Fazer teste tuberculínico. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência.
- Realizar consulta de enfermagem mensal (conforme programação de trabalho da equipe).
- Notificar o caso de tuberculose que vai iniciar tratamento.
- Convocar os comunicantes para investigação.
- Dispensar os medicamentos para o doente. Orientar como usar a medicação, esclarecer as dúvidas dos doentes e desmistificar os tabus e estigmas.
- Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado na unidade básica de saúde, de forma a assegurar o tratamento completo de todos.
- Solicitar exame de escarro mensal (**2, 4 e 6 meses para os doentes em uso dos esquemas básico e básico + etambutol**) para acompanhar o tratamento dos pulmonares bacilíferos.
- Identificar reações adversas dos medicamentos e interações medicamentosas.
- Transferir o doente da unidade básica de saúde, quando necessário, com a ficha de referência e contra-referência devidamente preenchida.
- Encaminhar o doente para uma unidade de referência, quando necessário.
- Agendar consulta extra, quando necessário.
- Fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento domiciliar e supervisionar o trabalho do ACS.
- Realizar ações educativas junto à clientela da UBS e no domicílio.



- Convocar o doente faltoso à consulta. Planejar visita domiciliar.
- Convocar o doente em abandono de tratamento. Planejar visita domiciliar.
- Preencher o Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose na UBS. Atualizar os critérios de alta, verificando que a “alta por cura comprovada” foi substituída por “**alta por cura**”, e que a “alta por cura não comprovada” foi substituída por “**alta por completar o tratamento**”.
- Acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo ACS.
- Fazer, juntamente com a equipe, a análise de coorte trimestral.
- Manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada (Anexo VII).
- Planejar, juntamente com a equipe e coordenação municipal, estratégias de controle da tuberculose na comunidade.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

- Identificar os sintomáticos respiratórios em visita domiciliar na comunidade e na unidade básica de saúde.
- Convocar os comunicantes para consulta médica.
- Identificar o pote de coleta do escarro.
- Orientar a coleta do escarro.
- Encaminhar o material ao laboratório.
- Receber o resultado do exame, protocolar e anexá-lo ao prontuário (fluxograma).
- Receber o resultado da baciloscopia de acompanhamento do tratamento, protocolar e anexá-lo ao prontuário.
- Aplicar a vacina BCG. Caso não tenha capacitação para tal, providenciar junto ao gestor da UBS a sua capacitação em outra unidade de saúde.
- Fazer teste tuberculínico. Caso não tenha capacitação para tal, providenciar junto ao gestor da UBS a sua capacitação em outra unidade de saúde.
- Fornecer medicação, orientar o seu uso e a importância do tratamento. Esclarecer as dúvidas dos doentes.
- Supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas de acordo com a rotina da equipe.
- Agendar consulta extra, quando necessário.
- Convocar o doente faltoso à consulta: Planejar visita domiciliar.
- Convocar o doente em abandono de tratamento: Planejar visita domiciliar.
- Manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada (Anexo VII).
- Realizar ações educativas junto à comunidade.
- Participar da programação e avaliação das ações.



AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

- Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade.
- Orientar e encaminhar os comunicantes à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário.
- Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe.
- Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios.
- Supervisionar a tomada diária da medicação específica, quando indicado, e o comparecimento do doente às consultas agendadas.
- Fazer visita domiciliar de acordo com a programação da equipe, usando a ficha do SIAB (B-TB).
- Verificar, no Cartão da Criança, a sua situação vacinal: se faltoso, encaminhar à UBS ou ao centro de saúde para ser vacinado.
- Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja qualquer comprovante no Cartão, encaminhar a criança para vacinação.
- Agendar consulta extra, quando necessário.
- Realizar ações educativas junto à comunidade.
- Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle da tuberculose na comunidade.
- Manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada (Anexo VII).

II. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A avaliação das atividades de tuberculose compreende a avaliação da situação epidemiológica da tuberculose e das medidas de controle que são utilizadas. A avaliação das medidas de controle permite estimar a extensão do alcance das metas e objetivos planejados e, para tal, é importante que estes tenham sido definidos previamente e que indicadores epidemiológicos e operacionais tenham sido estabelecidos para a estimativa dessas metas. A Área Técnica de Pneumologia Sanitária propõe o acompanhamento contínuo e permanente das metas estabelecidas no Plano Nacional de Controle da Tuberculose através dos indicadores de busca, diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose e os indicadores de resultado de tratamento, a partir de dados provenientes das unidades de saúde dos municípios (ver quadros abaixo).

O *Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de Tuberculose* e o *Livro de Laboratório* (Anexo IV) permitem acompanhar a evolução e o resultado do tratamento dos doentes e analisar os resultados e a qualidade das atividades de controle desenvolvidas nas unidades básicas de saúde. A análise realizada no nível local (UBS, PSE, distritos e municípios), permite redirecionar as estratégias de controle mais rapidamente, aprimorando, dessa forma, a vigilância à tuberculose. Por exemplo, uma baixa proporção de sintomáticos respiratórios examinados e alta proporção de baciloskopias para diagnóstico positivas indicam utilização insuficiente da baciloscopia, com demora diagnóstica que resulta em um maior risco de transmissão e maior gravidade dos casos.

Uma baixa proporção de negatificação baciloscópica indica falta de controle baciloscópico ou



atraso na negatificação devido a tratamentos irregulares, falta de supervisão da tomada dos medicamentos, casos avançados com grande população bacteriana ou resistência bacteriana.

Nos níveis municipal, estadual e federal os dados coletados nos diversos sistemas de informação, tais como o SINAN, SIAB, SIM, SIA/SUS, SIH-SUS, SIS-PNI, bem como dados sociodemográficos devem ser utilizados para uma análise mais ampliada da situação da tuberculose nesses níveis.

AValiação das Atividades de Controle da Tuberculose Desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde Indicadores de Busca, Diagnóstico e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose

VARIÁVEL	INDICADOR	OBJETIVO E OPERACIONALIZAÇÃO
I DETECÇÃO: Número e proporção de adultos sintomáticos respiratórios detectados que realizaram baciloscopia de escarro.	1.1 Número de sintomáticos respiratórios detectados entre todos os adultos que se consultam na UBS por qualquer motivo; 1.2 Percentual de pacientes com baciloscopia positiva entre todos os sintomáticos respiratórios examinados.	Necessário para dar idéia de cobertura do Programa e para o planejamento de recursos para os serviços. Dados do Registro Geral das UBSs e do Livro de Laboratório.
II QUALIDADE DO DIAGNÓSTICO: Número de casos de tuberculose diagnosticados no último trimestre segundo localização, resultado da baciloscopia e tratamento anterior. A avaliação dessa variável é adequada quando: Mais de 50% dos casos diagnosticados são de localização pulmonar e com baciloscopia positiva; Todos os casos pulmonares em adultos realizaram baciloscopias de escarro.	2.1 Localização: <ul style="list-style-type: none"> • percentual de casos pulmonares; • percentual de casos extrapulmonares. 2.2 Baciloscopia: <ul style="list-style-type: none"> • percentual de positivos; • percentual de negativos. 2.3 Tratamento anterior: <ul style="list-style-type: none"> • percentual de casos novos; • percentual de casos de retratamento. 	Verificar se os profissionais de saúde estão utilizando, prioritariamente, a baciloscopia para efetuar o diagnóstico. Verificar a tendência do percentual de casos de retratamento (indicador de acompanhamento dos casos). Dados do Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose.

INDICADORES DE RESULTADO DO TRATAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

VARIÁVEL	INDICADOR	OBJETIVO E OPERACIONALIZAÇÃO
III- RESULTADO DO TRATAMENTO: Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos tratados, segundo critério de alta. Realiza-se a análise da coorte que inclui todos os casos novos pulmonares positivos registrados no trimestre um ano antes. Considera-se uma avaliação adequada quando se obtêm mais de 85% de "sucesso" (alta por cura e alta por completar o tratamento) e menos de 5% de alta por abandono.	3.1 Percentual de altas por cura (comprovada por negatificação da baciloscopia). 3.2 Percentual de altas por completar o tratamento. 3.3 Percentual de altas por abandono. 3.4 Percentual de altas por mudança de diagnóstico. 3.5 Percentual de altas por óbito. 3.6 Percentual de altas por falência. 3.7 Percentual de altas por transferência.	Verificar a qualidade do acompanhamento dos casos e supervisão do tratamento. Analisar a tendência do percentual de sucesso do tratamento. Dados do Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose

ANEXO I

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **TUBERCULOSE**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
Dados do Caso	5 Agravado TUBERCULOSE	Código (CID 10) A 1 6 9	6 Data do Diagnóstico	
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - Dias M - Meses A - Anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 a mais 6- Não se aplica 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	16 Número	
	17 Complemento (apto, casa, ...)	18 Ponto de Referência	19 UF	
	20 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epiemiológicos	26 Nº do Prontuário	27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica		
	28 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência			<input type="checkbox"/>
Dados Clínicos	29 Raio X do Torax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado	30 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
	31 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar - Extrapulmonar	32 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 4 - Óssea 7 - Meningite 2 - Gang. Perif 5 - Ocular 8 - Outras 3 - Geniturinária 6 - Miliar 9 - Não Se Aplica		
	33 Agravos Associados 1 - Aids 2 - Alcoolismo 3 - Diabetes 4 - Doença Mental 5 - Outros 9 - Ignorado			<input type="checkbox"/>
Dados de Laboratório	34 Bacioscopia de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	35 Bacioscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		
	36 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	37 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		
	38 HIV 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	39 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado		
Tratamento	40 Data de Início do Tratamento Anual	41 Drogas <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomomicina <input type="checkbox"/> Etionamida <input type="checkbox"/> Outras _____		
	42 Tratamento Supervisionado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	43 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			<input type="checkbox"/>
Investigador	44 Município/Unidade de Saúde	45 _____		
	46 Nome	47 Função	48 Assinatura	

Tuberculose

CENEPI 03 4 27/12/01

ANEXO I (Continuação)

TUBERCULOSE

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO – SINAN WINDOWS

N.º – Anotar o **número da notificação** atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso (ex.: número do registro na unidade de saúde, número do prontuário). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1 – Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.

2 – Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação/investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

3 – Preencher com o nome completo do município, ou código correspondente segundo cadastro do IBGE, onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

4 – Preencher com o nome completo da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) ou código correspondente segundo cadastro estabelecido pelo SINAN que realizou a notificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

5 – Nome do agravo/doença, ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10), que está sendo notificado.

6 – Anotar a data em que foi realizado o diagnóstico do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

7 – Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações).

8 – Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

9 – Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (ex.: 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

10 – Preencher segundo a categoria referente ao sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado).

11 – Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

12 – Preencher com o código correspondente ao número de anos de estudo concluídos. A classificação é obtida em função da série e do grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação. A correspondência é feita de forma que cada série concluída com aprovação corresponda a um ano de estudo. (ex.: Paciente cursou 4 anos, porém não concluiu o último ano, portanto o paciente deverá ser incluído na categoria de 1 a 3). Este campo não se aplica para paciente com idade inferior a 7 anos.

13 – Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde (SUS).

- 14 – Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
- 15 – Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.), nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 16 – Anotar o número do logradouro da residência do paciente (ex.: n.º 575)
- 17 – Anotar o complemento do logradouro (ex.: bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).
- 18 – Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente (perto da padaria do João).
- 19 – Anotar a sigla da unidade federada da residência do paciente (ex : DF).
- 20 – Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente.
- 21 – Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente.
- 22 – Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente (ex.: CEP: 70036-030).
- 23 – Telefone do paciente.
- 24 – Zona de residência do paciente (ex.: 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 25 – Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
- 26 – Preencher com o número do prontuário do paciente na unidade de saúde onde se realiza o tratamento.
- 27 – Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
- Preencher com o nome da ocupação e o ramo da atividade econômica do paciente (ex.: metalúrgico – indústria de autopeças).
- 28 – Preencher com o código correspondente a situação de entrada do paciente na unidade de saúde. O item TRANSFERÊNCIA se refere àquele paciente que comparece a esta unidade de saúde para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra unidade de saúde, desde que não tenha havido interrupção do uso da medicação por mais de 30 dias. Neste último caso, o tipo de entrada deve ser “Reingresso após abandono”. Os conceitos de “Caso Novo” e “Recidiva” estão referidos no Manual de Normas Técnicas da Tuberculose. A opção “Não Sabe” deve ser assinalada quando o paciente não souber fornecer informações. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 29 – Preencher com o código correspondente o resultado da teleradiografia de tórax ou abreugrafia (o código 3 diz respeito a outras alterações que não são compatíveis com a tuberculose) por ocasião da notificação.
- 30 – Preencher com o código correspondente o resultado do teste tuberculínico por ocasião da notificação:
- 1 - Não reator (0 – 4 mm)
 - 2 - Reator fraco (5 – 9 mm)
 - 3 - Reator forte (10 mm ou mais)

4 - Não realizado

31 – Preencher com o código correspondente segundo a forma clínica da tuberculose (pulmonar exclusiva, extrapulmonar exclusiva ou pulmonar + extrapulmonar) por ocasião da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32 – Preencher com o código correspondente à localização extrapulmonar da tuberculose nos casos em que o paciente apresente a forma clínica igual a 2 ou 3. O item OUTRAS se refere às formas extrapulmonares que não estão listadas no campo da ficha. Caso o paciente apresente mais de uma localização extrapulmonar, preencher a segunda casela do campo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, QUANDO 31 = 2 OU 3.**

33 – Preencher com o código correspondente do agravo presente no momento da notificação do caso.

34 – Preencher com o código correspondente o resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (bacilo álcool-ácido resistentes) realizada em amostra para diagnóstico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

35 – Preencher com o código correspondente o resultado da baciloscopia de outro material para BAAR realizada em amostra para diagnóstico.

36 – Preencher com o código correspondente o resultado da cultura de escarro para *M. tuberculosis* realizada em amostra para diagnóstico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

37 – Preencher com o código correspondente o resultado da cultura de outro material para *M. tuberculosis* realizada em amostra para diagnóstico.

38 – Preencher com o código correspondente o resultado da sorologia para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).

39 – Preencher com o código correspondente o resultado do exame histopatológico para diagnóstico de TB (biópsia).

40 – Preencher com a data de início do tratamento atual na unidade de saúde que está notificando o caso.

41 – Preencher com o código correspondente as drogas que estão sendo utilizadas no esquema de tratamento prescrito. Listar no quadro OUTRAS as drogas utilizadas nos esquemas alternativos (ex.: OFLOXACINA + RIFABUTINA).

42 – Preencher com o código correspondente se o paciente está em tratamento supervisionado para a tuberculose (conforme norma do PNCT/MS).

43 – Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto).

OBS. : informar as observações necessárias para complementar a investigação.

44 – Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação.

45 – Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

46 – Informar o nome completo do responsável por esta investigação (ex.: Mário José da Silva).

47 – Informar a função do responsável por esta investigação (ex.: enfermeiro).

48 – Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

República Federativa do Brasil
Página: 1
Ministério da Saúde

Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Relatório de Tuberculose
Secretaria Estadual de Saúde - (SES)

Boletim de acompanhamento de casos de tuberculose por município de atendimento atual

Município de atendimento atual:

Unidade de saúde atual:

Nº da notificação atual	Data de notificação atual	Nome	Data de mudança do tratamento	Bacilosc. 2º mês	Bacilosc. 4º mês	Bacilosc. 6º mês	Nº de contatos examinados	Situação 9º mês	Situação 12º mês	Situação Encerr.	Data do Encerr.	Cultura de escarro	Cultura de outro material	HIV	Histopat.	Observações

ANEXO II

Cultura de escarro, cultura de outro material, HIV: 1- Positiva; 2 - Negativa; 3 - Em andamento; 4 - Não Realizada

Baciloscopia do 2.º mês/4.º mês/6.º mês: 1 - Positiva; 2 - Negativa; 3 - Não Realizada

Histopatologia: 1- BAAR positivo; 2 - Sugestivo de TB; 3 - Não sugestivo de TB; 4 - Em andamento; 5 - Não Realizado

Situação no 9.º mês (preencher p/ todos os casos, exceto meningite, exclusiva ou não): 1 - Cura; 2 - Abandono; 3 - Óbito; 4 - Transferência; 5 - Mudança de diagnóstico; 6 - Mudança de esq. por into./toxic. (cont. em trat. mas com outro esq.); 7 - Continua em tratamento (com esq. inicial); 8 - Falência (cont. em trat. mas com outro esq.)

Situação no 12.º mês (p/ meningite, exclusiva ou não): 1- Cura; 2 - Abandono; 3 - Óbito; 4 - Transferência; 5 -Mudança de diagnóstico; 6 -Mudança de esq. por into./toxic. (cont. em trat. mas com outro esq.); 7 - Continua em tratamento (com esq. inicial)

Situação no encerramento (em todos casos):1- Cura; 2 - Abandono; 3 - Óbito; 4 - Transferência; 5 - Mudança de diagnóstico; 6 - TB Multirresistente (resultado de teste de sensibilidade)

Data do encerramento: data da cura, abandono, óbito, transferência, mudança de diagn. ou do resultado do teste de sensibilidade (TB multirresistente).

Data de mudança de tratamento: preencher quando trat. inicial substituído devido à toxicidade ou falência.

Emitido em:

ANEXO III

BACILOSCOPIA - Pesquisa de BAAR para Tuberculose

DADOS DE SOLICITAÇÃO

Unidade de Saúde Solicitante	
Nome do paciente:	
Nº do Prontuário:	Data de Nascimento/ idade atual ____/____/____
Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
Endereço: Rua ou Avenida ou Praça ou Beco, etc...	Número
Complemento: Quadra, casa, Edifício c/nº apto	
CEP	
BACILOSCOPIA SOLICITADA PARA:	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico: <input type="checkbox"/> 1ª amostra <input type="checkbox"/> 2ª amostra	
<input type="checkbox"/> Controle de Tratamento: <input type="checkbox"/> 1º mês <input type="checkbox"/> 2º mês <input type="checkbox"/> 3º mês <input type="checkbox"/> 4º mês <input type="checkbox"/> 5º mês <input type="checkbox"/> 6º mês <input type="checkbox"/> ____º mês	
TIPO DE AMOSTRA CLÍNICA: <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____	
Data de solicitação: ____/____/____	Identificação do solicitante: _____

RESULTADOS LABORATORIAIS

Laboratório executor:	Nº registro da amostra:
Aspecto do escarro: <input type="checkbox"/> Mucopurulento <input type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Outro	
Resultado Baciloscópio: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo +++ <input type="checkbox"/> Positivo ++ <input type="checkbox"/> Positivo + <input type="checkbox"/> Visualizados apenas _____ BAAR em 100 campos examinados	

Observações:

DATA DE LIBERAÇÃO DO EXAME ____/____/____	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME: _____
--	--

LIVRO DE REGISTRO DE BACILOSCOPIA E DE CULTURA PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

Nº DE ORIGEM	DATA EXAME	NOME	SEXO	DATA NASC./ IDADE	ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	PRONTUÁRIO	RESULTADO POR TIPO DE EXAME								MATERIAL	OBSERVAÇÃO	
									BACILOSCOPIA				CULTURA						
									DIAGNÓSTICO		CONTROLE		DIAGNÓSTICO		CONTROLE				
									1ª amostra	2ª amostra	Mês	Resultado	1ª amostra	2ª amostra	Mês	Resultado			

ANEXO IV

ANEXO IV (Continuação)

LIVRO DE REGISTRO DE BACILOSCOPIA E DE CULTURA PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

Os laboratórios integrados ou vinculados à Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública devem ter um sistema de registro interno que permita: (1) fornecer o resultado do exame ao solicitante; (2) registrar e avaliar o trabalho diário realizado e (3) fornecer informações indispensáveis para o programa de controle da tuberculose e para a rede de laboratórios.

Este livro de registro de baciloscopia e de cultura deverá ser utilizado por toda a unidade de saúde que realizar somente baciloscopia (mas que poderá enviar material clínico para a cultura) e laboratórios que realizarem, tanto a baciloscopia quanto a cultura, para diagnóstico e controle da tuberculose. Esta proposta pretende adequar e uniformizar as informações obtidas no laboratório, para melhor utilização dos dados produzidos no programa de controle da tuberculose. As informações contidas aqui são confidenciais e devem ser cuidadosamente protegidas contra danos e extravios. Dos dados deste livro, será feito um consolidado mensal que informará ao coordenador de tuberculose da unidade de saúde, ou na falta deste, ao coordenador municipal ou estadual, os números de pacientes sintomáticos respiratórios examinados que forem positivos e/ou negativos à baciloscopia ou à cultura. Além disso, será feita uma listagem nominal dos pacientes positivos, utilizando o “Informe mensal do laboratório ao programa” para que seja comparada com Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose das unidades de saúde que solicitarem os exames. Estes dados poderão ser armazenados no programa de computação intitulado SILTB (Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose) e distribuído gratuitamente pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga* da Fundação Nacional de Saúde.

PARA PREENCHER AS COLUNAS DO LIVRO DE REGISTRO:

Nome: nome completo do paciente

Sexo: M (masculino)
F (feminino)

Data de nasc./idade: colocar dia, mês e ano ou a idade se o paciente não relatar a data exata de nascimento

Endereço: rua, travessa, avenida, quadra, bloco, lote ou gleba e o número da habitação do paciente

Município: município de residência do paciente

Unidade de saúde: nome completo da unidade de saúde requisitante do exame

Prontuário: número de matrícula do paciente na unidade de saúde requisitante

N.º de ordem: número seqüencial usado para identificar o material clínico recebido pelo laboratório

Data exame: dia, mês e ano em que se iniciaram os procedimentos laboratoriais relativos ao exame

RESULTADOS POR TIPO DE EXAME:

Baciloscopia: relativo aos exames microscópicos

Diagnóstico: relativo aos exames para diagnóstico de tuberculose

1.º amostra: relativo ao primeiro exame para diagnóstico de tuberculose

2.º amostra: relativo ao segundo exame para diagnóstico de tuberculose

Controle: relativo aos exames para acompanhamento do tratamento de tuberculose

Mês: relativo ao mês do tratamento de tuberculose

Resultado: relativo ao resultado do exame para acompanhamento do tratamento de tuberculose

PREENCHER RESULTADOS DA BACILOSCOPIA USANDO AS SEGUINTE NOTAÇÕES:

Neg – negativo ou de 1 a 4 bacilos em 100 campos examinados

(+) – menos de 1 bacilo em 100 campos examinados

(++) – de 1 a 10 bacilos em 50 campos examinados

(+++) – mais de 10 bacilos em 20 campos examinados

NR – não realizado

Cultura: relativo aos exames de isolamento do bacilo da tuberculose

Diagnóstico: relativo aos exames para diagnóstico de tuberculose

1.º amostra: relativo ao primeiro exame para diagnóstico de tuberculose

2.º amostra: relativo ao segundo exame para diagnóstico de tuberculose

Controle: relativo aos exames para acompanhamento do tratamento de tuberculose

Mês: relativo ao mês do tratamento de tuberculose

Resultado: relativo ao resultado do exame para acompanhamento do tratamento de tuberculose.

PARA A CULTURA UTILIZAR AS SEGUINTE NOTAÇÕES:

NR – não realizada

neg – sem crescimento no meio de cultura

C – contaminado

EA (em andamento) – resultado provisório para indicar que o exame não foi concluído

(+) – de 20 a 100 colônias

(++) – mais de 100 colônias separadas

(+++) – colônias confluentes

Material: relativo ao tipo de material clínico (escarro, lavados gástrico, brônquico, bronco-alveolar, tráqueo-brônquico, broncoaspirado, urina, gânglio, sangue, aspirado de medula óssea, biópsia e outros)

Observação: relativo aos comentários pertinentes às observações relevantes não especificados em outros campos

* Centro de Referência Prof. Hélio Fraga
Estrada de Curicica 2000 Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 22710 - 550
Teléfono: (21) 445 6848
Télefax: (21) 441 4715
E-mail: labtb@gbl.com.br

PLANO NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Unidade de Saúde: UF:

Instruções para o Registro de Pacientes de Tuberculose e Controle de Tratamento

Considerações gerais:

Este livro de "Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose" é um instrumento de informação oficial do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PCT), sendo de caráter confidencial as informações aqui contidas, devem ser adequadas e cuidadosamente protegidas contra danos e extravios. Devem ser registradas apenas as informações dos pacientes que **iniciam o tratamento, com seu diagnóstico firmado**. Deste livro serão retiradas as informações para a elaboração dos boletins mensais, trimestrais e anuais e os consolidados (mensal/ anual). Ao final de cada mês deverá ser feito a consolidação dos dados e análise dos casos atendidos na unidade.

As informações do mês seguinte poderão ser feitas na mesma folha seguindo a ordem sequencial numérica do mês anterior, bastando apenas separar com um traço para identificar o mês atual. Onde houver a possibilidade de tratar os casos de pacientes multirresistentes (TBMR), estes devem ser registrados em folha especial para o devido controle.

Como preencher as colunas:

IDENTIFICAÇÃO

Matrícula Geral	Registrar o número de matrícula do paciente do registro geral da unidade.
Nº Serv. TB	Registrar em ordem sequencial o número de inscrição do caso de tuberculose no serviço de pneumologia.
Nome	Registrar o nome completo do paciente.
Idade	Registrar a idade do paciente em anos completos; nos menores de um ano registrar a idade em meses.
Sexo	Assinalar M para masculino e F para feminino.

EXAMES DE DIAGNÓSTICOS

Baciloscopia	Transcrever o resultado da 1ª amostra da baciloscopia na primeira coluna e da 2ª amostra na coluna correspondente, de acordo com o seguinte critério: +, ++, +++ para os positivos e NEG para os negativos. Quando o exame de baciloscopia não for realizado, assinalar com um traço entre parênteses (-).
Cultura	Transcrever o resultado da cultura assinalando POS para o positivo e NEG para o negativo. Quando não realizada, assinalar com um traço entre parênteses (-).
PPD	Registrar o resultado da prova tuberculínica usando a sigla NR (0 a 4 mm) para não reator; Rf (5 a 9 mm) para reator fraco; RF (10 mm e mais) para reator forte. Quando não realizada, assinalar com um traço entre parênteses (-).
Histologia	Registrar POS quando o resultado do exame histopatológico acusar a presença de BAAR . Registrar SUG quando o resultado referir achados sugestivos de tuberculose. Registrar NEG quando os achados não forem sugestivos de tuberculose. Quando não realizado, assinalar com um traço entre parênteses (-).
RX	Registrar S quando as imagens radiológicas forem suspeitas de tuberculose. Registrar OP quando houver imagem sugestiva de outra patologia e Registrar N quando o aspecto radiológico for normal. Quando o RX não for realizado, assinalar um traço entre parênteses (-).
HIV	Registrar POS quando o resultado da sorologia para HIV for positivo e NEG quando negativo. Quando não realizado, assinalar com um traço entre parênteses (-).

FORMA CLÍNICA

Registrar P+ para tuberculose pulmonar positiva; P- para tuberculose pulmonar negativa. Quando não realizada a baciloscopia, assinalar apenas a letra P. Nos casos de tuberculose extrapulmonar, assinalar a localização de acordo com a seguinte convenção: **Pi** - pleural; **Gp** - ganglionar periférica; **Oa** - ósteo articular; **Oc** - ocular; **Gu** - gêmito urinária; **Me** - meningoencefálica; **Mi** - miliar e **O** - outras localizações.

TRATAMENTO

Tipo	Registrar TI para os casos de tratamento inicial (caso novo); Registrar RR para retratamento de recidiva; Registrar RA para retratamento após abandono e RF para o retratamento nos casos de falência.
Início	Registrar a data do início do tratamento (dia, mês e ano). Em caso de paciente transferido, registra-se a data do início do tratamento na unidade de origem.
Esquema	Registrar o esquema utilizado 1, IR, II e III . Registrar EE nas unidades de referência quando forem utilizados esquemas especiais em pacientes resistentes aos tuberculostáticos.

EXAMES DE CONTROLE

Baciloscopia	Registrar o resultado na coluna correspondente ao mês de tratamento em que o exame foi realizado. Transcrever o resultado da baciloscopia de acordo com o seguinte critério: +, ++, +++ para os positivos e NEG para os negativos. Quando não realizada, assinalar com um traço entre parênteses (-).
RX	Registrar X quando for realizado exame radiológico ao final do tratamento e traço entre parênteses (-) quando não realizado.

CASOS ENCERRADOS/ALTA

Data	Registrar a data da alta (dia, mês e ano).
Motivo	Registrar:
Cura C	Alta por cura comprovada será dada quando um caso pulmonar inicialmente positivo, ao completar o tratamento (final do 6º mês), apresentar o resultado de duas amostras c baciloscopias negativas (insistir na coleta das duas amostra, de escarro). Ex. NEG
Cura NC	Alta por cura não comprovada será dada quando, um caso pulmonar inicialmente positivo, ao completar o tratamento, não tiver realizado as baciloscopias para encerramento do caso. A alta por cura será dada com base em critérios clínicos e diológicos, nos casos pulmonares inicialmente negativos ou extrapulmonares, ao completarem o tratamento.
Cura	A alta por abandono de tratamento será dada ao doente que deixou de comparecer à unidade de saúde, por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno.
Aband	A alta por mudança de diagnóstico será dada quando for constatado erro de diagnóstico de tuberculose.
M.Diag	A alta por óbito será dada quando do conhecimento da morte do paciente, durante o tratamento e independentemente da causa.
Fal	A falência deverá ser considerada quando os doentes que no início do tratamento são fortemente positivos (+ + OU + + +) e mantêm essa situação até o quarto mês de tratamento. Também aqueles com positividade inicial seguida, negatização e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do quarto mês de tratamento.
Transf	NOTA. Quando o caso for encerrado por falência, o paciente deverá ser novamente registrado neste livro como caso de retratamento.
OBSERVAÇÕES	A transferência será dada quando o doente for transferido para outro serviço de saúde. Registrar ocorrências não especificadas, como intolerância medicamentosa, interrupção do tratamento por irregularidade (justificar) e outros.

ANEXO V (Continuação)

**AVALIAÇÃO DO RESULTADO DE TRATAMENTO
ESTUDO DE COORTE**

AVALIAÇÃO NO 9º, 12º, E 15º MÊS CONFORME ESQUEMA UTILIZADO

Unidade Sanitária: _____ UF: _____ Período: ____ Trimestre de _____

TRATAMENTO	FORMA CLÍNICA	INSCRITOS		CURA						ABANDONO		TRANSFERÊNCIA		ÓBITO		CONTINUAÇÃO TRATAMENTO		FALÊNCIA		MUDANÇA ESQUEMA	
				COMPROVADA		NÃO COMPROVADA		TOTAL													
				nº	%	nº	%	nº	%												
I N I C I A L	PULMONAR POSITIVA		100																		
	PULMONAR S/CONFIRMAÇÃO		100																		
	EXTRAPULMONAR		100																		
	TOTAL		100																		
RETRATAMENTO APÓS ABAND.	PULMONAR POSITIVA		100																		
RETRATAMENTO APÓS CURA	PULMONAR POSITIVA		100																		
T O T A L			100																		
TB ASSOCIADA COM HIV* OU AIDS	PULMONAR POSITIVA		100																		
	PULMONAR E OUTRA FORMA		100																		
FALÊNCIA			100																		

ANEXO VI

AVALIAÇÃO DO RESULTADO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE – Estudo de Coorte

Toda unidade de saúde deverá avaliar o resultado dos casos tratados através do estudo de coorte. Para realizar esse estudo é necessário coletar os dados da folha de registro de pacientes deste livro.

Para os casos de tratamento inicial (Esquema I) e retratamento (Esquema IR) com duração de seis meses, a avaliação será feita nove meses após o início do tratamento. Meningite tuberculose (Esquema II), cuja duração é de nove meses, a avaliação será feita doze meses após o início do tratamento. Para os casos de falência de tratamento (Esquema III), cuja duração é de 12 meses, a avaliação será feita quinze meses após o início do tratamento.

A avaliação permite conhecer a efetividade do tratamento. Caso não se esteja obtendo cura igual ou maior que 85%, deve-se identificar o(s) fator(es) que determinam esta baixa efetividade para corrigi-los.

Para o preenchimento das tabelas que compõem o estudo de coorte, deverão ser registrados a soma de todos os casos cujo tratamento tenha sido iniciado num determinado período, por exemplo: a coorte do 1.º trimestre pode ser feita no mês de abril com os pacientes notificados em agosto do anterior.

Tratamento de seis meses

Separar os casos com esquemas de duração de seis meses segundo a forma clínica e avaliar o resultado conforme a situação de encerramento preenchendo as quadrículas correspondentes, assim como calcular os percentuais.

Tratamento de nove meses

Separar os casos com esquema de nove meses segundo a forma clínica e avaliar o resultado conforme a situação de encerramento preenchendo as quadrículas correspondentes, assim como calcular os percentuais.

Tratamento de doze meses

Separar os casos com esquema de 12 meses segundo a forma clínica e avaliar o resultado conforme a situação de encerramento preenchendo as quadrículas correspondentes, assim como calcular os percentuais.



