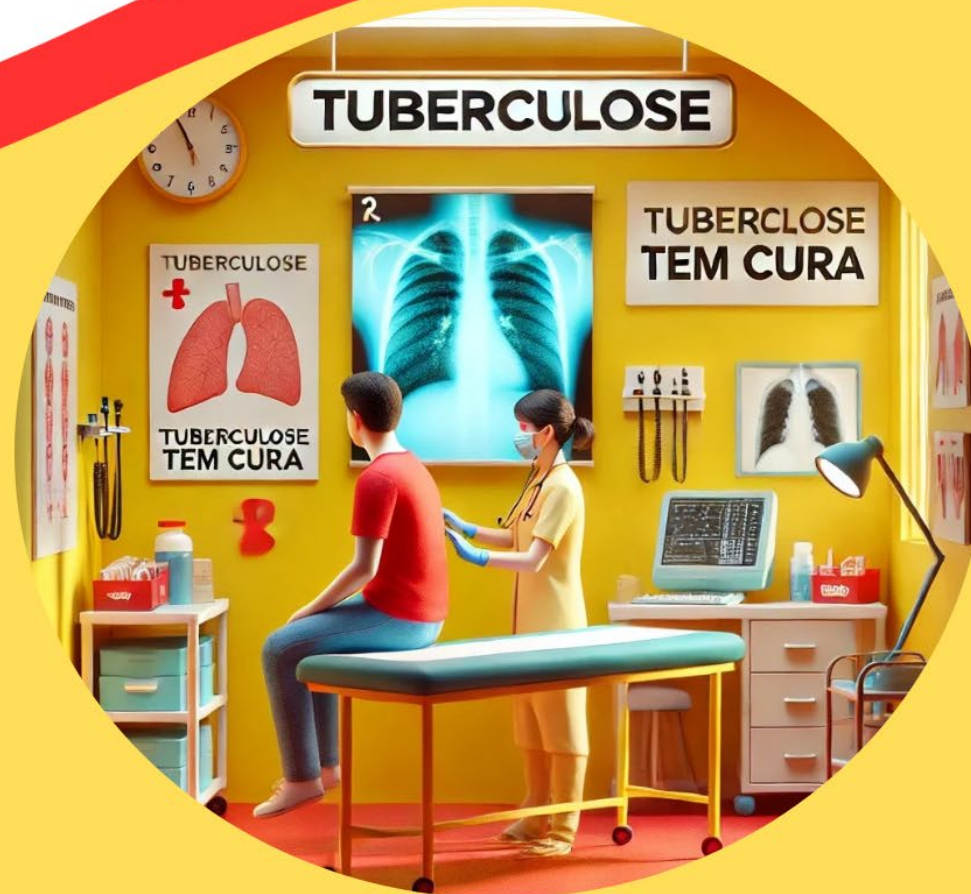


PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

TUBERCULOSE

Diretoria de Atenção Primária à Saúde
Porto Alegre - 2025



Prefeitura de
Porto Alegre
SECRETARIA DE SAÚDE

AUTORES

Aline Arrussul Torres – Enfermeira GHC
Aline Junges Lourenço – Enfermeira REMAPS/POA
Carlos Eduardo Ribeiro – Tec. Enfermagem
Cristina Bettin Waechter - Enfermeira
Eveline Rodrigues - Enfermeira
Eudoxia Beatriz Meleu Sehn– Tec Enfermagem
Georges Peres de Oliveira – Enfermeiro GHC
Geórgia Volkmer – Assistente Social
Helena Beatriz Larrosa Oliveira– Residente
Leonardo Rodrigues - Enfermeiro
Lutiane Mozzaquatro Parcianello – Farmacêutica
Rafael de Oliveira Nogueira – Farmacêutico
Rita Buttes – Terapeuta Ocupacional
Rodrigo Ciconet Dornelles – Antropólogo
Tábitha Dahmer Rocha – Farmacêutica
Taise Regina Braz Soares – Enfermeira
Tamara Ferreira de Oliveira – Tec. Enfermagem
Vanessa do Canto Severo Coffy – Enfermeira
Veridiana Farias Machado – Bióloga

PREFEITO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Sebastião Melo

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fernando Ritter

DIRETORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vânia Frantz

DIRETORA ADJUNTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eveline Rodrigues

RT DE ENFERMAGEM DA APS

Leonardo Rodrigues



Prefeitura de
Porto Alegre
SECRETARIA DE SAÚDE

ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde	PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
ACS	Agente Comunitário de Saúde	OMS	Organização Mundial da Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	PB	Paucibacilar
APS	Atenção Primária à Saúde	PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente		
PSR	Pessoa em Situação de Rua	PT	Prova Tuberculínica
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin	PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária	QP	Quimioprofilaxia
CIL	Central de Interpretação de Libras de Porto Alegre	R	Rifampicina
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	RX	Radiografia
CNS	Cartão Nacional de Saúde	SAE	Serviço de Atendimento Especializado
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem	SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
comp	Comprimidos	SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
DM	Diabetes Mellitus	SR	Sintomáticos Respiratórios
E	Etambutol	SUS	Sistema Único de Saúde
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial	TARV	Terapia Antiretroviral
H	Isoniazida	TB	Tuberculose
hab.	Habitantes	TB-HIV	Coinfecção HIV e Tuberculose
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica	TBRD	Tuberculose drogaresistente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana	TDO	Tratamento Diretamente Observado
IGRA	Dosagem sanguínea de interferon gama	TGO	Transaminase Oxalacética
ILTB	Infecção Latente por Tuberculose	TGP	Transaminase Pirúvica
IMC	Índice de Massa Corpórea	TNF- α	Fatores de Necrose Tumoral Alfa
IST	Infecção Sexualmente Transmissíveis	TRM-TB	Teste Rápido Molecular - Tuberculose
Kg	Quilogramas	Z	Pirazinamida
MB	Multibacilar		
MS	Ministério da Saúde		

SUMÁRIO

ABREVIATURAS	3
FERRAMENTAS DE APOIO À ENFERMAGEM	8
GLOSSÁRIO DE PRÁTICAS.....	9
INTRODUÇÃO	11
1. PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE	12
1.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM	12
QUADRO 1 – MÉTODO DE REGISTRO SOAP	12
QUADRO 2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TUBERCULOSE	13
QUADRO 3 – REGISTRO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (A)	15
QUADRO 3 – REGISTRO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (B)	16
QUADRO 4 - CÓDIGOS RELACIONADOS À TUBERCULOSE	17
2. CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE	18
2.1. SUSPEITA CLÍNICA.....	18
QUADRO 5 – POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	19
2.2 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE.....	19
QUADRO 6 - CONDUTAS DO ENFERMEIRO DIANTE DA SUSPEITA CLÍNICA DE TB	20
2.3. ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE	21
2.4 BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS.....	22
QUADRO 7 - CRITÉRIOS PARA INVESTIGAÇÃO E BUSCA DE CASOS DE TB.....	24
2.5. BUSCA PASSIVA DE PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	24
2.6. ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE ESCARRO	25
2.7. FLUXO DE ENVIO DAS AMOSTRAS.....	26
QUADRO 8 - PASSO A PASSO PARA REGISTRO DE EXAME NO SISTEMA GAL	27
QUADRO 9 - PASSO A PASSO PARA REGISTRO DE EXAME NO SISTEMA SENTINELA	28
2.8 EXAMES DE RASTREIO.....	29

	5
QUADRO 10 - EXAMES DE RASTREIO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO	29
QUADRO 11 - LEITURA E INTREPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DE BACILOSCOPIA DE ESCARRO	34
QUADRO 12- RESULTADOS DO TRM-TB	34
QUADRO 13 – CONSULTAS E EXAMES PARA SEGUIMENTO DO TRATAMENTO	35
QUADRO 14 - CONFIRMAÇÃO DE CASO DE TUBERCULOSE	35
2.9. INDICAÇÕES DE AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE	36
2.10. VACINA BCG	37
3. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE ATIVA.....	37
3.1 ADESÃO AO TRATAMENTO.....	38
3.2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)	39
3.3. REALIZAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS	39
3.4. BUSCA DA PESSOA QUE FALTA À CONSULTA	40
3.5. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO).....	40
QUADRO 15 - FUNÇÕES DO TDO (TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO)	41
3.5.1. ESTRATÉGIAS PARA O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO	42
3.5.2. ESTRATÉGIAS DIGITAIS PARA O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) DA TUBERCULOSE.....	43
TELECONSULTA EM ENFERMAGEM: DIRETRIZES, IMPLICAÇÕES ÉTICAS E BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO REMOTO	44
3.5.3. MONITORAMENTO E CONTROLE DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) NA TUBERCULOSE	45
3.6. ESQUEMA TERAPÊUTICO DA TUBERCULOSE.....	46
QUADRO 16 - ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DA TB EM ADULTOS E ADOLESCENTES (≥ 10 ANOS DE IDADE)	47
3.6.1. REAÇÕES ADVERSAS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	48
QUADRO 17 - EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	48
3.6.2. REAÇÕES ADVERSAS SEVERAS AOS MEDICAMENTOS.....	49
3.7. ACOMPANHAMENTO E ALTA.....	50
3.8. RETRATAMENTO EM TUBERCULOSE	51
3.9. IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE DOS CONTATOS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE.....	52

	6
3.9.1. RASTREAMENTO DOS CONTATOS.....	52
3.9.2. TRATAMENTO DOS CONTATOS.....	53
3.10. INDICAÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO DE PESSOAS COM TB PARA O CENTRO DE REFERÊNCIA DE TUBERCULOSE- CRTB	53
3.11. ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON.....	54
3.12. TRANSFERÊNCIA DE PESSOAS EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE ENTRE UNIDADES DE SAÚDE	55
3.13. ROTINAS DIFERENCIADAS EM CASO DE ENCERRAMENTO POR TB DR(DROGA RESISTENTE), MUDANÇA DE ESQUEMA OU FALÊNCIA	56
4. GARANTIA DE ACOMPANHAMENTO E RESPONSABILIDADES NO CUIDADO DE TUBERCULOSE E/OU SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS	57
5. INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE	60
QUADRO 17 - RESUMO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (TB)	61
5.1 INSTRUMENTOS DE REGISTRO PARA OS SERVIÇOS DE APS.....	63
6. INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE (ILTB)	64
QUADRO 18 - POPULAÇÕES COM INDICAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ILTB	65
6.1. DIAGNÓSTICO DA ILTB	66
6.1.1. DIAGNÓSTICO PELA PROVA TUBERCULÍNICA	66
6.1.2. DIAGNÓSTICO PELO IGRA.....	66
QUADRO 19 - INDICAÇÕES, VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS IGRA	67
QUADRO 20 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO IGRA.....	67
QUADRO 21 - INDICAÇÃO DE TRATAMENTO DA ILTB	68
6.2. TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO M. TUBERCULOSIS (ILTB).....	69
6.2.1. ESQUEMAS DE TERAPÊUTICOS DE ILTB.....	70
QUADRO 22 – ESQUEMA DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS.....	70
6.2.2. ORIENTAÇÕES SOBRE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DO ESQUEMA 3HP PARA ILTB.....	71
6.3. VIGILÂNCIA DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE	71
6.3.1. SISTEMA IL-TB	72
6.4. TRANSFERÊNCIA DE PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB NOTIFICADAS NO IL-TB	73
6.5. ENCERRAMENTO DOS CASOS DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE ILTB	73

	7
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE 1 - CUIDADO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E ATENDIMENTO À TUBERCULOSE.....	79
APÊNDICE 2 – ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	82
FLUXO DE SOLICITAÇÃO À CENTRAL DE INTERPRETAÇÃO DE LIBRAS DE PORTO ALEGRE – CIL	84
APÊNDICE 3 - ATENDIMENTO AO IMIGRANTE	85
MEDIADORES INTERCULTURAIS	85
APÊNDICE 4 – CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL	87
APÊNDICE 5 – ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E CONTROLE DA TUBERCULOSE	89
APÊNDICE 6 – PROTEÇÃO SOCIAL PARA PESSOAS EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE E ACESSO AO HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON	93
APÊNDICE 7 - HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA ESTÍMULO À MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	95
ANEXO 1 – EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS COMUNITÁRIAS DA REDE NACIONAL DE COMUNIDADES SAUDÁVEIS	98
ANEXO 2 - ORIENTAÇÕES GERAIS AOS ENFERMEIROS GESTORES E ASSISTENCIAIS DO PROGRAMA DE TUBERCULOSE	99
ANEXO 3 – GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE ESCARRO PARA EXAME DE TUBERCULOSE	100
ANEXO 4: TUBERCULOSE ATIVA VS. INFECÇÃO LATENTE: CARACTERÍSTICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	102
ANEXO 5 – FLUXOGRAMAS	103
FLUXOGRAMA 1 - ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (SR) NAS UNIDADES DE SAÚDE	103
FLUXOGRAMA 2 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	104
FLUXOGRAMA 3 – ATENDIMENTO DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE (TB).....	105
FLUXOGRAMA 4 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PESSOA EM TRATAMENTO DE TB.....	106
FLUXOGRAMA 5 – DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE TUBERCULOSE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE, O LABORATÓRIO E A VIGILÂNCIA .	107
FLUXOGRAMA 6 – EXEMPLOS DE SITUAÇÕES OPERACIONAIS E SOLUÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE DO LABORATÓRIO	108
FLUXOGRAMA 7 – EXEMPLOS DE PROBLEMAS COMUNS DOS LABORATÓRIOS E SOLUÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE.....	109
FLUXOGRAMA 8 – EXEMPLOS DE DEMANDAS DE LABORATÓRIOS E SOLUÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE	110
FLUXOGRAMA 9 – EXEMPLOS DE FLUXOGRAMAS COM SITUAÇÕES E SOLUÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE.....	111

FERRAMENTAS DE APOIO À ENFERMAGEM

BIBLIOTECA VIRTUAL ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE

<https://prefeitura.poa.br/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude>

ATENÇÃO BÁSICA DO RS

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/inicial>

BIBLIOTECA VIRTUAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE

<https://aps.bvs.br/rede-de-colaboradores/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

<https://prefeitura.poa.br/sms>

VLibras - TRADUÇÃO AUTOMÁTICA PARA TORNAR WEB MAIS ACESSÍVEL

<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/vlibras/>

GLOSSÁRIO DE PRÁTICAS

Esta seção apresenta conceitos utilizados neste protocolo e que devem ser incorporados à prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, a fim de garantir a resolutividade da assistência e a produção do cuidado integral à saúde.

Protocolo de Enfermagem: O Protocolo caracteriza-se como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (PIMENTA, 2015).

Consulta de Enfermagem: A consulta de enfermagem é uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente (HORTA, 1992).

Anamnese: Processo de coleta de informações sobre a história clínica do paciente, incluindo sintomas, antecedentes, condições de saúde atuais e fatores de risco. A anamnese é essencial para o diagnóstico e planejamento do cuidado, permitindo ao profissional de saúde compreender o contexto e as necessidades do paciente (SANTOS, 2022).

Exame Físico: Avaliação sistemática do estado de saúde do paciente, realizada por meio de observação, palpação, percussão e ausculta. O exame físico é fundamental para identificar sinais e sintomas, confirmar diagnósticos e orientar o plano de tratamento (OLIVEIRA, 2020).

Interconsulta: caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. É usada para obter expertise especializada e garantir um cuidado integrado e eficaz para o paciente (CAMPOS, 2019).

Agendamento aberto: Sistema de marcação de consultas ou procedimentos em que o paciente tem flexibilidade para escolher o melhor momento para o atendimento, sem a necessidade de um horário fixo pré-definido. Esse modelo visa melhorar o acesso ao atendimento e reduzir o tempo de espera (BARRA VIDAL, 2013).

Visita Domiciliar: Atividade realizada por profissionais de saúde na residência do paciente, com o objetivo de avaliar a condição de saúde, monitorar o tratamento, fornecer cuidados e orientações, e identificar necessidades adicionais. As visitas domiciliares promovem um atendimento mais personalizado e a continuidade do cuidado fora do ambiente clínico (FARIAS, 2021).

Aconselhamento em HIV/Aids: Processo de apoio psicológico e educativo para indivíduos diagnosticados com HIV ou AIDS e seus familiares. Inclui a oferta de informações sobre a doença, o tratamento disponível, a adesão à medicação, e a gestão dos aspectos emocionais e sociais da infecção. O aconselhamento visa melhorar a qualidade de vida, promover a adesão ao tratamento e reduzir o estigma associado à doença..

Projeto Terapêutico Singular: é um plano de cuidados personalizado, criado de forma colaborativa pela equipe de saúde junto ao paciente. Ele leva em conta as necessidades individuais, condições de saúde, contexto social e psicológico do paciente, visando garantir um acompanhamento integral e eficaz no tratamento da tuberculose, além de promover a adesão ao tratamento e o suporte necessário para alcançar a cura. Deve ser registrado no Prontuário.

Tratamento diretamente observado: O Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose é uma estratégia em que a equipe de saúde supervisiona a ingestão dos medicamentos pelo paciente, garantindo que o tratamento seja realizado corretamente. Essa abordagem busca aumentar a adesão ao tratamento, prevenindo o abandono e o desenvolvimento de resistência medicamentosa, além de permitir o acompanhamento contínuo da evolução do paciente.

Adesão ao Tratamento: Refere-se ao compromisso do paciente em seguir corretamente o esquema terapêutico para TB. A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental em monitorar e promover essa adesão, com visitas domiciliares e acompanhamento regular.

Vigilância Epidemiológica: Conjunto de atividades realizadas para monitorar, notificar e investigar os casos de TB. O enfermeiro deve registrar os casos no sistema de notificação e acompanhar o andamento do tratamento para garantir o controle da doença.

Acolhimento: Refere-se à prática de receber os usuários de forma acolhedora, ouvindo suas demandas e oferecendo respostas apropriadas em todos os níveis do serviço de saúde. Envolve a integração da equipe multiprofissional e promove uma assistência baseada em valores humanitários, solidariedade e inclusão social. Acolher significa escutar com empatia, negociar para atender às necessidades do usuário e adaptar os processos de trabalho para uma melhor resposta às demandas apresentadas (GUERRERO, 2013).

Recidiva: A recidiva acontece quando uma pessoa que já realizou o tratamento para Tuberculose anteriormente e teve alta por cura volta a manifestar a doença.

Atributos da Atenção Primária à Saúde

Acesso: Garante o primeiro contato e a continuidade do cuidado, facilitando o acesso rápido e adequado aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Longitudinalidade: Refere-se à continuidade do cuidado ao longo do tempo, criando uma relação de confiança entre o paciente e a equipe de saúde (STARFIELD, 2002).

Coordenação do Cuidado: A APS integra diferentes níveis de atenção, evitando a fragmentação do tratamento e garantindo o seguimento do paciente (MENDES, 2011).

Integralidade: Atende às necessidades de saúde de forma abrangente, incluindo prevenção, tratamento e reabilitação (STARFIELD, 2002).

Equidade: Assegura que todos tenham acesso ao cuidado, reduzindo desigualdades no sistema de saúde (MENDES, 2011).

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. A forma pulmonar bacilífera é a mais significativa do ponto de vista epidemiológico, pois é a principal responsável pela transmissão da doença. No entanto, outras formas de TB podem ocorrer, como a disseminada miliar e as formas extrapulmonares, que incluem as variantes pleural, ganglionar, osteoarticular, geniturinária, meningoencefálica, entre outras. Além disso, a doença pode afetar simultaneamente mais de um órgão no mesmo paciente (BRASIL, 2022). O Brasil continua entre os 22 países que concentram 80% dos casos de TB no mundo, ocupando a 20ª posição em número absoluto de casos. Apesar de a incidência ter diminuído nos últimos 20 anos, a TB ainda representa um sério problema de saúde pública (BRASIL, 2019).

Os principais sintomas da TB incluem tosse persistente por três semanas ou mais, perda significativa de peso, falta de apetite, febre no final do dia e sudorese noturna. Em casos graves, o paciente pode apresentar episódios de hemoptise.

Em 2024, Porto Alegre continua enfrentando desafios significativos no controle da tuberculose (TB). Nos últimos anos, a cidade tem registrado uma média de aproximadamente 1.500 novos casos por ano, o que mantém a doença como um importante problema de saúde pública na região. Porto Alegre é uma das cidades do Rio Grande do Sul com alta prioridade para o controle da TB devido à sua elevada taxa de incidência e mortalidade relacionada à doença (Brasil, 2024).

A coinfeção TB/HIV permanece como um dos principais desafios na cidade, com uma prevalência superior a 30%, tornando a tuberculose a principal causa de morte entre os pacientes com AIDS. Essa situação complexa destaca a importância de estratégias integradas de tratamento e prevenção (SES, 2024).

Além disso, a tuberculose tem um impacto significativo em comunidades mais vulneráveis, onde condições socioeconômicas precárias contribuem para a propagação da doença. Para enfrentar esses desafios, Porto Alegre e outras cidades do estado têm implementado esforços coordenados para melhorar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose (SES, 2024).

Esses dados são fundamentais para orientar políticas públicas e estratégias de intervenção que busquem reduzir a incidência e o impacto da TB na população (Brasil, 2024; SES, 2024).

Este protocolo visa fornecer aos profissionais de enfermagem subsídios para realizar ações de forma sistemática nos locais onde atuam, garantindo a qualidade dos processos no manejo de pacientes com tuberculose ativa e infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Além disso, busca fortalecer o papel da enfermagem na promoção de um cuidado integral, livre de estigmas e barreiras, garantindo acolhimento e acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS).

1. PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE

1.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM

Na Consulta de Enfermagem, o profissional deve acolher, orientar, esclarecer as dúvidas, encorajar os indivíduos para adesão e vínculo ao tratamento da tuberculose, para que assim haja redução dos riscos de manutenção da cadeia de transmissão, abandono do tratamento e resistência ao fármaco em decorrência da descontinuidade e/ou abandono e/ou tomada irregular; promovendo, desse modo, um elo importante entre o serviço de saúde e a pessoa em tratamento de TB, contribuindo para melhoria nas taxas de sucesso de tratamento.

A Resolução COFEN nº 736/2024 enfatiza a obrigatoriedade do Processo de Enfermagem como um método sistemático, composto pelas cinco etapas:

- **Avaliação de Enfermagem (coleta de dados)**
- **Diagnóstico de Enfermagem**
- **Planejamento**
- **Implementação**
- **Evolução de Enfermagem**

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o registro da atividade deve seguir o método SOAP do prontuário eletrônico do cidadão (PEC e-SUS).

QUADRO 1 – MÉTODO DE REGISTRO SOAP

	Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano
CIPE	Avaliação de Enfermagem/ Anamnese	Exame Físico	Diagnóstico de Enfermagem Resultado de Enfermagem	Planejamento de Enfermagem Intervenções de Enfermagem Prescrições farmacológicas/ não farmacológicas Evolução de Enfermagem
CIAP 2	Código de queixa principal	Sinais vitais/ peso/ Exames	Código do Problema e/ ou condição detectada	Código de Intervenções e/ou procedimentos

Fonte: Adaptado de Coren/MS, 2021; Resolução COFEN N° 736/2024.

QUADRO 2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TUBERCULOSE

Subjetivo	Histórico de Enfermagem* Queixa principal	• Quais sintomas você está apresentando atualmente? • Você tem histórico de contato com alguém que tenha tuberculose? • Já recebeu a vacina BCG? Lembra-se de ter uma cicatriz da vacina? • Como são suas condições de moradia? Você vive em um espaço ventilado e com boa iluminação? • Você já esteve preso ou visitou unidades prisionais recentemente? • Você faz parte de alguma comunidade indígena ou conhece alguém dessa comunidade que tenha TB? • Você convive com alguém que tenha HIV ou possui essa condição? • Você já morou ou está vivendo atualmente em situação de rua? • No seu trabalho, você tem contato com poeiras, produtos químicos ou outras situações de risco? • Como é a sua relação com sua família? Há algum apoio social e emocional disponível para você? • Qual é o seu nível de escolaridade? Você tem facilidade em entender as informações sobre sua saúde? • O que você sabe sobre a tuberculose? Existem mitos ou crenças sobre a doença que você conhece? • Você já foi diagnosticado com tuberculose antes? Se sim, está seguindo o tratamento ou houve alguma interrupção? • Em que fase do tratamento você está ou já esteve? • Quais são suas principais preocupações com relação ao tratamento da tuberculose?
Objetivo	Exame Físico	Avaliar a função respiratória: Verificar frequência respiratória. Observar se há dificuldade respiratória (dispneia), tosse ou presença de secreção. Realizar a ausculta pulmonar, verificando a presença de ruídos anormais, como estertores ou sibilos. Verificar sinais de oxigenação: Examinar a coloração da pele e das mucosas, buscando sinais de cianose (pele azulada). Avaliar a saturação de oxigênio com oxímetro, se disponível. Examinar o sistema vascular: Medir a pressão arterial e verificar sinais de má perfusão (extremidades frias ou pálidas). Observar o ritmo e a frequência cardíaca, buscando irregularidades. Avaliar a eliminação: Perguntar sobre a frequência e características das evacuações e micção. Inspecionar pele e mucosas: Verificar a integridade da pele, presença de lesões, nódulos ou úlceras. Avaliar a hidratação e o estado das mucosas (oral, nasal), procurando sinais de infecção. Investigar sinais de infecção extrapulmonar: Palpar linfonodos, principalmente na região cervical e axilar, para verificar linfadenopatia. Observar se há dor ou aumento de volume em outros órgãos, dependendo da queixa do paciente.

Avaliação/ Plano	Intervenções de Enfermagem	Identificar e monitorar fatores de risco: Avaliar constantemente a adesão do paciente ao tratamento com base no comparecimento às consultas e TDO. Observar sinais de dificuldade para a adesão, como ausência em consultas e irregularidade na medicação. Pesquisar efeitos adversos que podem influenciar a interrupção. Revisar horário e rotina da tomada do medicamento. Criar um plano de acompanhamento personalizado: Para pacientes com alto risco de interrupção de tratamento, agendar consultas e visitas domiciliares mais frequentes. Estabelecer o Tratamento Diretamente Observado, conforme disponibilidade - presencial, digital... Monitorar diariamente ou semanalmente, conforme necessidade. Estabelecer uma rede de apoio ao paciente: Envolver familiares ou membros da comunidade no apoio ao tratamento. Facilitar o acesso a grupos de suporte, se disponíveis. Fornecer educação contínua: Reforçar a importância da adesão ao tratamento em todas as consultas. Esclarecer dúvidas e mitos que o paciente possa ter sobre o tratamento da TB. Registrar e acompanhar a evolução: Documentar o progresso do paciente em relação ao tratamento e os resultados do escore nas consultas.
-----------------------------	---	--

Fonte: Adaptado de Coren/MS, 2021

* Sugestão de linguagem e como abordar cada item – Apêndice 6

QUADRO 3 – REGISTRO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (A)

Principais diagnóstico / resultados de enfermagem	– Função do sistema respiratório prejudicada – Condição Respiratória eficaz – Falta de apetite – Apetite positivo – Estado de fadiga – Tosse – Tosse ausente – Termorregulação prejudicada – Temperatura corporal nos limites normais – Condição nutricional prejudicada – Condição nutricional melhorada – Deficiência imunológica	– Polifármacos (ou Polifarmácia) – Adesão ao Regime Medicamentoso – Não Adesão ao Regime Medicamentoso – Efeito Colateral da Medicamento – Efeito Colateral da Medicamento, Ausente – Interação Medicamentosa Adversa, Presente – Interação Medicamentosa Adversa, Ausente – Resposta à Terapia, Eficaz – Conhecimento, Adequado (doença/ medicamento) – Ajustamento, Prejudicado	– Crença Cultural, Conflituosa – Desempenho de Papel, Prejudicado – Problema Habitacional – Processo Familiar Disfuncional, com Abuso de Álcool – Dependência de Álcool - Abuso de Álcool (ou Alcoolismo), Ausente – Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Presente – Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Ausente – Socialização, Prejudicada – Apoio Social, Eficaz
CIAP	Sugeridos para uso do Técnico de Enfermagem (Motivo da Consulta) - 33 Exame microbiológico/ imunológico - 41 Radiologia diagnóstica - 43 Outros procedimentos diagnósticos - 38 Outras análises laboratoriais NE - 61 Contra referência de outro prestador – resultado de exames/teste/ análise - 50 Medicamento/indicação/renovação/ injeção - 45 Educação em saúde/ aconselhamento/ dieta - 58 Aconselhamento/ terapêutica	Sugeridos para uso na avaliação do paciente (problemas e/ou condições avaliados no atendimento) - A85 Efeito adverso de fármaco dose correta - A87 Complicações de tratamento médico - A03 Febre - A04 Debilidade/Cansaço/ Fadiga - R05 Tosse - R24 Hemoptise - R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros -B02 Gânglio linfático aumentado/ doloroso - P15 Abuso crônico de álcool - P17 Abuso do tabaco - Z01 Pobreza/problemas econômicos - Z03 Problemas de habitação/vizinhança - Z04 Problema sociocultural - Z08 Problema relacionado com sistema de segurança social	

Fonte: Adaptado de Coren/MS, 2021

QUADRO 3 – REGISTRO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (B)

Principais Intervenções de Enfermagem Encaminhamentos	CIPE® - Examinar componente do sistema respiratório - Avaliar sintomas clínicos - Gerenciar exames - Coletar Amostra (ou Espécimen) - Obter dados sobre conduta clínica - Notificar doença compulsória (caso confirmado) - Orientar sobre Doença - Gerenciar Medicamento - Orientar sobre Medicamento - Indicar Medicamento - Reforçar Adesão - Avaliar Resposta ao Medicamento - Obter Dados sobre Adesão ao Regime Terapêutico - Obter Dados sobre Efeito Colateral da Medicamento - Obter Dados sobre Risco de Interação Medicamentosa, Adversa (ex: rifampicina e anticoncepcional) - Envolver-se no Processo de Tomada de Decisão - Gerenciar Acompanhamento de Rastreamento (Screening) - Fazer rastreamento de Tuberculose na família/ comunidade - Promover Apoio Social - Proteger Crenças Culturais - Fazer Rastreamento (Screening) de Abuso de Substância - Obter Dados sobre Apoio Social - Obter Dados sobre Crenças Culturais - Obter Dados sobre Uso de Terapias Tradicionais Ministério da Saúde	- Registrar as atividades nos sistemas nacionais de atenção primária em saúde e encaminhar fichas e documentações à vigilância em saúde do município; - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco - Realizar visita domiciliar, - Esquema básico de Tuberculose - Fase intensiva - Fase de manutenção (Conforme indicação terapêutica) - Baciloscopia de escarro (BAAR): duas amostras coletadas em dias subsequentes, sendo a primeira amostra coletada logo após a consulta - Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB, GeneXpert®): não indicado para retratamento - Radiografia de tórax - Teste rápido para HIV, sífilis, e Hepatites virais - Prova tuberculínica - Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Ausente - Socialização, Prejudicada - Apoio Social, Eficaz	Caso necessário: - Realizar prova tuberculínica em contatos de casos confirmados de tuberculose pulmonar bacilífera; - Solicitar exames (escarro, RX de tórax,), além de TR para IST's sob autorização e aconselhamento; - Indicar esquema básico para tuberculose de acordo com os critérios deste protocolo; - Agendar consulta com médico; - Quando necessário, solicitar apoio de telemedicina para dúvidas ou apoio em condutas assistenciais, via Matriciamento com equipe da CAIST ou outro sistema indicado pela SMS, - Identificar, convocar, avaliar e indicar terapia preventiva de tuberculose nos contatos; - Identificar ausência em agendamento e interrupção do tratamento e realizar busca ativa; - Acompanhar a ficha de supervisão da tomada de medicamento preenchida pelo ACS; - Orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento diretamente observado; - Realizar atividades de educação permanente em saúde sobre Tuberculose; - Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do Mycobacterium tuberculosis; - Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês e solicitar os medicamentos no início e na troca de fase para a CAIST, através da forma indicada pela SMS, de forma a assegurar o tratamento completo de todos; - Preencher o livro de registro e acompanhamento dos casos de tuberculose e o de sintomático respiratório na US
---	--	---	--

Indicação farmacológica	Esquema básico de Tuberculose - Fase intensiva - Fase de manutenção Para contatos - Esquema Terapêutico de ILTB
Solicitação de exames	- Baciloscopia de escarro (BAAR): duas amostras coletadas em dias subsequentes, sendo a primeira amostra coletada no momento do atendimento. - Preferencialmente a amostra será analisada na forma de Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB, GeneXpert®), que não é indicado para retratamento, por isso é essencial informar se a pessoa já realizou tratamento anterior. - Radiografia de tórax (obrigatório para os casos de ILTB, recomendado para Tuberculose ativa conforme disponibilidade do exame) - Teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C - TGO, TGP e Creatinina - Prova tuberculínica (Para investigação de ILTB, conforme o QUADRO 18)

Fonte: Adaptado de Coren/MS, 2021

É essencial informar no GAL quando a pessoa já realizou tratamento anteriormente para Tuberculose.

QUADRO 4 - CÓDIGOS RELACIONADOS À TUBERCULOSE

CIAP 2	Definição	Critérios de inclusão
A70	Conversão para um teste positivo de tuberculina; ou demonstração de Mycobacterium tuberculosis por microscopia ou cultura; ou manifestação característica no raio-X de tórax; ou manifestação histológica característica na biópsia; ou resultado detectável no teste rápido molecular	Todo tipo de infecções de tuberculose em qualquer parte do corpo; efeitos tardios.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

2. CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE

Nem todas as pessoas que entram em contato com o *Mycobacterium tuberculosis*, causador da tuberculose (TB), desenvolvem a doença ativa. Aqueles que estão infectados, mas não apresentam sintomas, são classificados como portadores de Infecção Latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB). Esses indivíduos podem permanecer assintomáticos por longos períodos e não transmite o bacilo, mas têm o potencial de reativação, especialmente em situações de comprometimento da resposta imunológica (Organização Mundial da Saúde, 2023).

O maior risco de desenvolvimento da tuberculose ativa ocorre nos primeiros dois anos após a infecção primária, mas a latência pode durar muitos anos. A identificação e o tratamento da ILTB são fundamentais para prevenir a progressão da doença, especialmente em populações vulneráveis. Antes de iniciar qualquer tratamento profilático, é crucial descartar a tuberculose ativa (Ministério da Saúde, 2019).

Na tuberculose ativa, os sinais e sintomas podem variar. Na forma pulmonar, os sintomas típicos incluem tosse persistente por mais de três semanas, expectoração, febre vespertina, sudorese noturna, perda de peso, astenia, hemoptise e dor torácica (Ministério da Saúde, 2019).

Apesar do conhecimento sobre os sintomas, a detecção precoce de pacientes com sintomatologia respiratória, bem como aqueles com maior risco de desenvolver TB, continua sendo um desafio significativo. Isso se deve ao fato de que muitos pacientes não buscam atendimento médico no início dos sintomas, que muitas vezes são confundidos com outras condições, como gripe ou bronquite (MARTINS & MIRANDA, 2020).

Para fortalecer o controle da tuberculose na atenção primária, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde enfatizam a importância de estratégias integradas, que incluem a capacitação de profissionais de saúde para a identificação precoce, rastreamento sistemático de casos e a promoção da adesão ao tratamento, visando a redução da incidência e da mortalidade por tuberculose.

2.1. SUSPEITA CLÍNICA

Definida pela presença de tosse por no mínimo 2 semanas e/ou qualquer um dos seguintes sintomas:

- Febre persistente (normalmente vespertina) por pelo menos 2 semanas
- Perda de peso
- Dispneia (normalmente com dor)
- Sudorese noturna
- Hemoptise (tosse com sangue)

QUADRO 5 – POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Populações Vulneráveis	Risco de Adoecimento por TB
Pessoas vivendo em situação de rua	54 X maior
Pessoas Vivendo Com HIV	19 X maior
Pessoas privadas de liberdade	29 X maior
Indígenas	1,2 X maior

Fonte: Brasil, 2019

Nos casos de Populações vulneráveis, investigar TB com tosse persistente a qualquer tempo.

2.2 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

Considerando o Ministério da Saúde através do documento – Tuberculose da Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Enfermagem, 2022.

- Identificar sintomáticos respiratórios.
- Orientar quanto à coleta de escarro.
- Realizar prova tuberculínica (de acordo com a indicação clínica).
- Avaliar e indicar necessidade de escarro induzido.
- Solicitar baciloscopia para todo indivíduo com tosse, coletando no mínimo duas amostras (uma em cada dia, sendo a primeira no momento da consulta).
- Realizar teste rápido de IST's após consentimento e aconselhamento.
- Identificar contatos de pessoas com TB e encaminhá-los para investigação e tratamento.
- Notificar e investigar casos confirmados de tuberculose.
- Encaminhar casos mais complexos para avaliação médica ou serviço especializado.
- Iniciar o tratamento da TB sensível, prescrevendo o esquema básico de medicamentos conforme protocolos.
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso de medicamentos.
- Realizar consultas de enfermagem para monitoramento e adesão ao tratamento.
- Supervisionar a adesão ao Tratamento Diretamente Observado (TDO) e registrar no prontuário.
- Monitorar e identificar faltas aos agendamentos e realizar busca ativa de pacientes faltosos.
- Coordenar a busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame.
- Acompanhar e garantir a execução do TDO.
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Administrar vacina BCG (de acordo com a indicação do PNI).

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares.
- Monitorar e avaliar os indicadores de adesão ao tratamento e sucesso terapêutico.
- Garantir os insumos necessários para avaliação, investigação e tratamento dos pacientes sintomáticos e contatos de tuberculose.
- Articular-se com a equipe multiprofissional para garantir a integralidade do cuidado.
- Capacitar e supervisionar técnicos e auxiliares de enfermagem nas ações de controle da TB.
- Desenvolver ações educativas para profissionais de saúde, pacientes e comunidade.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle da doença.
- Registrar todas as atividades no prontuário eletrônico do cidadão e nos sistemas de informação.
- Preencher livro de registro de Sintomático Respiratório.

QUADRO 6 - CONDUTAS DO ENFERMEIRO DIANTE DA SUSPEITA CLÍNICA DE TB

Solicitações e Condutas	Descrição
- 2 amostras de escarro para: baciloscopia	Análise para detectar bacilos da tuberculose.
- Cultura	Para identificação do <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
- Teste de sensibilidade	Avaliação da resistência aos medicamentos.
- Raio-X de tórax	Exame de imagem para avaliação pulmonar (não é obrigatório para início do tratamento para TB, mas é o obrigatório para iniciar tratamento de ILTB).
Coleta das amostras de escarro:	
- Primeira amostra:	No dia da consulta.
- Segunda amostra:	Na manhã seguinte, ao acordar.
Condutas após resultados	
- Diagnóstico positivo baciloscopia/cultura):	Afastar outras comorbidades e iniciar tratamento.
- Diagnóstico negativo:	Se persistirem os sintomas e radiografia de tórax com alterações sugestivas (discutir com o médico da unidade), encaminhar para CRTB para elucidação diagnóstica.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

RAIO X DE TORAX - NÃO É MANDATÓRIO PARA INÍCIO DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE, MAS É IMPORTANTE PARA O PARA MONITORAMENTO, ENTÃO DEVE SER REALIZADO ASSIM QUE POSSÍVEL.

O diagnóstico rápido e o tratamento oportuno são essenciais no combate à doença, especialmente no caso de formas pulmonares bacilíferas. Isso porque o tratamento interrompe a cadeia de transmissão, evitando novas infecções e novos casos.

O diagnóstico da tuberculose (TB) pode ser realizado utilizando um ou mais dos seguintes critérios: clínico, bacteriológico, por imagem, histopatológico e teste tuberculínico (para avaliar infecção latente – ILTB).

2.3. ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

Considerando o Ministério da Saúde através do documento – Tuberculose da Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Enfermagem, 2022, página 34.

- Identificar sintomáticos respiratórios;
- Orientar quanto à coleta de escarro/baciloscopia para todo indivíduo com tosse;
- Preencher adequadamente o formulário de requisição de exames no sistema GAL ou formato manual;
- Receber os resultados dos exames, protocolá-los e/ou anexá-los ao prontuário. No caso de recebimento eletrônico, via Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), emitir a cópia do resultado do exame e anexá-la ao prontuário;
- Preencher livro de registro do “Sintomático Respiratório nos Serviços de Saúde” e de “Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento”;
- Buscar as pessoas que não retornaram com o material coletado e/ou que não receberam o resultado do exame;
- Auxiliar a equipe na assistência integral às pessoas e famílias, inclusive, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Administrar vacina BCG, após capacitação.
- Realizar PT, após capacitação.
- Orientar as pessoas em tratamento e seus familiares quanto ao uso de medicações, reações adversas e demais questionamentos relativos ao tratamento, seguimento e controle de contatos.
- Convocar/identificar doentes faltosos às consultas médicas e/ou seus contatos que não comparecerem à unidade de saúde para a realização de exames.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Notificar casos confirmados.
- Realizar o TDO em todas as pessoas com TB.
- Supervisionar o TDO, na UBS ou no domicílio, fazendo o registro diário na “Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação”.
- Agendar consultas médicas e de enfermagem para a pessoa com TB ou para seus contatos.
- Participar da programação e avaliação das ações de controle da TB na UBS.
- Realizar ações educativas junto à comunidade.
- Observar os cuidados relativos à biossegurança na unidade de saúde.

2.4 BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

Em populações específicas, como pessoas vivendo com HIV, contatos de pessoas com TB ativa, imigrantes, indígenas, quilombolas, profissionais de saúde, pessoas em situação de rua (PSR) e pessoas privadas de liberdade (PPL), deve-se considerar SR a pessoa que apresentar tosse com qualquer tempo de duração. Na população geral que procura o serviço de saúde, e para pessoas com diabetes mellitus, considera-se o tempo de tosse de duas semanas ou mais (BRASIL, 2019).

O **acompanhamento domiciliar** deve ser estimulado e incrementado nas equipes de saúde da família, uma vez que favorece a busca ativa do SR. Outro aspecto importante da busca ativa é a possibilidade de “interagir não só com o usuário, de maneira isolada, mas com o mundo que o cerca, seu espaço e território”, ou seja, permite conhecer o contexto de produção da doença (PEREIRA et al., 2013).

Nessa lógica, a unidade de saúde adota uma abordagem proativa, buscando identificar precocemente a pessoa com a doença ativa e ofertar o tratamento (SOARES, 2012). Ainda existem evidências da relação entre a taxa de detecção de casos e a incidência de TB, e quanto mais elevada for a detecção dos casos de TB pelos serviços, maior a queda na sua incidência (DOWDY; CHAISSON, 2009).

Como medida de controle da Tuberculose, o Manual do Ministério da Saúde (2022), ressalta que a busca ativa de SR deve ser realizada permanentemente **por todos os profissionais nos serviços de saúde**, considerando os que entram em contato com os usuários, no sentido de questionar, investigar sintomas e as principais etapas são: perguntar sobre a presença e duração da tosse na população alvo; orientar os SRs identificados sobre a coleta do exame de escarro, assim como o encaminhamento ao local/profissional mais apropriado, desde o momento de entrada do paciente no serviço de saúde.

O profissional de enfermagem deve observar e questionar a presença e duração da tosse, seja na unidade de saúde, seja na visita domiciliar e/ou na comunidade. Nas unidades da APS, a abordagem do SR deve ser realizada em todos os setores, principalmente acolhimento, triagem, recepção, laboratório ou farmácia, no primeiro atendimento e sempre que observado algum sinal e sintoma da doença. A investigação deve atingir todas as pessoas que buscam o serviço de saúde por qualquer motivo (ginecologia, pediatria, clínica médica, entre outros), inclusive nas filas de entrada para atendimento ou na triagem, incluindo perguntas acerca da tosse e verificando se a pessoa pertence a uma população específica ou não.

Ao identificar um caso suspeito de **tuberculose (TB)**, é fundamental garantir que o paciente seja avaliado no mesmo dia, por meio de uma **consulta clínica**, e que a **investigação seja iniciada imediatamente**.

Caso o paciente **não queira dar seguimento à avaliação ou ao tratamento na unidade onde foi identificado**, é imprescindível **entrar em contato com a Unidade de Saúde de referência conforme capítulo 4. GARANTIA DE ACOMPANHAMENTO E RESPONSABILIDADES NO CUIDADO DE TUBERCULOSE E/OU SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS** para garantir o acompanhamento adequado e evitar a perda do caso.

Essa comunicação deve ser realizada de forma ágil e efetiva, assegurando que o paciente receba a assistência necessária para a conclusão da investigação diagnóstica e início do tratamento, se confirmado o diagnóstico.

Estratégias de busca ativa do sintomático respiratório na Unidade Básica de Saúde (UBS)

Agendamento e acolhimento

- Agendar e priorizar a consulta logo após identificar o sintomático respiratório (SR).
- Solicitar os exames necessários imediatamente e agendar o retorno para entrega dos resultados, preferencialmente em 72h.
- Sempre garantir um acolhimento de qualidade para todas as demandas da US. (Brasil, 2019)

Mobilizar as equipes de saúde:

- Promover reuniões regulares para discutir os casos de SR e os dados coletados.
- Analisar registros como o Livro de Sintomático Respiratório.
- Pactuar e monitorar metas e ações da equipe, como busca ativa em diferentes áreas da UBS (triagem, laboratório, sala de espera).
- Incentivar a equipe a atingir os indicadores preconizados (Gabardo et al., 2019).
- Distribuir a equipe em locais estratégicos e em ações que ocorrem na comunidade para identificar SR.
- Realizar visitas domiciliares ou outras atividades, conforme a necessidade da comunidade atendida. (Brasil, 2019)
- Reuniões com toda a equipe da unidade e discutir o papel de cada trabalhador na busca ativa de SR.
- Estimular a cooperação para atingir as metas estabelecidas.
- Designar trabalhadores diariamente para identificar áreas prioritárias para a busca ativa de SR.

Manter registros adequados:

- Garantir que os instrumentos de vigilância (Livro de Sintomático Respiratório, exames de baciloscopia e cultura) sejam preenchidos corretamente. (Dias, 2014)

Atividades de conscientização:

- Exibir palestras curtas e vídeos sobre TB nas salas de espera e corredores da unidade.
- Manter a equipe permanentemente capacitada.

Atendimento/Visita domiciliar: tem a função de ampliar/intensificar o atendimento da equipe, visando buscar contatos que não compareçam ao serviço, identificar novos casos de SR, ofertar TDO e observar reações adversas, entre outros. Neste momento, com foco na educação em saúde, devem-se esclarecer questões sobre a doença, sintomatologia, transmissão, risco de adoecimento, esquemas de tratamento, formas de prevenção e exames a serem realizados para o diagnóstico da TB, além de fornecer orientações sobre as medidas de controle de infecção. (Brasil, 2019)

QUADRO 7 - CRITÉRIOS PARA INVESTIGAÇÃO E BUSCA DE CASOS DE TB

População	Tempo de Tosse	Quando realizar a busca?
População geral adscrita ao território da Estratégia de Saúde da Família	2 semanas	Visitas domiciliares e atividades comunitárias no território
População geral que procura o serviço de saúde	2 semanas	Sala de espera no serviço de saúde
- Contato de TB pulmonar ou laríngea - Pessoas que vivem com HIV - Pessoas que vivem em albergues, pessoas privadas de liberdade, agentes prisionais e residentes de instituições de longa permanência - Imigrantes - Profissionais de saúde - Indígenas - Pessoas em situação de rua	Qualquer tempo de tosse	Sala de espera no serviço de saúde, visitas domiciliares e atividades comunitárias no território
Diabetes mellitus	2 semanas	Sala de espera no serviço de saúde, visitas domiciliares e atividades comunitárias no território

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2022.

2.5. BUSCA PASSIVA DE PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

A **busca passiva** envolve a iniciativa do próprio paciente em procurar cuidados de saúde e o reconhecimento dos sinais e sintomas pelos profissionais. Este processo segue as seguintes etapas para o diagnóstico de TB:

→ **Iniciativa do paciente:** A pessoa deve reconhecer os sintomas da TB, como tosse persistente, febre, sudorese noturna ou perda de peso, e procurar espontaneamente atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) (WHO, 2013).

→ **Reconhecimento pelo profissional de saúde:** O profissional deve identificar os sinais e sintomas característicos da TB ou suspeitar da doença com base nos critérios clínicos e epidemiológicos. Após essa suspeita, o paciente deve ser encaminhado para os exames diagnósticos, como baciloscopia, cultura e radiografia de tórax (WHO, 2013).

IMPORTÂNCIA DA BUSCA PASSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Embora a **busca ativa** seja uma estratégia fundamental para encontrar casos de TB, a **busca passiva** também é importante. Quando os trabalhadores de saúde conseguem identificar pacientes com suspeita de TB de forma passiva, eles ajudam a:

- **Reconhecer os casos suspeitos:** Ao atender pacientes que buscam espontaneamente ajuda, o profissional de saúde pode

identificar sintomas que o próprio paciente pode não valorizar.

- **Encaminhar para diagnóstico:** Pacientes identificados passivamente são rapidamente encaminhados para exames e avaliação diagnóstica, contribuindo para um diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento.
- **Complementar a busca ativa:** A busca passiva, junto com a ativa, amplia a capacidade de identificar casos de TB na comunidade, melhorando o controle da doença (WHO, 2013).

A identificação e a oportunização do diagnóstico de tuberculose devem ser realizadas para todas as pessoas atendidas dentro do serviço de saúde, **independentemente de pertencerem ao território de referência**. Para aquelas identificadas de fora do território, deve-se seguir o **fluxo de acompanhamento adequado** para garantir continuidade no tratamento e monitoramento.

2.6. ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE ESCARRO

ESCARRO ESPONTÂNEO: Para coleta espontânea, orienta-se que o paciente realize em local arejado, sendo estimulado o paciente colher o escarro pulmonar e não a saliva ou secreção da nasofaringe (ANEXO 3).

Principais Problemas na Coleta de Escarro Espontâneo

Apesar de ser um método amplamente utilizado, a **coleta de escarro espontâneo** pode enfrentar problemas que afetam a qualidade das amostras, **e que normalmente são resolvidos com nova coleta orientada conforme ANEXO 3:**

→**Contaminação por saliva:** um dos problemas mais comuns é a presença de grandes quantidades de saliva na amostra, o que pode comprometer a análise microbiológica, dificultando o diagnóstico de TB, e que habitualmente está **ligado à coleta incorreta** (Brasil, 2019).

→**Escarro insuficiente:** A quantidade de escarro coletada pode ser insuficiente para a realização de baciloscopia ou cultura, sendo necessária uma nova coleta (orientar novamente os passos da coleta para obter amostra adequada) (Brasil, 2019).

→**Dificuldade na expectoração:** Alguns pacientes, especialmente crianças, idosos e pessoas debilitadas, têm dificuldade de expectorar espontaneamente, dificultando a obtenção de uma amostra adequada para análise, nos casos mais complexos e com maior dificuldade de coleta pode-se realizar matriciamento com as equipes da CAIST ou encaminhar para coleta de escarro no CRTB mais próximo. (Brasil, 2019).

→**Coleta inadequada:** Se a coleta não for realizada corretamente, as amostras podem ser comprometidas, seja pelo uso de técnicas inadequadas ou por falhas no processo de instrução do paciente sobre como expectorar adequadamente (Brasil, 2019).

Caso não se consiga uma amostra adequada, deve-se realizar matriciamento com as equipes da CAIST ou encaminhar paciente para coletar amostra no CRTB.

2.7. FLUXO DE ENVIO DAS AMOSTRAS

A solicitação do exame de escarro deve ser realizada no GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial (<https://gal.riograndedosul.sus.gov.br/>). **As orientações para solicitação de login e para manuseio do sistemas encontram-se na BVAPS.**

As amostras de escarros encaminhadas ao laboratório deverão estar acompanhadas da requisição de exames **do GAL impressa**, contendo os dados de identificação do paciente, descrição dos achados clínicos do paciente e a natureza do exame solicitado. É essencial garantir que os insumos necessários para o processo de coleta e envio do exame não estejam em falta nas Unidades de Saúde.

Armazenamento Temporário:

→ Conservação: Armazene as amostras em local refrigerado, entre 2°C e 8°C, se não puder enviá-las imediatamente.

→ Tempo Limite: O ideal é que as amostras sejam enviadas ao laboratório central no mesmo dia da coleta ou no máximo em 24 horas, para garantir a qualidade dos resultados. Dada a impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, esta deverá ser conservada em geladeira comum por 5 a 7 dias em uma temperatura entre 2°C e 8°C

Preparação para Envio:

→ Documentação: Preencha o sistema GAL com o máximo de informações, principalmente se o paciente **já tratou TB***. Atentar para manter a documentação fora de contato com o pote de coleta do escarro, para evitar a contaminação.

→ Embalagem: Certifique-se que o frasco esteja bem vedado e evite colocar qualquer adesivo para fechar a tampa (pelo risco de, ao abrir, perder amostra). Certifique-se de que a embalagem esteja devidamente etiquetada (etiqueta impressa do GAL).

Transporte:

→ Conduta do Transporte: Utilize transporte adequado que mantenha as condições de temperatura necessárias. O transporte deve ser realizado com rapidez para evitar comprometimento da qualidade da amostra.

Resultados e Relatórios:

→ Geração de Resultados: O laboratório emite os resultados dos exames e gera relatórios detalhados.

→ Envio dos Resultados: Os resultados são enviados para a unidade de coleta e para o profissional de saúde responsável pelo paciente, por meio de sistema eletrônico ou impressão.

Estabelecer rotina de verificação dos resultados no GAL diariamente ou no máximo a cada 2 dias.

A unidade deve se organizar para verificar resultados no GAL sistematicamente.

A planilha de registros de SR auxilia no monitoramento dos resultados.

Resultados de TRM-TB ou BAAR costumam estar disponíveis em até 72 horas no sistema.

QUADRO 8 - PASSO A PASSO PARA REGISTRO DE EXAME NO SISTEMA GAL

Acesso ao Sistema GAL	Login: Acesse o sistema GAL com suas credenciais de usuário. Certifique-se de que você tem permissão adequada para registrar exames. Verificação: Confirme que está utilizando a versão DO RIO GRANDE DO SUL do sistema para garantir o correto funcionamento das funcionalidades. (https://gal.riograndedosul.sus.gov.br/)
Inserção de Dados do Paciente:	Identificação: COLOCAR O CPF OU CNS QUE O SISTEMA BUSCA,**
Registro do Exame:	Em todos os cadastros no GAL para solicitação de escarro, será utilizado o TESTE MOLECULAR RÁPIDO DE TUBERCULOSE . Como o teste molecular rápido não é indicado para pacientes que já realizaram tratamento, é essencial informar se o paciente já foi tratado anteriormente para que o laboratório aplique o exame adequado conforme o algoritmo do Ministério da Saúde.
Validação e Revisão	Verificação: Revise todas as informações inseridas para garantir que estejam corretas e completas. Correção: Se necessário, edite os dados para corrigir erros antes de salvar.
Salvamento e Geração de Relatório	Salvar Dados: Clique na opção para salvar o registro no sistema. Geração de Relatório: Gere e imprima o relatório do exame, se necessário, para entregar ao paciente ou para fins de arquivo.
Encaminhamento e Acompanhamento:	Encaminhamento: Encaminhe o resultado do exame para o profissional de saúde responsável para avaliação e decisão sobre o tratamento. Acompanhamento: Certifique-se de que o paciente seja contatado com os resultados e orientações sobre o próximo passo.
Manutenção de Registros	Armazenamento: Armazene eletronicamente ou em formato físico conforme as diretrizes do serviço de saúde. Confidencialidade: Garanta a proteção e a confidencialidade dos dados do paciente, conforme as normas de proteção de dados.

Fonte: Elaboração Própria

**** Em casos de pacientes não identificados ou que não possuem nome completo, CPF ou CNS, é necessário realizar matriciamento com o CRTB.**

QUADRO 9 - PASSO A PASSO PARA REGISTRO DE EXAME NO SISTEMA SENTINELA

Cadastro	Para acessar esse sistema é preciso estar cadastrado na Plataforma Sentinela. A solicitação de acesso deve ser feita através do e-mail: epidemio@portoalegre.rs.gov.br No corpo do email devem ser informados os seguintes dados do profissional notificador: nome completo, CPF, cargo, serviço de saúde a qual está vinculado e e-mail. Serão aceitos apenas os emails individuais, os endereços eletrônicos coletivos não serão validados.
Acesso	Acesse o sistema Sentinela por meio do portal da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul ou diretamente no endereço eletrônico fornecido pela secretaria Municipal de Saúde: https://sentinela.procompa.com.br/ Para se logar utilize o usuário e a senha recebidos após o cadastro.
Navegação	Após login, o usuário será direcionado à página inicial. A EVDT libera acesso às fichas das doenças transmissíveis, agudas e crônicas, de notificação compulsória e em atividade no Sentinela. No canto superior direito haverá uma caixa indicando “nova notificação”. Ao clicar nesta caixa o processo de notificação será iniciado.
Notificação	Na abertura da ficha, os dados gerais já estarão preenchidos. Ao digitar CNS ou CPF ou nome do paciente + nome da mãe + data de nascimento, por estar integrado ao Cadsus, haverá o preenchimento automático dos campos de identificação e residência do paciente selecionado. Mesmo com esse preenchimento, segue havendo necessidade de verificar as informações, visto que o Cadsus pode não estar atualizado. Na sequência serão preenchidos os campos identificando o tipo de entrada do caso, vulnerabilidades, forma da Tuberculose diagnosticada, doenças prévias, resultados de exames (laboratoriais, de imagem e de patologia), se em tratamento nos casos de coinfeção HIV/TB, identificação dos contatos, data do início do tratamento e identificação do profissional notificador.
Envio	Ao revisar os campos preenchidos, havendo alguma pendência clique em “salvar”, a notificação ficará na pasta de rascunhos da unidade para posterior envio. Não havendo pendências clique em “notificar”, a ficha será enviada para a vigilância epidemiológica, que fará a digitação no SINAN.
Monitoramento	A qualquer momento, o notificador pode consultar as fichas inseridas no Sentinela. O usuário terá acesso às fichas preenchidas na unidade de saúde a que ele está vinculado. A funcionalidade Geração de relatórios, além de informar o número de casos notificados pela unidade, é uma ferramenta de apoio à gestão do controle da tuberculose.

Fonte: Elaboração Própria

2.8 EXAMES DE RASTREIO

QUADRO 10 - EXAMES DE RASTREIO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO

Tipo de Exame	Como funciona?	Material colhido/ Exame realizado	Condições para solicitação	Quando solicitar?
Baciloscopia de escarro (BAAR)	A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pelo método de ZiehlNielsen, é uma técnica simples e de baixo custo, sendo a mais utilizada. Examinadas sob microscopia para verificar a existências de bactérias. Esta técnica, quando executada corretamente, permite detectar a maioria dos casos pulmonares (BRASIL, 2017).	Escarro espontâneo ou induzido, lavado brônquico, lavado gástrico (crianças). Observação: O lavado brônquico e lavado gástrico (crianças), devem ser colhidos em serviços especializados	Pacientes com clínica para tuberculose; pacientes com alterações radiológicas pulmonares; contatos de pacientes com tuberculose	Início de tratamento, e controle de tratamento. Desejável: mensalmente
Testes rápidos moleculares (TRM)	O teste rápido para diagnóstico de TB atualmente recomendado pela OMS é o Xpert® Ensaio MTB / RIF (Cepheid, Sunnyvale USA). É um teste de amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção de DNA do M. tuberculosis e triagem de cepas resistentes à rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real	Escarro ou lavado brônquico. Poderá ser utilizado para amostras extrapulmonares de líquido, lavado gástrico, gânglios linfáticos e outros tecidos (BRASIL, 2017). Procedimentos de coletas invasivas, devem ser realizados em unidades secundárias ou terciárias	Solicitado conjuntamente à baciloscopia de diagnóstico e controle.	Para diagnóstico de pessoas que nunca trataram TB. Não deve CONSIDERADO para controle e retratamento, nesses casos apenas para identificação de resistência à rifampicina TRM não é diagnóstico nos casos de pacientes que já realizaram tratamento para TB anteriormente)
Métodos por cultura	Estes são considerados padrão ouro de referência atual, mas requer capacidade laboratorial mais desenvolvida e pode levar até 12 semanas para fornecer o resultado.	Escarro ou quaisquer outros espécimes coletados a partir da suspeita clínica de localização da doença	Solicitado conjuntamente à baciloscopia de diagnóstico e controle.	Para diagnóstico e controle do tratamento.

Radiografia de tórax	É um importante meio de diagnóstico da TB primária. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar, pois a TB apresenta lesões características fundamentais para a definição do diagnóstico.	Radiografia de Tórax (Perfil antero-posterior).	Para suspeita clínica de TB (conjuntamente ao exame de escarro) e para rastreamento dos contatos de TB (diagnóstico mediante laudo indicando suspeita de TB ativa)	Para diagnóstico e controle de tratamento. Deve ser solicitado no início e no final do tratamento para tuberculose e para todos os casos de ILTB antes do início do tratamento.
Histopatológico	É empregado na investigação das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares que se apresentam na radiografia como doença difusa, por exemplo, na TB miliar, ou em indivíduos imunossuprimidos	Biópsia de tecido	À critério médico, para diagnóstico diferencial.	
Prova Tuberculínica (PT)	É utilizada como uma importante avaliação de contatos assintomáticos com pessoas com TB para identificação de infecção latente (ILTB), ou seja, quando o paciente tem o bacilo no organismo, mas não desenvolve a doença (primo-infecção da doença).	Consiste na inoculação de um derivado proteico purificado de M. tuberculosis com a finalidade de medir a resposta imune celular a estes antígenos (BRASIL, 2017).	Para identificação de ILTB (Infecção Latente Tuberculose) – contatos (domiciliares e trabalho/escola) TB que precisem de quimioprofilaxia, e para portadores de HIV. Caso não seja possível realizar PT, realizar consultoria/discussão CRTB.	Para diagnóstico e indicação de tratamento de ILTB

Testes Rápidos HIV/sífilis/ Hepatites Virais	Testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais são realizados por meio de uma pequena amostra de sangue, geralmente coletada de uma picada no dedo. Esses testes detectam anticorpos ou antígenos específicos relacionados a cada doença e fornecem resultados precisos.	HIV: O material colhido é uma gota de sangue, e o exame realizado é a detecção de anticorpos anti-HIV. Sífilis: O material colhido é uma gota de sangue, e o exame realizado é a detecção de anticorpos <i>Treponema pallidum</i>. Hepatites Virais (B e C): O material colhido é uma gota de sangue, e o exame realizado é a detecção de antígenos virais ou anticorpos específicos.	Para todos os pacientes com suspeita/diagnóstico de tuberculose. Poderá ser teste rápido se estiver dentro dos critérios estabelecidos em Normativa Municipal. Deverá ser realizado aconselhamento pré e pós-teste.	No diagnóstico e sempre que houver suspeita de infecção.
Glicemia de jejum (laboratorial)	O exame de glicemia de jejum mede os níveis de glicose no sangue após 8 a 12 horas de jejum. Em pacientes com tuberculose, o controle da glicemia é crucial, pois a infecção pode afetar o metabolismo da glicose e os tuberculostáticos podem alterar os níveis de açúcar no sangue..	Material colhido: Uma amostra de sangue é coletada, geralmente por meio de uma punção venosa, após jejum de 8 a 12 horas.	Se o paciente estiver usando medicamentos para tuberculose, como rifampicina ou corticosteroides, que podem afetar a glicemia, o monitoramento da glicose se torna ainda mais relevante. Pessoas com diabetes devem ser encaminhados a atenção especializada para tratamento e avaliação mais criteriosa	Solicitar a partir do diagnóstico de tuberculose e interpretar resultado ou em suspeita clínica

HEMOGLOBINA GLICADA	A HbA1c é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico em médios e longos prazos, pois reflete os níveis glicêmicos dos últimos dois/três meses. A rifampicina causa a aceleração do metabolismo de alguns hipoglicemiantes orais e a izoniazida causa a diminuição da ação da metformina.	Amostra de sangue coletada em laboratório.	Pacientes diabéticos em uso de hipoglicemiantes orais tipo sulfonilureias (glibenclamida, glimepirida, glipizida), as metiglinidas (repaglinida e nateglinida) e biguanidas (metformina) que precisarão fazer uso de rifampicina. Pacientes em uso de Metformina que precisarão fazer uso de izoniazida.	Solicitar no diagnóstico e interpretar o resultado, Pessoas diabéticas devem ser encaminhados a atenção especializada para tratamento e avaliação mais criteriosa
TGO e TGP	Em alguns pacientes, ocorre elevação assintomática das enzimas hepáticas nos primeiros dois meses de tratamento, sem necessidade de interrupção do esquema terapêutico, sendo seguida de normalização espontânea. O tratamento só deve ser interrompido e o paciente encaminhado para serviço especializado quando as enzimas atingirem cinco vezes o valor normal (sem sintomas digestivos), três vezes o valor normal (com sintomas dispépticos) ou ao surgirem sinais de icterícia.	Amostra de sangue coletada em laboratório.	Para todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose.	Pessoas com tuberculose deve-se solicitar no início do tratamento. Pessoas com alteração nas provas hepáticas ou que já possuem alguma hepatopatia devem ser encaminhados à especialidade (CRTB)

Creatinina/ clearance de creatinina	O clearance de creatinina é usado para avaliar a velocidade e a eficiência da filtração sanguínea nos rins. Ajuda a detectar e a diagnosticar disfunção renal e/ou diminuição do fluxo sanguíneo renal.	Amostra de sangue coletada em laboratório.	Para pacientes com diagnóstico de tuberculose no início do tratamento.	Solicitar no início do tratamento Caso haja alguma alteração a pessoa deverá ser encaminhada à especialidade (CRTB)
IGRA	O teste IGRA (Interferon-Gamma Release Assay) é um exame de sangue que detecta a tuberculose latente. Uma amostra de sangue é misturada com proteínas sintéticas que imitam as produzidas pela bactéria da tuberculose. Se a pessoa estiver infectada, os glóbulos brancos do sangue produzem interferons, substâncias que são analisadas no sangue.	O exame é realizado por meio da coleta de uma amostra de sangue, que é enviada para análise laboratorial. A presença de interferons no sangue indica infecção pela bactéria da tuberculose.	O IGRA é indicado para pessoas que não apresentam sintomas de tuberculose, como pacientes imunocomprometidos. A solicitação do teste deve ser feita para: Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) Crianças entre 2 e 10 anos de idade que entraram em contato com casos de tuberculose Pessoas que vão fazer um transplante de células-tronco	O IGRA é utilizado para rastrear a tuberculose latente, especialmente em pessoas que estão em grupos de risco, como imunocomprometidos ou crianças em contato com casos de tuberculose. O teste é recomendado principalmente para o diagnóstico de tuberculose latente.

Fonte: Adaptado de Coren/MS, 2021, Brasil (2016) e Brasil (2019)

A busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde (níveis primário, secundário e terciário) e tem significativo impacto no controle da doença. As estratégias de Busca Ativa de SR e de rastreamento da TB devem ser realizadas em todos os serviços de saúde.

As principais etapas são: perguntar sobre a presença e duração da tosse na população alvo; orientar os SRs identificados sobre a coleta do exame de escarro, com especial atenção na técnica e no local apropriado de coleta. (Brasil, 2022)

Respeitados os preceitos legais e as atribuições específicas de cada categoria profissional, todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde podem solicitar exames, , conforme normativas do Ministério da Saúde, conselhos de classe e diretrizes vigentes.

No entanto, a não solicitação de exames não exime a responsabilidade **de todos os profissionais da APS** em realizar ações de atenção à saúde conforme as necessidades da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas (Brasil, PNAB 2017).

QUADRO 11 - LEITURA E INTREPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DE BACILOSCOPIA DE ESCARRO

LEITURA	RESULTADO
Não são encontrados BAAR em 100 campos observados	NEGATIVO
1 a 9 BAAR em 100 campos observados	Relata-se a quantidade de bacilos encontrada
10 a 99 BAAR em 100 campos observados	POSITIVO +
1 a 10 BAAR por campo em 50 campos observados	POSITIVO ++
Em média mais de 10 BAAR por campo em 20 campos observados	POSITIVO +++

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2008

QUADRO 12- RESULTADOS DO TRM-TB

RESULTADOS	INTERPRETAÇÃO*
MTB não detectado	Negativo
MTB detectado e resistência à rifampicina não-detectada	Positivo para Tuberculose, sem resistência à rifampicina
MTB detectado e resistência á rifampicina detectada	Positivo para tuberculose, com resistência à rifampicina
MTB detectado e resistência á rifampicina detectada indeterminada	Positivo para tuberculose, resistência à rifampicina inconclusiva – repetir teste em nova amostra
Sem resultado/inválido/erro	Inconclusivo – repetir o teste em nova amostra

Fonte: adaptado de BRASIL. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/informativo-sobre-o-teste-rapido-molecular-para-tuberculose-trm-tb.pdf>

*Interpretação apenas para os casos novos de tuberculose.

QUADRO 13 – CONSULTAS E EXAMES PARA SEGUIMENTO DO TRATAMENTO

Procedimento	No diagnóstico	15 dias	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	Observações
Consulta	X	X	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico – realizar reavaliação nos primeiros 15 dias de tratamento
Testes Rápidos HIV, sífilis e Hepatites Virais	X								Se não for realizado no primeiro mês, realizar durante o tratamento. Repetir o exame se houve risco de exposição.
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	X	X	
Baciloscopias de controle	X		X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares
Radiografia de Tórax			X					X	Especialmente nos casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico. Preferencialmente no primeiro mês e ao final do tratamento.
Glicemia, função hepática e renal	X								No início e repetir a critério clínico

Fonte: Adaptado de Brasil (2019)

QUADRO 14 - CONFIRMAÇÃO DE CASO DE TUBERCULOSE

Critérios de Confirmação de Caso de Tuberculose Pulmonar	Especificações
1. Baciloscopias diretas	Caso confirmado com pelo menos uma ou ambas as amostras de baciloscopias diretas positivas.
2. Cultura positiva	Confirmação do caso mesmo se apenas uma cultura for positiva, independentemente dos resultados das baciloscopias.
3. Imagem radiológica sugestiva de tuberculose	Confirmação do caso se a imagem for sugestiva.

Fonte: Brasil, 2019

2.9. INDICAÇÕES DE AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE

O afastamento de atividades laborais para pacientes com tuberculose pulmonar ativa é recomendado para prevenir a transmissão da doença (Brasil, 2022).

De acordo com o "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil", publicado pelo Ministério da Saúde em 2019, as indicações de afastamento laboral para pacientes com tuberculose confirmada preconizam **o afastamento do trabalho por no mínimo 15 dias após o início do tratamento, a depender da resposta clínica e do risco de transmissão**. A decisão sobre o período exato deve ser avaliada pelo profissional responsável pelo acompanhamento do paciente.

Cabe ao enfermeiro realizar atendimento **compartilhado com o profissional legalmente habilitado a fornecer afastamento**, como o médico e o cirurgião-dentista, discutindo o caso e contribuindo para a melhor conduta clínica, garantindo que esse atendimento seja devidamente registrado no sistema E-SUS.

A emissão de atestados para afastamento **é uma atribuição médica**, no entanto, os enfermeiros têm papel fundamental na identificação e acompanhamento dos casos, na coleta de exames, no tratamento diretamente observado (TDO), na busca ativa de sintomas respiratórios e na educação do paciente e sua família (BRASIL, 2022).

Além disso, o enfermeiro pode atuar em conjunto com médicos e cirurgiões-dentistas, promovendo o atendimento compartilhado e discutindo os casos para definição da melhor conduta.

Orientação sobre Evolução no e-SUS em atendimentos Compartilhados

Em atendimentos compartilhados, sempre que houver prescrição de medicamentos não contemplados nos protocolos de enfermagem ou a emissão de atestados, é indispensável que ambos os profissionais envolvidos realizem suas respectivas evoluções no sistema e-SUS, registrando sua participação no atendimento.

Ressalta-se que o enfermeiro não deve utilizar o sistema de informações e-SUS para prescrever medicamentos, solicitar exames ou indicar condutas que não estejam previstas nos protocolos de enfermagem vigentes. Ainda que o atendimento seja compartilhado, cada profissional deve registrar sua atuação de forma individualizada.

Além disso, é vedado **aos profissionais de enfermagem** imprimir receitas ou qualquer outro documento que envolva **condutas não preconizadas em protocolo municipal**, utilizando o login de enfermagem, mesmo que haja assinatura conjunta de outro profissional. O cumprimento dessas diretrizes é essencial para garantir a conformidade com as normativas profissionais e a segurança do paciente.

2.10. VACINA BCG

A vacina BCG previne contra as formas graves da tuberculose (meníngea e miliar), é feita com o bacilo de Calmette-Guérin, que é uma forma enfraquecida da bactéria que causa a tuberculose. Também contém glutamato de sódio e solução fisiológica. **As crianças devem tomar uma dose única ao nascer, preferencialmente.**

Composição: Bactéria viva atenuada.

Dose: 0,1ml ou 0,05ml via intradérmica no deltóide direito.

Esquema de Vacinação:

- Crianças com peso inferior a 2kg: vacinação adiada até atingirem 2kg.
- Disponível para crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias não vacinadas.
- Não há revacinação para crianças sem cicatriz vacinal (registro ou cicatriz na carteira de vacinação é suficiente).

Contraindicações:

- Gestantes e pessoas imunodeprimidas.

Exposição a Tuberculose:

- Recém-nascidos expostos a casos de TB pulmonar ou laríngea devem ser vacinados após resolução do quadro clínico.

Pessoas expostas ao HIV:

- Vacinação ao nascimento ou o mais precocemente possível.
- Crianças assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência podem ser vacinadas.
- Não indicada a partir dos 5 anos ou em portadores de HIV, mesmo assintomáticos.

3. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE ATIVA

Mesmo tantos anos após a descoberta do agente etiológico da TB e de medicamentos eficazes para o seu tratamento, a doença ainda protagoniza um problema de saúde pública no cenário epidemiológico mundial, e, nos países que apresentam as mais altas taxas de incidência, dissemina-se mais rapidamente do que os esforços para o seu controle.

Essa situação decorre, principalmente, de sua associação com o HIV, da multirresistência aos medicamentos utilizados para o tratamento, da crescente piora das condições de vida (OXFAM BRASIL, 2017) e da dificuldade de acesso da maior parte da população ao setor saúde e de suas decorrências, além de falhas na adesão ao tratamento.

Observa-se que as ações aplicadas para o controle da TB não têm mudado, de forma profunda, o quadro epidemiológico da doença; além disso, a precariedade das condições de vida e de trabalho a que estão expostos certos grupos sociais, paralelamente às deficiências dos serviços de saúde, podem influenciar na manutenção da transmissão da doença.

3.1 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento é um importante desafio para o controle da TB, sendo fundamental para diminuir o sofrimento causado pelo tempo prolongado de tratamento. A adesão aumenta a probabilidade de cura, interrompe a cadeia de transmissão da doença e reduz a ocorrência de óbitos e de multirresistência aos medicamentos, a qual pode acarretar a necessidade do uso de medicamentos específicos e de alto custo, além de maior tempo de tratamento.

Os princípios gerais do tratamento da TB, a seguir descritos, devem ser levados sempre em consideração quando se problematiza a adesão ao tratamento:

A associação de medicamentos tem o objetivo da proteção cruzada, a fim de evitar a resistência do bacilo;

O esquema prolongado de tratamento tem duas fases: a fase de ataque (intensiva), com a finalidade de reduzir os bacilos que se multiplicam em uma escala geométrica, e a fase de manutenção, que visa o controle da doença, por meio da eliminação dos bacilos de multiplicação lenta;

A regularidade do tratamento objetiva evitar a resistência adquirida e garantir a cura da doença.

Cabe esclarecer que são recomendados pelo MS, e já disponibilizados em Porto Alegre, incentivos que podem apoiar o processo de adesão ao tratamento, a exemplo do oferecimento de lanche, cesta básica ou vale- transporte. Tais incentivos são relevantes, uma vez que, em geral, as pessoas com TB apresentam importantes vulnerabilidades sociais.

Estratégias para o enfrentamento da não adesão ao tratamento da tuberculose

- a) Instituição de projeto terapêutico singular (PTS);
- b) Realização de ações educativas;
- c) Oferta de benefícios e apoio social;
- d) Busca de faltosos;
- e) Realização do tratamento diretamente observado (TDO);
- f) Melhoria do acesso às ações e serviços de saúde;
- g) Identificação de reações adversas aos medicamentos;
- h) Outras estratégias propostas na literatura.

3.2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O PTS é entendido como um modelo de singularização e individualização das práticas de saúde, mesmo se voltado a uma coletividade. Tal dispositivo surge como ferramenta de organização do cuidado multidisciplinar, fundamentado na atribuição de responsabilidades entre a equipe e em um conjunto de procedimentos terapêuticos articulados (ASSEGA et al., 2015).

Passos para a realização do PTS na Atenção Primária à Saúde:

1) Definição do diagnóstico situacional da pessoa, ou seja, a identificação de necessidades de saúde dos usuários, além dos atendimentos e condutas já realizados (BRASIL, 2019). Considerando a importância da adesão ao tratamento, nessa fase é pertinente tentar estabelecer vínculo com as pessoas com a doença, identificando fatores que colaboram para o abandono do tratamento (HINO et al., 2018; RODRIGUES et al., 2017), dentre eles o uso de álcool e de outras drogas, bem como situações que envolvem conflitos familiares;

2) Definição de metas com propostas de curto, médio e longo prazo, a serem negociadas entre a pessoa/família/comunidade e a equipe de saúde (BRASIL, 2019);

3) Atribuição de responsabilidades a cada membro da equipe, com o estabelecimento de prazos e definição de um profissional de referência para o acompanhamento das necessidades dos indivíduos, com vistas a manejar as dificuldades e os conflitos existentes;

4) Avaliação e reavaliação das condições de saúde/doença e dos fatores de risco para a não adesão ao tratamento. Isso deve ocorrer em reuniões periódicas entre a equipe, nas quais são revisadas as metas, as responsabilidades e os prazos das atividades propostas.

O registro do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no e-SUS é essencial para garantir a continuidade do cuidado e fortalecer o vínculo entre o usuário, a equipe de saúde e a unidade.

Ao registrar o PTS, toda a equipe pode acompanhar a evolução do paciente, revisar metas e ajustar condutas de forma integrada.

Além disso, esse registro facilita a adesão ao tratamento, promovendo um atendimento mais humanizado e eficaz. Não deixe de registrar o PTS no e-SUS, pois isso faz toda a diferença na qualidade do cuidado prestado!

3.3. REALIZAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS

Estudo mostra que pessoas com TB, mesmo sob TDO, não sabiam da importância de completar o tratamento (NDWIGA; KIKUVI; OMOLO, 2016). Dessa forma, ações educativas devem estar presentes na rotina de trabalho da equipe de enfermagem, realizadas concomitantemente às demais estratégias propostas para a redução do abandono ao tratamento, o controle de contatos, o manejo das reações adversas aos medicamentos anti-TB e a construção do conhecimento acerca dos benefícios da cura da TB (NDWIGA; KIKUVI; OMOLO, 2016; GUGSSA BORU, SHIMELS; BILAL; 2017; SILVA et al., 2017). Também deve ser reforçado mês a mês, junto à pessoa em tratamento, que, à medida que se avança na tomada dos medicamentos, clinicamente haverá uma melhora no apetite e no ganho de peso, e assim os resultados dos exames poderão ser negativos; entretanto, isso não significa que a pessoa estará curada. Dessa forma, a cura só poderá ser atestada ao final do período indicado para o tratamento.

3.4. BUSCA DA PESSOA QUE FALTA À CONSULTA

A busca da pessoa que falta às consultas deve fazer parte da rotina de trabalho do serviço, podendo ser feita via telefone, e-mail, visita domiciliar, dentre outras possibilidades, de acordo com a realidade e o contexto do território (BRASIL, 2019). É importante destacar que a busca de faltosos deve ocorrer o mais breve possível, em função da necessidade de dar continuidade ao tratamento de TB e, assim, evitar o abandono ao tratamento.

3.5. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

O TDO é uma estratégia essencial para garantir a adesão ao tratamento da tuberculose, com a supervisão direta do paciente durante a administração dos medicamentos. Seu principal objetivo é prevenir o abandono do tratamento, estabelecendo um vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes, e identificando vulnerabilidades sociais.

Locais de Realização:

- Pode ser feito na unidade de saúde, em casa ou de forma não presencial (uso de tecnologias como apps, WhatsApp, telefonemas).

Frequência e Duração:

- Mínimo de três vezes por semana.
- Fase intensiva: 24 doses supervisionadas.
- Fase de manutenção: 48 doses supervisionadas (para tratamento de seis meses).

Responsáveis pelo TDO:

- Apenas profissionais de saúde capacitados podem realizar o TDO, com a supervisão de amigos ou familiares não sendo válida.

Importância da Capacitação:

- Profissionais devem ser capacitados para acolher sentimentos, ouvir queixas, esclarecer dúvidas e identificar fatores que possam prejudicar a adesão ao tratamento.

Eficácia:

- O TDO é mais eficaz do que o tratamento autoadministrado, sendo fundamental para o sucesso terapêutico, com suporte emocional e social contínuo.

Fins Operacionais:

- O tratamento será considerado supervisionado se, ao final, pelo menos 24 doses forem observadas na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção.

Indicação:

- O TDO é destinado a pacientes com tuberculose e com infecção latente (ILTb).

QUADRO 15 - FUNÇÕES DO TDO (TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO)

Monitoramento e Adesão ao Tratamento	O TDO visa garantir a adesão ao tratamento. Proporciona uma aproximação do profissional de saúde com o contexto social do paciente.
Importância do vínculo	Criação de vínculo com o indivíduo e seus familiares. Permite a identificação de vulnerabilidades individuais e sociais. Ajuda a adotar medidas para reduzir o risco de abandono ao tratamento. Identificação de fragilidades na rede de suporte social disponível.
Locais para Realização	Pode ocorrer na unidade de saúde mais próxima. Pode ser realizado no domicílio do paciente por meio de visitas dos agentes comunitários de saúde e/ou outros profissionais. Pode ser realizado digitalmente através de videochamadas, por meio das ferramentas disponíveis como sites, aplicativos e o próprio e-SUS. Pode ser feito em outro local solicitado pelo paciente ou compartilhado com outros serviços.
Frequência e Duração	Deve ser realizado, preferencialmente 5 vezes cinco vezes por semana e no mínimo, três vezes por semana durante todo o tratamento. Na fase intensiva, são 24 doses supervisionadas. Na fase de manutenção, são 48 doses (para tratamentos de seis meses). Medicamentos devem ser fornecidos nos finais de semana e feriados, considerando que a medicamento é autoadministrada
Crítérios para TDO	A supervisão realizada por amigos ou familiares não é considerada TDO para fins de notificação. Apenas profissionais de saúde ou de outras áreas, como assistência social, devidamente capacitados podem realizar o TDO Pessoas orientadas e supervisionadas pelos profissionais de saúde como por exemplo redutores de danos, também podem realizar o TDO desde que estejam acompanhados pela equipe de saúde
Acolhimento e Suporte ao Paciente	Mesmo com encontros rápidos, o profissional de saúde deve: Acolher os sentimentos do paciente. Escutar queixas e esclarecer dúvidas sobre o tratamento e a doença. Identificar fatores que podem interferir na adesão ao tratamento
Efetividade do TDO	O TDO é mais efetivo para o sucesso do tratamento em comparação ao modelo autoadministrado. Sua eficácia está vinculada a: Implantação comprometida. Sustentabilidade através de uma atuação humanizada dos profissionais de saúde

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019

A organização das unidades de saúde deve garantir:**Administração e Acompanhamento do Tratamento:**

- O paciente deve receber o **TDO** em domicílio, unidade de saúde ou local de trabalho, com apoio de um profissional de saúde (enfermeiro, técnico, auxiliar ou ACS), preferencialmente no território de residência.
- A pessoa responsável pela administração dos medicamentos deve ser identificada e aceita pelo paciente.
- **Mínimo de dois profissionais** devem ser designados para o TDO, garantindo continuidade em caso de afastamento.
- O tratamento deve estar disponível para **todos os pacientes** que ingressarem no programa.

Gestão e Organização dos Serviços:

- **Exames de escarro:** fluxo eficiente para realização e entrega dos resultados.
- **Referência e contrarreferência** asseguradas.
- **Registros organizados** na unidade de saúde para acompanhamento dos pacientes, incluindo:
 - Registro de sintomático respiratório
 - Fichas de notificação e acompanhamento (Sinan, BAM, IL-TB)
 - Registro de contatos
 - Boletins e fichas de transferência, consulta e medicação diária

3.5.1. ESTRATÉGIAS PARA O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

As modalidades de Tratamento Diretamente Observado (TDO) são estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde em cada nível, adaptadas às situações específicas dos pacientes e que exigem flexibilidade no atendimento.

Durante a administração dos medicamentos, o profissional de enfermagem deve demonstrar solidariedade, ouvir o paciente, e auxiliar na resolução de suas dúvidas e queixas. Este é um momento crucial para conversar com o paciente sobre a doença, incluindo aspectos como transmissão, duração do tratamento, importância da regularidade na administração dos medicamentos, possíveis efeitos adversos e as consequências do abandono do tratamento. Além disso, o profissional deve incentivar o paciente a monitorar seus contatos.

A Unidade de Saúde deve se ajustar às necessidades do paciente, oferecendo apoio, estabelecendo um vínculo de acolhimento e corresponsabilidade, garantindo uma assistência integral e humanizada. Nesse contexto, a equipe deve buscar estratégias para atender as demandas individuais, promovendo adesão ao tratamento e acompanhamento adequado.

Para a efetivação do Tratamento Diretamente Observado (TDO), recomenda-se:

- Escolher um local bem ventilado e com um pouco de privacidade para a administração do tratamento diretamente observado.

- Entregar o medicamento ao paciente acompanhado de um copo de água.
- Observar a ingestão dos medicamentos pelo paciente.
- Verificar se o paciente engoliu corretamente os medicamentos.
- Registrar a administração dos medicamentos na ficha de acompanhamento da tomada diária.
- Incentivar o paciente a continuar o tratamento e agendar o próximo encontro, preferencialmente de forma diária.
- Perguntar ao paciente se ele tem dúvidas sobre a doença e o tratamento.
- Agendar consultas médicas ou de enfermagem,
- Planejar e marcar consultas mensais com o médico e o enfermeiro.
- Garantir a realização dos exames baciloscópicos de controle.
- Informar ao paciente os nomes dos medicamentos administrados.
- Organizar o encaminhamento dos contatos do paciente para exames.

3.5.2. ESTRATÉGIAS DIGITAIS PARA O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) DA TUBERCULOSE

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose tem como objetivo garantir que os pacientes tomem a medicamento de forma regular e correta. Nos últimos anos, estratégias digitais têm sido implementadas para facilitar esse processo, especialmente em locais onde o acompanhamento presencial é desafiador. A seguir, apresentamos algumas estratégias baseadas em referências atuais para implementar o TDO por meios digitais, com foco no contexto brasileiro e no Rio Grande do Sul.

Uso de Aplicativos de Comunicação: Implementar o uso de aplicativos amplamente acessíveis, como WhatsApp, Zoom, Google Meet ou e-SUS para realizar videochamadas diárias ou semanais, nas quais os profissionais de saúde podem observar os pacientes tomando a medicamento. O e-SUS atualmente possui função de videochamada disponível com compartilhamento do link para o usuário.

Agendamento Flexível: Estabelecer horários flexíveis de videochamadas para que o paciente tenha a oportunidade de tomar o medicamento sob supervisão no momento mais conveniente para ele.

Capacitação dos Profissionais de Saúde: Treinar a equipe para realizar o monitoramento remoto, garantindo que eles saibam como utilizar as ferramentas digitais e identificar problemas na adesão ao tratamento.

Envio de Vídeos de Tomada de Medicamentos (Vídeo Observed Therapy - VOT):

Gravação de Vídeos Curtos: Orientar os pacientes a gravar vídeos curtos diariamente enquanto tomam a medicamento e enviar para os profissionais de saúde para revisão.

Feedback Rápido: Os profissionais de saúde devem revisar os vídeos enviados e fornecer feedback imediato ao paciente,

reforçando a importância da adesão e corrigindo eventuais erros no uso do medicamento.

Alertas e Lembretes Digitais:

SMS e Notificações: Enviar mensagens de texto ou notificações por aplicativos móveis para lembrar os pacientes de tomar a medicamento em horários específicos. Essas mensagens também podem conter informações educativas sobre a tuberculose e dicas de adesão ao tratamento.

Automatização de Lembretes: Utilizar sistemas de saúde eletrônicos que permitem a automatização de lembretes diários, reduzindo a dependência de supervisão direta e garantindo que o paciente seja lembrado no momento certo.

Teleconsulta: Realizar consultas periódicas por videochamadas para reforçar a importância da adesão ao tratamento e fornecer apoio psicológico ao paciente. Isso é fundamental, pois muitos pacientes podem abandonar o tratamento por dificuldades emocionais ou sociais.

Grupos de Apoio Virtuais: Criar grupos de apoio virtuais, utilizando plataformas como WhatsApp ou Facebook, onde pacientes em tratamento possam compartilhar experiências, dificuldades e receber encorajamento de outros que também estão realizando o TDO.

Você já sabe, mas não custa lembrar que:

O **e-SUS PEC** possui um módulo de videochamada que pode ser utilizado para o **Tratamento Diretamente Observado (TDO) digital**. É fundamental registrar cada sessão de TDO no sistema para garantir o acompanhamento adequado do paciente.

Para que o tratamento seja considerado TDO, a observação da ingestão dos medicamentos deve ocorrer, no mínimo, **três vezes por semana durante todo o tratamento**. Especificamente, são necessárias **24 doses supervisionadas na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção**, totalizando **72 doses supervisionadas** em um tratamento padrão de seis meses.

TELECONSULTA EM ENFERMAGEM: DIRETRIZES, IMPLICAÇÕES ÉTICAS E BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO REMOTO

A implementação de teleconsultas por profissionais de enfermagem é uma prática regulamentada que visa ampliar o acesso e a continuidade do cuidado ao paciente. De acordo com a Resolução COFEN nº 696/2022, alterada pelas Resoluções COFEN nº 707/2022 e nº 717/2023, a Telenfermagem engloba atividades como Consulta de Enfermagem, Interconsulta, Consultoria, Monitoramento, Educação em Saúde e Acolhimento da Demanda Espontânea, todas mediadas por Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

Para a realização de teleconsultas, é imprescindível que o profissional de enfermagem observe os seguintes aspectos:

Consentimento do Paciente: Antes de iniciar qualquer atendimento remoto, é necessário obter o consentimento livre e esclarecido do paciente ou de seu responsável legal. Esse consentimento pode ser formalizado por escrito (impresso ou digital) ou de forma verbal, desde que o enfermeiro registre essa autorização no prontuário físico ou eletrônico. O PTS pode ser estratégia importante de registro.

Plataformas Seguras: As teleconsultas devem ser conduzidas por meio de plataformas que garantam a segurança e a privacidade das informações, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Registro das Ações: Todas as atividades realizadas durante a teleconsulta devem ser devidamente registradas, assegurando o armazenamento e a guarda segura dos dados pessoais sensíveis do paciente.

Processo de Enfermagem: A teleconsulta deve seguir as etapas do Processo de Enfermagem, conforme estabelecido na Resolução COFEN nº 358/2009, garantindo uma abordagem sistematizada e de qualidade no atendimento ao paciente.

Ao aderir a essas diretrizes, os profissionais de enfermagem podem utilizar a teleconsulta como uma ferramenta eficaz para reforçar a importância da adesão ao tratamento e fornecer apoio psicológico aos pacientes, especialmente àqueles que enfrentam dificuldades emocionais ou sociais que possam comprometer a continuidade do cuidado.

Referências:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 696, de 17 de maio de 2022. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 707, de 4 de agosto de 2022. Altera, ad referendum do Plenário do COFEN, a redação do art. 5º da Resolução COFEN nº 696/2022. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-707-2022>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 717, de 27 de março de 2023. Altera o parágrafo único do art. 2º da Resolução COFEN nº 696/2022, a qual trata da atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-717-2023-2>

3.5.3. MONITORAMENTO E CONTROLE DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) NA TUBERCULOSE

O controle do Tratamento Diretamente Observado (TDO) envolve a implementação de estratégias que permitam ao enfermeiro monitorar a evolução da doença através da análise da ficha de acompanhamento da administração diária dos medicamentos. Isso inclui identificar efeitos adversos, verificar a regularidade na tomada dos medicamentos e lidar com intercorrências.

A equipe deve atentar para:

- Reforçar a realização de baciloscopias mensais durante o tratamento para casos inicialmente BK positivo.
- Fornecer o medicamento regularmente e garantir que o paciente a receba conforme o cronograma.
- Utilizar as consultas para esclarecer dúvidas sobre a doença e o tratamento, sempre reforçando que a tuberculose é curável.
- **Avaliar o peso do paciente a cada consulta**, ajustando as doses dos medicamentos quando necessário.
- Realizar uma avaliação frequente e sistemática dos instrumentos de registro dos casos de tuberculose na unidade de saúde.
- Separar e revisar mensalmente a ficha e o prontuário do paciente para análise dos dados e posterior atualização do Boletim de Acompanhamento Mensal (BAM).
- Conferir o nome e a dose dos medicamentos prescritos para o paciente, bem como seu peso.
- Certificar-se de que o paciente está tomando os medicamentos regularmente sob supervisão, seja na unidade de saúde, em casa ou no trabalho.
- Acompanhar a realização e o resultado dos exames de escarro.
- Verificar se os contatos identificados foram examinados adequadamente.
- Estabelecer uma relação de confiança em cada consulta e realizar atividades de educação em saúde durante todo o acompanhamento do tratamento.

3.6. ESQUEMA TERAPÊUTICO DA TUBERCULOSE

As medicamentos utilizadas no esquema padronizado são: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E).

O esquema básico para adolescentes e adultos tem duração de seis meses, dividido em duas fases: a intensiva, composta por dois meses de uso de RHZE; e a de manutenção, com uso de RH por quatro meses.

O esquema básico para retratamento, também por seis meses, contudo as drogas utilizadas são Isoniazida (H), Rifampicina (R) e Pirazinamida (Z).G

O enfermeiro pode indicar o esquema básico de tratamento para tuberculose pulmonar, incluindo tanto a fase intensiva quanto a fase de manutenção desde que o diagnóstico tenha sido feito através de exame de escarro com TRM-Tb, baciloscopia ou cultura confirmatória.

A indicação do tratamento pelo enfermeiro (seja para início ou renovação) só pode ser realizada nas seguintes situações:

Casos novos: paciente que nunca usou medicamentos tuberculostáticos ou usou por menos de 30 dias.

Primeiro retratamento após cura: paciente com tuberculose pulmonar ativa que já foi tratado anteriormente com o esquema básico e recebeu alta por cura. Nesse caso, o enfermeiro pode solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade indicando no formulário de solicitação destes exames que o paciente já tratou TB, e pode reiniciar o tratamento básico após a confirmação do diagnóstico pelo BAAR, mas deve agendar uma consulta médica no mês seguinte para reavaliação.

Retratamento após abandono: paciente que, após iniciar o tratamento básico da tuberculose pulmonar, interrompeu o tratamento por mais de 30 dias consecutivos. O enfermeiro pode reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, mas deve agendar uma consulta médica no mês seguinte para reavaliação.

Pessoas em uso de substâncias psicoativas: o enfermeiro pode iniciar o tratamento básico para tuberculose pulmonar em casos novos, no primeiro retratamento ou no retratamento após abandono, mas deve agendar uma consulta médica subsequente para reavaliação. O acompanhamento desses casos deve ser compartilhado com o médico.

É importante destacar que o enfermeiro deverá encaminhar para *consulta médica na unidade de saúde no mesmo dia mediante as seguintes situações:*

✓ menores de 10 anos (para investigação e encaminhamento para o CRTB, se diagnóstico);

✓ pacientes com história de doença hepática e renal prévia, necessária avaliação médica para encaminhamento ao CRTB se necessário;

Nestes casos, caso a pessoa não seja encaminhada ao CRTB, o enfermeiro poderá realizar acompanhamento **compartilhado** com o médico e solicitar exames de controle/acompanhamento (baciloscopias e cultura).

É importante destacar que o enfermeiro deverá encaminhar para consulta no CRTB nas seguintes situações:

- ✓ Crianças menores de 10 anos para investigação, diagnóstico e tratamento, se necessário;
- ✓ gestantes;
- ✓ pacientes com desnutrição severa;
- ✓ pacientes com doença renal crônica;
- ✓ coinfeção por HIV, Hepatites virais;
- ✓ Tuberculose meningoencefálica e osteoarticular ou qualquer outra forma que não pulmonar.
- ✓ TB multirresistente: TS com resistência ou dois TRM resistentes a rifampicina encaminhar para o Sanatório Partenon (com a clara descrição por escrito do encaminhamento e os exames comprobatórios)

QUADRO 16 - ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DA TB EM ADULTOS E ADOLESCENTES (≥ 10 ANOS DE IDADE)

Esquema Básico para RHZE e RH			
Esquema básico para adultos e adolescentes			
ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	36 a 50 kg	3 Comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	51 a 70 kg	4 Comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 Comprimidos	
RH 300/150 mg 1ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	36 a 50 kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	51 a 70 kg	2 comp 300/150 mg	
	Acima de 70 kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp 150/75 mg	

Fonte: Adaptado de Brasil (2019). R – Rifampicina; H – Isoniazida; Z – Pirazinamida; E – Etambutol.

IMPORTANTE:

Durante o tratamento básico de **6 meses** para tuberculose pulmonar, o paciente deve passar por **uma primeira consulta de reavaliação clínica 15 dias após o início do tratamento**. Essa consulta inicial é essencial para verificar a adesão ao esquema medicamentoso, avaliar sintomas, identificar possíveis **reações adversas** e realizar ajustes, se necessário.

Após essa primeira reavaliação, as consultas devem ocorrer **no mínimo mensalmente**, podendo ser quinzenais ou até semanais, dependendo da adaptação do paciente ao tratamento, da adesão ao esquema terapêutico ou de mudanças no quadro clínico.

3.6.1. REAÇÕES ADVERSAS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

As reações adversas ao tratamento da tuberculose são divididas em dois grupos: reações adversas menores e reações adversas maiores.

O enfermeiro poderá realizar intervenções somente nas reações adversas menores, que normalmente não é necessário suspender o medicamento anti-TB, conforme quadro abaixo:

QUADRO 17 - EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

EFEITOS ADVERSOS	PROVÁVEL (EIS) FÁRMACO (S) RESPONSÁVEL (EIS)	CONDUTA
Intolerância digestiva (náusea e vômito) Epigastria Diarréia	Etambutol Isoniazida Pirazinamida Rifampicina	Reformular horário de administração da medicamento: junto com desjejum ou à noite. Avaliar a função hepática. Encaminhar para avaliação médica no mesmo dia.
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Tranquilizar o paciente e descartar sintomas urinários não relacionados a medicamento. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas.
Prurido e exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Avaliar em conjunto com médico da equipe manejo e uso de medicamento sintomática (antihistamínico). Encaminhar à avaliação médica no mesmo dia
Dor articular	Isoniazida Pirazinamida	Encaminhar à avaliação médica no mesmo dia
Neuropatia periférica	Etambutol (incomum) Isoniazida (incomum)	Avaliar em conjunto com médico da Equipe conduta e evolução do sintoma. Encaminhar à avaliação médica no mesmo dia
Hiperuricemia (com um sem sintomas)	Etambutol Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica.
Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar, observar evolução e realizar avaliação conjunta se persistência.
Febre	Isoniazida Rifampicina	Sinal de alarme para suspensão. Encaminhar à avaliação médica no mesmo dia

Fonte: Adaptado de Coren/MS, 2021, e SMS/Florianópolis, 2016.

IMPORTANTE:

O usuário deve ser orientado da ocorrência dos principais efeitos adversos e da necessidade de retornar ao serviço de saúde na presença de algum sintoma que identifique como possivelmente associado ao uso dos medicamentos.

As reações adversas maiores são: exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave; psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma; neurite óptica; perda de visão; hepatotoxicidade; hipoacusia, vertigem, nistagmo; trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite; nefrite intersticial; rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal.

Estes casos são de acompanhamento médico imediato.

A substituição ou suspensão de qualquer medicamento do tratamento da tuberculose frente ao efeito adverso é de competência médica.

3.6.2. REAÇÕES ADVERSAS SEVERAS AOS MEDICAMENTOS

Hepatotoxicidade: A ocorrência de elevações significativas das transaminases hepáticas (ALT, AST) ou sintomas como icterícia, dor abdominal superior direita e urina escura pode indicar hepatotoxicidade grave. Esta condição pode exigir um ajuste na medicamento e uma avaliação especializada (BRASIL, 2019).

Reações Alérgicas Graves: Erupções cutâneas graves, febre, e sintomas de anafilaxia, como dificuldade respiratória e inchaço facial, podem ocorrer e necessitam de uma intervenção imediata. O CRTB pode ajudar a determinar a causa e ajustar o tratamento (WHO, 2021).

Síndrome de Stevens-Johnson: Esta condição rara, mas grave, que causa lesões na pele e nas mucosas, pode ser uma reação a medicamentos antituberculose e requer tratamento especializado e possível substituição da medicamento (BRASIL, 2022).

Náuseas e Vômitos Persistentes: Embora alguns efeitos gastrointestinais sejam comuns, náuseas e vômitos persistentes que não respondem a tratamento ou ajuste da medicamento podem necessitar de avaliação adicional no CRTB (BRASIL, 2019).

Dor Abdominal Intensa: Dor abdominal grave ou persistente pode indicar efeitos adversos relacionados ao tratamento e deve ser investigada para possíveis ajustes no regime terapêutico (WHO, 2021).

Neuropatia Periférica: Sintomas como formigamento, dor ou fraqueza nas extremidades podem ser efeitos adversos de medicamentos como a pirazinamida e podem exigir avaliação no CRTB para possível ajuste ou substituição do medicamento (BRASIL, 2022).

Confusão Mental e Alterações Cognitivas: Alterações no estado mental ou cognitivo podem ocorrer e precisam de investigação especializada para determinar a causa e ajustar o tratamento (BRASIL, 2019).

Insuficiência Renal: A deterioração da função renal, identificada por exames laboratoriais, pode ocorrer e precisa de uma gestão especializada no CRTB para ajustar ou substituir a medicamento (WHO, 2021).

Efeitos Adversos Significativos: Efeitos que impactam significativamente a qualidade de vida do paciente, mesmo que não sejam severos, podem justificar o encaminhamento para otimização do tratamento no CRTB (BRASIL, 2022).

3.7. ACOMPANHAMENTO E ALTA

O acompanhamento deve ser estruturado com base em consultas periódicas e exames complementares, conforme as diretrizes do **Ministério da Saúde**. Alguns dos principais aspectos que devem ser monitorados incluem:

1. **Avaliação clínica regular:** O paciente deve ser avaliado mensalmente para garantir que os sintomas estão diminuindo e que não há sinais de efeitos adversos dos medicamentos. Durante essas consultas, a adesão ao tratamento também é verificada.
2. **Controle da baciloscopia:** Nos casos de tuberculose pulmonar, a baciloscopia do escarro é repetida no 2º, 4º e 6º meses de tratamento (BRASIL, 2019). A negatificação da baciloscopia ao final do 2º mês indica uma boa resposta ao tratamento.
3. **Acompanhamento laboratorial:** Além da baciloscopia, exames como hemograma completo e provas de função hepática podem ser necessários para monitorar possíveis efeitos adversos dos medicamentos, principalmente em pacientes com comorbidades ou em uso de múltiplos fármacos.
4. **Tratamento diretamente observado (TDO):** O TDO deve ser mantido ao longo de todo o tratamento, garantindo que o paciente tome a medicamento sob supervisão, minimizando o risco de abandono do tratamento (WHO, 2021).
5. **Avaliação de comorbidades:** Pacientes com condições como HIV, diabetes ou alcoolismo precisam de acompanhamento especializado, uma vez que essas condições podem interferir no sucesso do tratamento da tuberculose.
6. **Apoio psicossocial:** Identificar e intervir em situações de vulnerabilidade social, como falta de moradia ou uso de substâncias, é crucial para garantir a continuidade do tratamento. A inclusão de assistentes sociais e psicólogos pode ser necessária nesses casos.

Critérios de alta do paciente com tuberculose

O critério principal para considerar um paciente curado e apto a receber alta é a **negatificação da baciloscopia** ao final do tratamento, geralmente após 6 meses. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), os critérios de alta incluem:

Negatificação da baciloscopia: Ao final do tratamento (6 meses), duas amostras consecutivas de baciloscopia devem ser negativas.

Adesão ao tratamento: O paciente deve ter completado os 6 meses de tratamento sem interrupções ou com interrupções mínimas, e estas devem ter sido compensadas conforme orientação médica.

Melhora clínica: O paciente deve estar clinicamente bem, sem sintomas relacionados à tuberculose, como tosse persistente, febre ou perda de peso. Sintomas residuais podem ser investigados para descartar outras causas.

Ausência de complicações: Exames laboratoriais e de imagem, quando necessários, devem indicar a resolução da doença sem complicações ou sequelas graves.

Monitoramento pós-alta: Pacientes devem ser orientados sobre a importância do seguimento pós-alta, especialmente em grupos vulneráveis, como aqueles com coinfeção por HIV, para evitar recidivas.

Após o término do tratamento, recomenda-se a realização de acompanhamento periódico, principalmente nos 6 primeiros meses, para monitorar possíveis recidivas, reforçar a importância da continuidade dos cuidados e garantir a reabilitação completa do paciente (WHO, 2021).

A alta do tratamento deverá ser realizada pelo médico nos casos em que o diagnóstico foi realizado por outras evidências que não a baciloscopia direta e cultura, e também nos casos em que o tratamento foi iniciado pelo médico (ou seja, nos casos em que o enfermeiro não iniciar o tratamento, conforme critérios estabelecidos neste protocolo).

Toda alta (independentemente do motivo) deverá ser registrada no prontuário, com devida notificação aos setores de vigilância em acompanhamento do caso. Todos os documentos obrigatórios de registro de acompanhamento do caso são de responsabilidade tanto do enfermeiro quanto do médico da equipe.

3.8. RETRATAMENTO EM TUBERCULOSE

O retratamento da tuberculose é indicado nas seguintes situações: fracasso do tratamento inicial, quando o paciente não apresenta negatificação da baciloscopia ao final dos 6 meses de tratamento ou apresenta persistência de sintomas, sendo identificado por baciloscopia positiva após 2 meses de tratamento ou outros sinais clínicos; recidiva da doença, quando, após a cura, o paciente apresenta novos sinais de tuberculose, como tosse persistente, febre e perda de peso, geralmente devido à interrupção do tratamento, falhas na adesão ou reexposição à infecção; reações adversas graves aos medicamentos, quando não podem ser manejadas adequadamente durante o tratamento inicial e o paciente necessita de reavaliação e retratamento com uma combinação diferente de medicamentos; e resistência medicamentosa, especialmente em casos de tuberculose multirresistente ou extensivamente resistente, que exige esquemas terapêuticos específicos, confirmados por cultura e testes de sensibilidade.

Em caso de retratamento, deve ser realizada uma reavaliação diagnóstica, que inclui a revisão da história clínica, exame físico completo, baciloscopia do escarro, cultura, teste de sensibilidade e radiografia de tórax para avaliar a extensão da doença. A avaliação de resistência medicamentosa também deve ser feita para ajustar o regime terapêutico, caso haja resistência aos medicamentos, podendo ser necessário o uso de medicamentos de segunda linha.

É IMPORTANTE DESTACAR QUE O RETRATAMENTO DEVE SER ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

IMPORTANTE:

Todo retratamento (recidiva ou reingresso após abandono) deve realizar um novo diagnóstico para TB.

Para cada caso de recidiva ou reingresso após abandono, deve ser informada uma nova data de diagnóstico na Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose.

3.9. IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE DOS CONTATOS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

De acordo com o *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* (BRASIL, 2019), considera-se contato toda pessoa que convive no mesmo ambiente (casa, trabalho, escola, instituição, entre outros) com o caso índice no momento do diagnóstico da tuberculose. No entanto, para uma abordagem mais abrangente, é importante considerar como contatos todas as pessoas que compartilharam o mesmo ambiente com o caso índice de tuberculose pulmonar desde o período anterior ao diagnóstico até o início do tratamento, incluindo familiares, colegas de trabalho, escolares e outros indivíduos que tenham convivido em espaços fechados ou por tempo prolongado. Essa definição ampliada busca garantir que todos os contatos expostos ao bacilo sejam adequadamente identificados, acompanhados e, quando necessário, tratados, prevenindo novos casos da doença.

É atribuição da Atenção Básica o Controle dos Contatos da Tuberculose.

- O profissional, quando diagnosticar um caso de tuberculose pulmonar, deverá identificar as pessoas consideradas contatos visando prevenir o adoecimento destes e/ou diagnosticar precocemente casos de doença ativa.

São considerados contatos: Toda pessoa que convive no mesmo ambiente (casa, trabalho, escola, instituição, entre outros) com o caso índice, no momento do diagnóstico da tuberculose.

IMPORTANTE:

- A avaliação deverá ser individualizada, considerando a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição.
- Crianças com diagnóstico de tuberculose devem ter todos os seus contatos investigados, na tentativa de identificar o caso índice, visto que crianças com TB geralmente desenvolvem a doença após transmissão por contato adulto bacilífero.

3.9.1. RASTREAMENTO DOS CONTATOS

Assintomáticos:

– solicitar raio X de tórax, coleta de escarro e PT e encaminhar para consulta médica subsequente para avaliação. Caso não seja possível solicitar a PT e/ou não for possível a coleta de escarro, o enfermeiro deverá solicitar somente o raio-X de tórax e encaminhar para consulta médica subsequente.

Sintomático:

– investigar TB ativa - o enfermeiro deverá solicitar 2 amostras de escarro para baciloscopia, Cultura, TS e raio-X de tórax.

3.9.2. TRATAMENTO DOS CONTATOS

A Nota Informativa nº 04/2024-CGTM/Dathi/SVSA/MS, assinada em conjunto com a Presidência do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), e o Parecer No 40/2023 – Cofen reforçam as recomendações para solicitação do teste diagnóstico IGRA e indicação do tratamento preventivo da TB pelo profissional enfermeiro, em todos os níveis de atenção à saúde.

<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-no-42024-cgtm-dathisvsa.pdf/view> .

A avaliação de tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTb) para contatos de pessoas tratando tuberculose

PODERÁ SER REALIZADO PELO ENFERMEIRO.

Ver capítulo de tratamento de infecção latente de tuberculose

- Uma vez iniciado o tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTb), o usuário deverá ser acompanhado mensalmente, podendo ser quinzenal ou até semanalmente, podendo ser pelo médico ou enfermeiro, preferencialmente em consultas intercaladas, onde será estimulada a adesão ao mesmo, e será feito o monitoramento clínico de efeitos adversos.

3.10. INDICAÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO DE PESSOAS COM TB PARA O CENTRO DE REFERÊNCIA DE TUBERCULOSE-CRTB

O encaminhamento de pacientes com tuberculose para o Centro de Referência de Tuberculose (CRTB) é uma medida crucial para assegurar que os pacientes recebam o tratamento e o acompanhamento adequados, especialmente em casos mais complexos. De acordo com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde do Brasil, o encaminhamento ao CRTB deve ser considerado em situações específicas que exigem uma abordagem especializada. Aqui estão as indicações detalhadas para esse encaminhamento:

Casos de Tuberculose Multirresistente (MDR-TB) e Extensivamente Resistente (XDR-TB)

Pacientes diagnosticados com tuberculose que apresentam resistência a múltiplos medicamentos ou a uma combinação de medicamentos, incluindo formas de tuberculose extensivamente resistente, devem ser encaminhados para o ambulatório Terciário (Sanatório Partenon). Esses centros possuem expertise em tratamento de formas resistentes e podem fornecer regimes terapêuticos avançados e monitoramento especializado (BRASIL, 2019).

Falha no Tratamento Inicial

Quando um paciente não responde ao tratamento inicial conforme esperado, e os exames laboratoriais mostram persistência da doença, é essencial encaminhar o paciente ao CRTB para uma reavaliação detalhada. Isso pode incluir a realização de novos exames de sensibilidade e a definição de um regime de tratamento alternativo (BRASIL, 2022).

Complicações Clínicas e Comorbidades

Pacientes com comorbidades significativas, como HIV/AIDS, diabetes mellitus não controlado, ou outras condições que complicam o tratamento da tuberculose, devem ser encaminhados ao CRTB. O CRTB pode oferecer suporte adicional e coordenar o tratamento com outras especialidades (BRASIL, 2022).

Casos de Tuberculose Extrapulmonar

A tuberculose que afeta órgãos fora dos pulmões, como a tuberculose óssea, renal ou meníngea, deve ser encaminhada para o CRTB para tratamento especializado. Esses casos exigem uma abordagem multidisciplinar para um tratamento eficaz (WHO, 2021).

Suspeitas de Diagnóstico Complexo

Quando o diagnóstico é incerto ou o paciente apresenta sintomas atípicos, o CRTB deve ser consultado para avaliações diagnósticas avançadas e confirmação da presença de tuberculose. O CRTB pode realizar exames complementares e fornecer orientações sobre o diagnóstico (BRASIL, 2022).

Crianças menores de 10 anos

Crianças menores de 10 anos, contatos de pessoas com tuberculose e sintomáticas, devem ser encaminhadas ao CRTB para investigação e tratamento, conforme o Manual de Controle da Tuberculose de 2019. A investigação precoce e o tratamento adequado são essenciais para prevenir a transmissão e garantir o cuidado adequado.

3.11. ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON

O Hospital Sanatório Partenon (HSP) pode auxiliar no manejo de casos específicos de tuberculose por meio de matriciamento e encaminhamento ambulatorial. Nesses casos, o serviço de origem pode contar com o apoio do HSP em conjunto com o Centro de Referência de Tuberculose (CRTB) para avaliação e definição de condutas, fortalecendo o cuidado compartilhado e qualificando a assistência.

Critérios para Encaminhamento

A solicitação da consulta deve ser feita por um profissional de saúde responsável pelo caso, nos seguintes cenários:

1. Casos com suspeita de resistência à Rifampicina

- Dois resultados de **TRM-MTB** indicando resistência à Rifampicina.
- Teste de Sensibilidade mostrando resistência a alguma das drogas testadas, conforme exame **LPA**.

2. Casos sem confirmação laboratorial de resistência, mas com sinais clínicos de alerta

- Persistência de baciloscopia de escarro **positiva ao final do tratamento**.
- Baciloscopia inicial **fortemente positiva (++ ou +++)**, que **permanece positiva até o quarto mês** de tratamento.
- Baciloscopia inicialmente positiva, seguida de negatificação e **nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do**

- quarto mês de tratamento.
- Indícios clínicos e laboratoriais de **falência terapêutica**.

Fluxo para Encaminhamento

O profissional de saúde responsável pelo caso deve preencher e enviar o **formulário de solicitação de consulta**, disponível no link: <https://forms.gle/apqfm2tuJK7YbyMM6>

- Em caso de dúvidas sobre o agendamento, o contato pode ser feito pelo e-mail:

 **hsp.tbres@gmail.com**

IMPORTANTE

- Casos que necessitem de orientação especializada sobre conduta médica podem ser submetidos à consultoria de casos de TB do HSP. O pedido deve ser realizado **pelo médico responsável pelo paciente**, através do formulário disponível em:
-  Consultoria e Matriciamento ou pelo e-mail consultoriastb@gmail.com.
- Pacientes que necessitem internação hospitalar devem seguir os critérios específicos e utilizar o formulário:
-  <https://forms.gle/im8jS6VmCyMnaq87A>
-  gerint.hsp@gmail.com para dúvidas.

3.12. TRANSFERÊNCIA DE PESSOAS EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE ENTRE UNIDADES DE SAÚDE

- Notificação e Documentação**
 - Pessoas com TB que transferem o tratamento devem ser notificadas novamente pela unidade de saúde que as recebe, usando a Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (Sistema Sentinela).
 - A unidade de saúde de origem deve encaminhar informações sobre o diagnóstico, início e tempo de tratamento, exames realizados e avaliação dos contatos.
 - Unidades sem instrumento próprio para transferência podem usar a Ficha de Notificação/Investigação da TB.
- Comunicação da Transferência**
 - Sempre que possível, comunicar a transferência à unidade de saúde de destino, à coordenadoria distrital de saúde e/ou ao programa municipal/estadual para monitorar a chegada da pessoa à nova unidade.

- **Preenchimento das Datas**

- **Data de Notificação:** Nova data a cada notificação, mesmo em caso de transferência.
- **Data de Diagnóstico:**
 - Nova data para cada tratamento.
 - No reingresso após abandono e recidiva, nova data.
 - Na transferência, mesma data de diagnóstico.
- **Data de Início de Tratamento:**
 - Nova data para cada tratamento.
 - Na transferência, mesma data de início de tratamento.

Para maiores esclarecimentos sobre transferências de pacientes em tratamento consultar:

Protocolo para transferências nacionais e internacionais de pessoas em tratamento para tuberculose

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/protocolo-para-transferencias-nacionais-e-internacionais-de-pessoas-em-tratamento-para-tuberculose.pdf/view>

3.13. ROTINAS DIFERENCIADAS EM CASO DE ENCERRAMENTO POR TB DR(DROGA RESISTENTE), MUDANÇA DE ESQUEMA OU FALÊNCIA

O manejo de casos de Tuberculose Droga-Resistente (TB-DR) requer uma abordagem multidisciplinar, na qual o enfermeiro desempenha um papel fundamental. De acordo com o "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" (BRASIL, 2019), as atribuições do enfermeiro incluem:

1. **Identificação e Notificação:** Ao suspeitar ou confirmar um caso de TB-DR, o enfermeiro deve assegurar a notificação à vigilância Epidemiológica, garantindo o controle epidemiológico e facilitando o acompanhamento do paciente.
2. **Encaminhamento e Referência:** É responsabilidade do enfermeiro encaminhar o paciente a uma unidade de referência especializada no tratamento da TB-DR, para que o início do tratamento com medicamentos de segunda linha ocorra de acordo com os protocolos estabelecidos.
3. **Acompanhamento e Monitoramento:** O enfermeiro deve realizar consultas periódicas para monitorar a adesão ao tratamento, identificar possíveis efeitos adversos e avaliar a evolução clínica do paciente. Isso inclui a solicitação de exames complementares, conforme necessário, e o ajuste do plano de cuidados de acordo com a resposta terapêutica.
4. **Educação em Saúde:** Fornecer orientações ao paciente e seus familiares sobre a importância da adesão ao tratamento, medidas de prevenção da transmissão e manejo de possíveis efeitos colaterais dos medicamentos.

5. **Tratamento Diretamente Observado (TDO):** Implementar o TDO, observando a ingestão dos medicamentos pelo paciente, seja presencialmente ou por meios digitais, como videochamadas via e-SUS PEC. O TDO é uma estratégia eficaz para garantir a adesão ao tratamento e prevenir o desenvolvimento de resistência adicional.
6. **Registro e Documentação:** Manter registros detalhados de todas as intervenções, evoluções clínicas e resultados de exames no prontuário do paciente, assegurando a continuidade do cuidado e fornecendo dados para a vigilância epidemiológica.

4. GARANTIA DE ACOMPANHAMENTO E RESPONSABILIDADES NO CUIDADO DE TUBERCULOSE E/OU SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

O paciente deverá ter acesso garantido a qualquer unidade de saúde para a realização do diagnóstico de tuberculose, incluindo a coleta de escarro e o tratamento.

A continuidade do cuidado envolve também o compartilhamento de informações entre os serviços de saúde, garantindo que o paciente receba assistência integral.

Caso opte por realizar a coleta e dar continuidade ao tratamento em uma unidade diferente da sua unidade de referência territorial, o acompanhamento e a retirada de medicação deverão ser realizados exclusivamente nesta unidade escolhida (salvo pessoas em situação de rua). É imprescindível que a unidade que assumirá o acompanhamento e o tratamento informe a unidade de referência territorial sobre a situação, utilizando o prontuário eletrônico e o envio de e-mail (com solicitação de ciência), para garantir a continuidade do cuidado e a comunicação entre os serviços.

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO E INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

A identificação precoce de pessoas com sintomas respiratórios é essencial para a detecção e controle de doenças transmissíveis de alta relevância para a saúde pública.

Qualquer indivíduo que apresente tosse persistente ou outros sinais sugestivos deve ser considerado sintomático respiratório e orientado sobre a necessidade de investigação diagnóstica. O acesso ao diagnóstico deve ser garantido em qualquer unidade de saúde, permitindo que o paciente realize os exames necessários, incluindo a coleta de escarro, sem barreiras ou entraves que comprometam a conclusão do diagnóstico.

Diante de pacientes sintomáticos respiratórios que não tenham realizado a coleta do exame ou que optaram por não o fazer na unidade em que buscaram atendimento, torna-se fundamental um acompanhamento ativo. Para esses casos, é necessário estabelecer estratégias que favoreçam o retorno do usuário, esclarecendo a importância do exame para o cuidado individual e coletivo. As equipes devem adotar abordagens proativas para manter a comunicação com esses pacientes, reforçando a necessidade de concluir o diagnóstico e, se necessário, iniciar o tratamento o quanto antes.

A continuidade do cuidado envolve também o compartilhamento de informações entre os serviços de saúde, garantindo que o paciente receba assistência integral.

Quando há indícios de que um usuário não retornou para concluir a investigação diagnóstica, ações de busca ativa devem ser iniciadas, envolvendo a unidade de referência territorial e outros dispositivos da rede de saúde. Essa mobilização conjunta visa evitar descontinuidade na linha de cuidado, promovendo o acompanhamento clínico adequado e a adesão ao tratamento, sempre respeitando os princípios da privacidade e do sigilo das informações.

O acompanhamento deve ser feito de forma ativa, com orientações claras sobre a importância do exame e, se necessário, ações de busca ativa para garantir que a coleta seja realizada. Essas medidas visam interromper a cadeia de transmissão e garantir que indivíduos com diagnóstico confirmado tenham acesso imediato ao tratamento adequado.

ACOMPANHAMENTO E CORRESPONSABILIDADE:

A unidade de referência territorial deve ser corresponsável pelo acompanhamento clínico do paciente.

O acompanhamento deve ser registrado no sistema PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) com evolução administrativa adequada.

TROCA CONTÍNUA DE INFORMAÇÕES:

Caso o paciente opte por realizar o acompanhamento em uma unidade diferente da unidade territorial de referência, a troca de informações **entre as unidades deve ser contínua**.

As unidades de saúde devem compartilhar as informações essenciais sobre o tratamento do paciente, garantindo a continuidade e a coordenação do cuidado.

Esse compartilhamento deve ocorrer de forma responsável, respeitando a confidencialidade do prontuário e assegurando a privacidade do paciente, sem comprometer a qualidade do acompanhamento e do tratamento.

BUSCA ATIVA:

Em caso de ausência do paciente em algum atendimento, a unidade de referência territorial deverá ser acionada para realizar a busca ativa no território.

No entanto, isso não exime a unidade que está acompanhando o paciente da responsabilidade de também realizar ações de busca ativa não presencial, garantindo a adesão ao tratamento e o sucesso terapêutico.

Em caso de não possuir o e-mail ou contato da unidade de referência territorial do paciente, a coordenadoria distrital deverá ser acionada, atuando como elo para informar a situação e encaminhar a realização da busca ativa no território, assim como, acionar a vigilância em saúde (EVDT) e Política Municipal de Tuberculose (CAIST).

REDE DE APOIO

COORDENADORIA OESTE	3289-2971/3289-2905 (WhatsApp)	oestecoordenadoria@gmail.com ; dapscoordenadoriaoeste@portoalegre.rs.gov.br
COORDENADORIA NORTE	3289-3490/3289-3496 (WhatsApp)	coordenadoriadistritalnorte@gmail.com; dapscoordenadorianorte@portoalegre.rs.gov.br
COORDENADORIA LESTE	3289-5529 - 5530 – 5521 - 5659 - 5531 - 5658 -5618 - 2339- 5619	coordenadoriadistritalleste@gmail.com; dapscoordenadorialeste@portoalegre.rs.gov.br
COORDENADORIA SUL	3289-5566 (WhatsApp) Administrativo 3289-6568/ 5567/ 5248 Coordenação+ Assessoras 32895566/ 2342	coordenadoriadistritalsul@gmail.com e dapscoordistritalsul@portoalegre.rs.gov.br
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EVDT	3289-3977	epidemio@portoalegre.rs.gov.br
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM APS	3289-2726	coordenacaodeenfermagemdaps@portoalegre.rs.gov.br
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	3289-2909	hivtb@portoalegre.rs.gov.br
ÁREA TÉCNICA POP RUA	3289-2714	saudepoprua@portoalegre.rs.gov.br
ÁREA TÉCNICA IMIGRANTES	3289-2714	rbuttes@portoalegre.rs.gov.br neq.sms@portoalegre.rs.gov.br
ÁREA TÉCNICA POP INDÍGENA E SAÚDE PRISIONAL	3289- 2839	rodrigoc.dornelles@portoalegre.rs.gov.br neq.sms@portoalegre.rs.gov.br
GERENCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE GHC	3255-1730	gsc@ghc.com.br

5. INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE

A integração entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde e a Vigilância em Saúde é essencial para o cuidado de pessoas com TB, e por isso, é crucial elaborar e implementar estratégias que articulem ações em todos os níveis de atenção: APS, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar. Esforços nessa integração podem facilitar o processo de trabalho e ajudar a aplicar o princípio do SUS da integralidade da atenção em nível local. O papel do enfermeiro é fundamental nesse contexto, dada sua importância e atribuições na APS.

Uma das estratégias de integração envolve a organização do território e o processo de trabalho nos serviços de saúde, levando em consideração os recursos financeiros e as estruturas técnico-administrativas, especialmente nas equipes das UBS e da Estratégia de Saúde da Família. Isso possibilita uma nova prática de vigilância em atenção primária, com foco no cuidado ao indivíduo, à família e ao ambiente ao redor.

Além do espaço físico das unidades de saúde, é necessário utilizar estratégias para articular e trabalhar em conjunto tanto dentro quanto fora dos serviços, dada a natureza social da doença. A participação de diversos setores, como saúde, assistência social, sociedade civil, habitação, saneamento, educação e trabalho, é fundamental para o cuidado eficaz da pessoa com TB.

A Vigilância Epidemiológica visa compreender a magnitude da tuberculose, incluindo dados sobre morbimortalidade, distribuição, fatores de risco e tendências ao longo do tempo, para apoiar as ações de controle da doença. Além do processo informacional obrigatório do Sinan, a Vigilância Epidemiológica da tuberculose é um processo dinâmico e ativo, que exige a responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado da pessoa com TB. Isso é essencial para fundamentar recomendações e medidas de controle tanto individuais quanto coletivas.

QUADRO 17 - RESUMO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (TB)

Componentes	Acolhimento e Detecção	Diagnóstico	Tratamento e Adesão	Resultados
Individual	- Avaliar características sociodemográficas (sexo, idade, renda, escolaridade), agravos e doenças associadas, história familiar, população vulnerável ao adoecimento.	- Se confirmado o diagnóstico de TB, orientar a pessoa quanto ao tratamento, importância da adesão, TDO e possíveis eventos adversos.	- Iniciar o tratamento oportunamente.	- Avaliar possíveis eventos adversos, abandono do tratamento, ansiedade e depressão, vulnerabilidades sociais e familiares.
	- Identificar sintomas sugestivos de TB: tosse por 3 semanas ou mais, e, independentemente do tempo, em PPL, PSR, indígenas e PVHIV.	- Avaliar contatos.	- Realizar visitas domiciliares aos que não retornaram para iniciar o tratamento.	- Melhorar a qualidade de vida do paciente, garantindo atendimento integral, resolutivo e humanizado.
			- Convidar contatos para serem examinados, solicitar/realizar teste para HIV, iniciar o TDO e identificar vulnerabilidades.	
Assistência à Saúde da Pessoa com TB	- Realizar busca ativa (visitas domiciliares, sala de espera e outros).	- Preencher a ficha de notificação e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).	- Realizar busca ativa de faltosos e fortalecer o TDO para aqueles que permaneceram.	- Garantir um atendimento de qualidade e aumentar o número de pessoas com diagnóstico precoce e início oportuno do tratamento.
	- Identificar e avaliar o risco da pessoa com SR.	- Registrar o caso no livro de registro de pessoas com tuberculose e acompanhar o tratamento.	- Manejar eventos adversos, identificar vulnerabilidades e realizar encaminhamento, quando necessário, à rede de apoio.	- Reduzir a possibilidade de interrupção do tratamento e ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre TB.

	- Promover reuniões mensais com a equipe.	- Registrar contatos identificados e examinados em formulário específico.	- Realizar baciloscopias de acompanhamento e encaminhar à rede de referência quando necessário.	
	- Orientar sobre a coleta adequada da amostra e envio em tempo oportuno ao laboratório.	- Acompanhar o resultado da cultura e do teste de sensibilidade.		
Vigilância no Serviço de Saúde	- Pactuar metas de busca ativa com as equipes.	- Garantir o preenchimento e retorno do boletim de acompanhamento mensal enviado pela SMS.	- Preencher e devolver mensalmente o boletim de acompanhamento enviado pela SMS.	- Fornecer informações de qualidade, melhorando o preenchimento da ficha de notificação e engajamento dos trabalhadores da saúde na notificação.
	- Monitorar e avaliar as metas e indicadores.	- Identificar faltosos e contatos ainda não examinados.	- Identificar faltosos e contatos ainda não examinados.	- Reduzir a subnotificação de casos de TB.
	- Utilizar o livro de registro de SR.	- Acompanhar o resultado da cultura e do teste de sensibilidade.	- Realizar supervisão e monitoramento do fluxo das fichas de notificação e boletim de acompanhamento.	
	- Estabelecer fluxos de envio de amostra e retorno dos resultados dos exames.	- Oferecer apoio à equipe por meio do NASF.	- Monitorar e avaliar os indicadores, supervisionar e monitorar o fluxo do boletim de acompanhamento.	- Reduzir a incidência e a mortalidade por TB no território.
	- Garantir o funcionamento adequado da rede de assistência à saúde.	- Fomentar a rede de apoio à pessoa com TB (apoio social, mental etc.).		
	- Capacitar e treinar profissionais e pactuar metas de busca ativa com as equipes.	- Promover parcerias com lideranças comunitárias.		
	- Monitorar e avaliar indicadores e fluxos das fichas de notificação.			

5.1 INSTRUMENTOS DE REGISTRO PARA OS SERVIÇOS DE APS

Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose: Documento usado para registrar informações iniciais sobre a suspeita de tuberculose, incluindo dados do paciente, sintomas e resultados de exames preliminares. Facilita a coleta detalhada de dados para a investigação e confirmação do diagnóstico, sendo crucial para o planejamento do tratamento e comunicação com centros de referência (BRASIL, 2019).

Notificação de Tuberculose no Sistema Sentinela: Plataforma para a notificação de casos de tuberculose, incluindo diagnóstico, tratamento e evolução do paciente. Permite o monitoramento centralizado e a análise de dados epidemiológicos, auxiliando na gestão de recursos e controle da doença (BRASIL, 2022).

Notificação de Infecção Latente por Tuberculose (ILTB) no Sistema IL-TB: Sistema para notificação de infecção latente, com dados sobre triagem, diagnóstico e acompanhamento. Facilita o monitoramento e gestão da infecção latente, ajudando na prevenção da progressão para tuberculose ativa (WHO, 2021).

Livro de Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde: Registro para pacientes com sintomas respiratórios que podem indicar tuberculose. Documenta a presença e evolução dos sintomas e as ações do serviço de saúde. Permite o monitoramento contínuo, facilitando a identificação precoce de casos e garantindo a avaliação necessária (BRASIL, 2022).

Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento (livro verde): Contém informações detalhadas sobre pacientes diagnosticados com tuberculose, incluindo dados sobre tratamento, adesão e evolução clínica. Permite a gestão centralizada do tratamento, monitorando o progresso e possibilitando ajustes conforme necessário (WHO, 2021).

Boletim de Acompanhamento do Tratamento: Documento que compila informações sobre o progresso do tratamento, frequência das consultas, adesão e resultados de exames. Oferece uma visão geral do tratamento, ajudando a identificar problemas e a tomar decisões sobre ajustes no tratamento (BRASIL, 2019).

Carteira de Acompanhamento do Paciente: Documento entregue ao paciente contendo informações sobre o tratamento, datas das consultas e orientações importantes. Facilita o acompanhamento do tratamento por parte do paciente e dos profissionais de saúde, garantindo que todas as etapas sejam seguidas (BRASIL, 2022).

Instrumentos Adicionais:

Ficha para Identificação e Exame de Contatos: Registra e acompanha contatos próximos dos pacientes, facilitando a triagem e prevenção de novos casos.

Boletim de Transferência de Casos: Garante a continuidade do tratamento quando um paciente é transferido para outro serviço de saúde, assegurando que todas as informações relevantes sejam compartilhadas.

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

6. INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE (ILTB)

A **infecção latente de tuberculose (ILTB)** ocorre quando o indivíduo é infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*, mas o bacilo permanece em estado dormente, sem causar sintomas clínicos ou transmissibilidade da doença. Nessa condição, o sistema imunológico consegue controlar a proliferação do bacilo, impedindo que ele evolua para a forma ativa da tuberculose (TB). Apesar de o indivíduo não apresentar sintomas, ele ainda carrega o bacilo e, em determinadas circunstâncias, como imunossupressão, pode haver o desenvolvimento da tuberculose ativa (BRASIL, 2019).

O diagnóstico **de ILTB** é feito por meio de testes tuberculínicos, como o PPD (Derivado Proteico Purificado) ou testes de liberação de interferon-gama (IGRA). No entanto, antes de iniciar o tratamento, **é essencial excluir a possibilidade de tuberculose ativa**, através de avaliação clínica e exames complementares, como a radiografia de tórax e, se necessário, exames bacteriológicos (BRASIL, 2019).

O tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTB) tem como objetivo prevenir a evolução para a tuberculose ativa, especialmente em indivíduos com maior risco, como pessoas vivendo com HIV, contatos próximos de casos de tuberculose ativa ou indivíduos imunossuprimidos. O esquema terapêutico padrão recomendado é o 3HP, que consiste em comprimidos conjugados de rifapentina e isoniazida (Rifapentina 300mg + Isoniazida 300mg), administrados semanalmente na dose de 3 cp por 3 meses, totalizando 12 doses.

A notificação e acompanhamento dos casos de ILTB são realizados através do Sistema IL-TB, permitindo o monitoramento das pessoas diagnosticadas e tratadas, além de possibilitar o controle epidemiológico da infecção (BRASIL, 2019).

A prevenção da tuberculose ativa é uma estratégia crucial para reduzir a incidência da doença, especialmente em populações de maior risco. A infecção latente por tuberculose (ILTB) é um estado em que o bacilo *Mycobacterium tuberculosis* permanece inativo no organismo, mas pode se reativar em situações de imunossupressão, levando à tuberculose ativa. Portanto, o tratamento da ILTB visa prevenir o adoecimento, principalmente em grupos vulneráveis.

Entre as **populações sob maior risco** de desenvolver a tuberculose ativa, destacam-se:

- **Contatos de casos de tuberculose ativa:** Maior risco nos primeiros dois anos após a exposição, necessitando rastreamento e tratamento da ILTB.
- **Pessoas vivendo com HIV/Aids:** Alto risco de reativação da infecção latente, sendo a coinfeção TB-HIV uma das principais causas de mortalidade.
- **Profissionais de saúde:** Exposição frequente a pacientes infectados, exigindo triagem regular e tratamento preventivo da ILTB.
- **Usuários de imunobiológicos e imunossupressores:** Maior risco de reativação da ILTB, sendo essencial a triagem e o tratamento antes de iniciar essas terapias. (BRASIL, 2019).

Para fins de vigilância epidemiológica, considera-se um **caso de infecção latente por tuberculose (ILTB)** o indivíduo que está infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*, mas sem apresentar sintomas da doença ativa. A identificação da ILTB é feita por meio de dois testes principais: a **prova tuberculínica (PT)** ou o **ensaio de liberação do interferon-gama (IGRA)**. No entanto, para confirmar que se trata de ILTB, é necessário descartar a tuberculose ativa.

A investigação para descartar tuberculose ativa pode ser realizada **em consulta de enfermagem**, na qual serão realizados:

- **Anamnese e exame físico**
- **Histórico epidemiológico** (contato com pessoas com tuberculose)
- **Exames bacteriológicos** (análise de amostras como escarro)
- **Exames de imagem**, como raio-X de tórax, e outros exames complementares

É essencial excluir todas as formas da tuberculose ativa, tanto pulmonares quanto extrapulmonares. Caso haja sintomas como febre, emagrecimento e sudorese noturna, deve-se investigar a tuberculose ativa antes de iniciar o tratamento da infecção latente.

IMPORTANTE:

A investigação de ILTB não é recomendada para toda a população, sendo indicada apenas para grupos que podem se beneficiar do tratamento específico, como contatos de pessoas com TB ativa e indivíduos imunossuprimidos.

QUADRO 18 - POPULAÇÕES COM INDICAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ILTB

Populações com indicação de investigação de ILTB
Contatos (nos últimos dois anos) adultos e crianças de TB pulmonar e laríngea
PVHIV com LT CD4+ $\geq$ 350 cel/mm ³
Pessoas em uso de inibidores de TNF alfa ou corticosteroides (equivalente a > 15 mg/dia de prednisona por mais de um mês)
Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB
Pré-transplante que irão fazer terapia imunossupressora
Pessoas com silicose
Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas
Neoplasias em terapia imunossupressora
Insuficiência renal em diálise
Diabetes mellitus
Baixo peso (< 85% do peso ideal)
Tabagistas ($\geq$ 1 maço por dia)
Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax
Profissionais de saúde, pessoas que vivem ou trabalham no sistema prisional ou em instituições de longa permanência

Fonte Adaptado de Brasil, 2019.

6.1. DIAGNÓSTICO DA ILTB

O **rastreamento da infecção latente por tuberculose (ILTB)** deve sempre começar com a exclusão da tuberculose ativa, seja ela pulmonar, laríngea ou extrapulmonar. **Isso significa que, antes de diagnosticar a ILTB, é fundamental garantir que o paciente não apresenta sintomas ou sinais da doença ativa.**

O diagnóstico da ILTB deve ser feito preferencialmente na **Atenção Primária à Saúde**, mas também pode ocorrer em unidades de referência secundária e terciária, especialmente quando se trata de populações com maior risco de desenvolver tuberculose ativa, como contatos de pessoas com TB, profissionais de saúde ou pessoas com condições que afetam o sistema imunológico.

Para confirmar o diagnóstico de ILTB, são utilizados dois testes principais: a **Prova Tuberculínica (PT)** ou o **Ensaio de Liberação de Interferon-gama (IGRA)**, que ajudam a detectar a presença da infecção latente no organismo.

6.1.1. DIAGNÓSTICO PELA PROVA TUBERCULÍNICA

A **prova tuberculínica (PT)** é usada para diagnosticar a infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) e, em alguns casos, para ajudar no diagnóstico de tuberculose ativa em crianças. Consiste na aplicação intradérmica de uma substância derivada do bacilo da tuberculose para medir a resposta do sistema imunológico. No Brasil, o teste utiliza a tuberculina PPD-RT 23.

Indicações da Prova Tuberculínica:

- **Diagnóstico de ILTB** em adultos e crianças.
- **Auxílio no diagnóstico de TB ativa** em crianças.

Aplicação: A tuberculina é injetada no antebraço esquerdo, criando uma pequena área pontilhada. O teste deve ser aplicado e lido por profissionais treinados.

Leitura: A leitura é feita entre 48 e 72 horas após a aplicação, medindo o maior diâmetro da área endurecida. O resultado é registrado em milímetros (inclusive ZERO, se não houver endurecimento).

Interpretação: A **especificidade** do teste é alta (97%), especialmente se a vacina BCG foi administrada no primeiro ano de vida. No entanto, a BCG pode causar reações falso-positivas, principalmente em pessoas vacinadas após o primeiro ano.

A **sensibilidade** é de 77%, e falsos negativos podem ocorrer em algumas situações, como em pessoas com sistema imunológico comprometido.

Assim, a PT ajuda a identificar a presença de infecção, mas não é suficiente para confirmar tuberculose ativa.

6.1.2. DIAGNÓSTICO PELO IGRA

Os **ensaios de liberação do interferon-gama (IGRA)** são uma alternativa diagnóstica para detectar a infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Eles funcionam medindo a produção de interferon-gama pelas células T previamente sensibilizadas pelos antígenos da tuberculose.

Tipos de Testes IGRA:

→ **QuantiFERON®-TB Gold in Tube (QFT)**: Mede os níveis de interferon-gama liberado pelas células T após estimulação com antígenos específicos do bacilo da tuberculose.

→ **T-SPOT® TB**: Conta as células T efectoras específicas que foram ativadas pela exposição aos antígenos do M. tuberculosis.

QUADRO 19 - INDICAÇÕES, VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS IGRA

Indicações do IGRA	
Diagnosticar casos de ILTB em adultos e crianças.	Auxiliar no diagnóstico de tuberculose ativa em crianças.
Vantagens dos IGRA:	Desvantagens dos IGRA:
Não são influenciados pela vacinação prévia com BCG. Maior especificidade, pois não são afetados por infecções por micobactérias não tuberculosas. Resultado não depende do viés do leitor. Reduz o risco de efeitos adversos, já que o teste é feito com amostra de sangue. O paciente precisa comparecer ao serviço de saúde apenas uma vez, já que não há necessidade de retorno para leitura do resultado.	Custo mais elevado em comparação à prova tuberculínica (PT). Exige coleta de sangue e um laboratório bem equipado. Não é recomendado para testes seriados. Há uma frequência de resultados indeterminados, que podem exigir repetição do teste.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

Limitações:

A acurácia dos IGRA é semelhante à da PT. Eles não são indicados para crianças menores de 2 anos devido à pouca confiabilidade do método nessa faixa etária e à falta de dados robustos.

Assim, os IGRA oferecem uma alternativa viável à PT, especialmente em cenários onde a vacinação prévia com BCG poderia interferir no resultado, embora não sejam amplamente utilizados no Brasil devido a questões de custo e infraestrutura.

QUADRO 20 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO IGRA

Positivo	Negativo	Indeterminado
Presença de ILTB.	Ausência de ILTB	Necessidade de repetir o teste

Fonte: Brasil, 2019.

QUADRO 21 - INDICAÇÃO DE TRATAMENTO DA ILTB

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO DA ILTB			
Sem PT e sem IGRA realizados	PT ≥5mm ou IGRA positivo	PT ≥10mm ou IGRA positivo	Conversão (2ª PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)
Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial; Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial; PVHIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/μL; PVHIV com registro documental de ter tido PT ≥5mm ou IGRA positivo e não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião; PVHIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.	Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG PVHIV com CD4+ maior que 350 cel/μL ou não realizado Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de prednisona por mais de um mês) Indivíduos em pré-transplante de órgãos que farão terapia imunossupressora	Silicose Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológica Neoplasias em terapia imunossupressora Insuficiência renal em diálise Diabetes mellitus Indivíduos com baixo peso (<85% do peso ideal) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia	Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial Profissionais de saúde Trabalhadores de instituições de longa permanência

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018.

6.2. TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO M. TUBERCULOSIS (ILTB)

O tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) é essencial para reduzir o risco de progressão para a tuberculose ativa, contribuindo para a prevenção da doença e a interrupção da cadeia de transmissão.

A **Nota Informativa nº 04/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS**, assinada em conjunto com a Presidência do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), e o **Parecer nº 40/2023 – Cofen** reafirmam o respaldo legal e técnico para que os enfermeiros solicitem o teste diagnóstico IGRA e indiquem o tratamento preventivo da tuberculose (ILTB) em todos os níveis de atenção à saúde. A nota enfatiza que, além do rastreamento e diagnóstico da tuberculose, os enfermeiros estão autorizados a **indicar o tratamento da ILTB**, fortalecendo sua autonomia na prevenção da TB e contribuindo para a ampliação do tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Além disso, a Nota Informativa orienta que os enfermeiros podem solicitar, de acordo com os protocolos vigentes do Ministério da Saúde, os seguintes exames para diagnóstico da ILTB:

- **Teste de liberação de interferon-gama (IGRA);**
- **Teste tuberculínico ou prova tuberculínica (PT);**
- **Radiografia de tórax.**

Os enfermeiros também estão aptos a acompanhar e avaliar os pacientes em tratamento para ILTB nos serviços de saúde, garantindo a adesão ao tratamento conforme os esquemas terapêuticos recomendados. Ao final do tratamento, a alta deve ser concedida somente após o cumprimento das doses adequadas.

A nota reforça ainda a importância do registro adequado dos tratamentos preventivos da TB no Sistema de Informação para a Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB (IL-TB) e recomenda a capacitação contínua dos enfermeiros para a realização dessas atividades, garantindo a segurança e a qualidade do cuidado prestado.

Com essa regulamentação, a enfermagem assume um papel essencial na estratégia nacional de eliminação da tuberculose como problema de saúde pública, garantindo uma resposta mais eficiente e acessível à população.

O Tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTB) PARA CONTATOS DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE ATIVA PODERÁ SER REALIZADO PELO ENFERMEIRO, SEGUINDO OS CRITÉRIOS:

- Maiores de 14 anos
- Sem comorbidades conhecidas
- Tratar se PT $\geq$ 5mm ou IGRA positivo: Contatos de TB pulmonar ou laríngea, independentemente da vacinação prévia com BCG
- Pessoa não estar gestante.

6.2.1. ESQUEMAS DE TERAPÊUTICOS DE ILTB

O Manual do Ministério da Saúde recomenda quatro esquemas terapêuticos para o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) — 6H, 9H, 4R e 3HP (Brasil, 2022).

No município de Porto Alegre, os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde poderão prescrever o esquema 3HP (rifapentina + isoniazida por três meses) para o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB).

Essa decisão está respaldada por evidências científicas atuais, que indicam que o 3HP é tão eficaz quanto os outros esquemas, mas oferece benefícios adicionais, como:

- **Tratamento mais curto** – apenas 3 meses, em comparação com os 6 ou 9 meses dos outros esquemas.
- **Maior adesão** – reduz o risco de abandono do tratamento.
- **Menos efeitos adversos graves** – melhor tolerabilidade em relação a esquemas mais longos.

A adoção do 3HP como protocolo preferencial visa garantir maior segurança, adesão e eficácia no tratamento da ILTB, alinhando-se às melhores evidências. Estudos indicam que a combinação de rifapentina + isoniazida, administrada semanalmente por 12 semanas, é segura e eficaz, sendo recomendada em diretrizes internacionais e adaptada ao contexto local para melhores resultados.

QUADRO 22 – ESQUEMA DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Esquema de tratamento	
Medicamentos	3HP
	Isoniazida (H) + Rifapentina (P)
Tempo de tratamento/ número de doses	3 comprimidos por semana durante 12 semanas

Fonte: Adaptado de Brasil, 2022.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O ESQUEMA 3HP

O esquema 3HP não é recomendado para gestantes.

O tratamento da ILTB em gestantes deve ser iniciado somente após o parto.

Gestantes vivendo com HIV (PVHIV) podem iniciar o tratamento após o terceiro mês de gestação, mas com esquemas alternativos ao 3HP.

O esquema 3HP NÃO deve ser utilizado nos seguintes casos:

- Contato com monorresistência à isoniazida ou rifampicina.
- Pacientes com histórico de efeitos adversos graves a qualquer um dos medicamentos do 3HP.

Reforça-se a necessidade de uma avaliação criteriosa antes da indicação do tratamento da infecção latente.

6.2.2. ORIENTAÇÕES SOBRE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DO ESQUEMA 3HP PARA ILTB

O esquema **3HP**, que combina **isoniazida** e **rifapentina**, é administrado uma vez por semana durante 12 semanas para o tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB).

Administração:

- Frequência: Uma vez por semana, durante 12 semanas.
- Horário: Embora não haja um horário específico obrigatório, é recomendável que o medicamento seja tomado no mesmo dia e horário a cada semana para manter a consistência e facilitar a adesão ao tratamento.
- Alimentação: A rifapentina, pode ser tomada com alimentos para aumentar sua absorção. Portanto, é aconselhável ingerir a medicação junto com uma refeição para melhorar a eficácia do tratamento.
- Interações com bebidas: Não há contraindicações específicas sobre o consumo da medicação com suco ou refrigerante. No entanto, é importante evitar bebidas alcoólicas, pois o álcool pode aumentar o risco de hepatotoxicidade associado à isoniazida.
- Jejum: Não é necessário tomar o 3HP em jejum; pelo contrário, a ingestão com alimentos é recomendada para melhorar a absorção da rifapentina.

Observações adicionais:

- Efeitos adversos: Alguns pacientes podem experimentar efeitos colaterais, como sintomas semelhantes aos da gripe, náuseas ou tonturas. Se esses sintomas ocorrerem, é importante orientar o usuário a comunicar ao profissional de saúde responsável pelo acompanhamento.
- Acompanhamento: É fundamental realizar avaliações mensais para monitorar a adesão ao tratamento e identificar possíveis efeitos adversos precocemente.

Seguindo essas orientações, o tratamento com o esquema 3HP pode ser administrado de forma segura e eficaz, garantindo uma melhor adesão e resultados positivos no controle da ILTB.

6.3. VIGILÂNCIA DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE

Atualmente, o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) não exige mais o preenchimento da ficha de notificação do Ministério da Saúde, sendo obrigatório o registro no sistema IL-TB. Esse sistema armazena dados essenciais como identificação do paciente, confirmação da ausência de tuberculose ativa, esquema de tratamento e situação ao final do tratamento.

Antes de registrar um novo caso, deve-se verificar se o paciente já possui notificação anterior. Em casos de tratamento encerrado ou abandonado, o novo registro deve ser vinculado ao anterior. Se o paciente estiver em tratamento em outra unidade, é necessário solicitar a transferência.

Resultados de exames marcados como "em andamento" precisam ser atualizados antes do encerramento do caso, pois, após esse prazo, serão considerados "não realizados". Se necessário, pode-se solicitar a reabertura do caso às unidades de vigilância, mas o novo encerramento deve ocorrer em até 24 horas.

O livro de acompanhamento de tratamento da ILTB pode ser acessado através do site:
http://sitetb.saude.gov.br/download_iltb.html

6.3.1. SISTEMA IL-TB

O IL-TB é um sistema online usado para registrar pessoas em tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTB) no Brasil. Ele gera dados para monitorar e avaliar as ações de vigilância da ILTB, permitindo acompanhamento em tempo real e cálculo de indicadores. O sistema pode ser acessado online, e cada usuário tem um perfil com permissões específicas de acordo com sua função nos Programas de Controle da Tuberculose. A confidencialidade dos dados é fundamental, e o acesso é restrito a profissionais responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento dos casos.

Os tipos de entrada para tratamento de ILTB são:

Caso novo: Pessoa que nunca se tratou para ILTB.

Reingresso após abandono: Pessoa que retorna ao tratamento após ter abandonado anteriormente.

Reentrada após mudança de esquema: Pessoa que teve reação adversa e precisou trocar o medicamento.

Reexposição: Pessoa que, após tratamento, foi exposta novamente a TB pulmonar ou laríngea, ou por decisão médica, precisará repetir o tratamento.

Reentrada após suspensão por condição clínica: Pessoa que teve o tratamento suspenso por um problema de saúde (ex.: gravidez), e agora retomará o tratamento, sendo avaliado caso a caso.

6.4. TRANSFERÊNCIA DE PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB NOTIFICADAS NO IL-TB

A transferência de pessoas em tratamento de ILTB no IL-TB deve garantir a continuidade do tratamento, seja dentro do mesmo município, estado ou para outros estados.

A unidade atual transfere o caso pelo sistema, incluindo informações relevantes no campo "Observações".

A unidade de destino deve aceitar o paciente no IL-TB para que os dados sejam migrados automaticamente.

Até a aceitação, a unidade de origem deve confirmar a chegada do paciente.

Se a unidade de destino não estiver cadastrada no sistema, deve-se solicitar o cadastro ao Programa Estadual de Controle da Tuberculose.

Para transferências internacionais, segue-se o protocolo específico, e o caso é encerrado como "Transferência para outro país".

6.5. ENCERRAMENTO DOS CASOS DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE ILTB

O encerramento dos casos de ILTB deve ser registrado em sistemas e instrumentos de acompanhamento, com os seguintes critérios:

Tratamento completo: Pessoa que concluiu todo o tratamento.

Abandono: Interrupção do tratamento por mais de 90 dias (isoniazida), 60 dias (rifampicina) ou 3 doses (rifapentina com isoniazida).

Suspenso por reação adversa: Tratamento interrompido devido a reações adversas graves.

Suspenso por PT < 5mm: Para recém-nascidos coabitantes de caso-fonte que suspenderam quimioprofilaxia após 3 meses.

Tuberculose ativa: Desenvolvimento da TB ativa durante o tratamento de ILTB.

Óbito: Morte do paciente durante o tratamento, independente da causa.

Transferência para outro país: Transferência internacional durante o tratamento.

Suspenso por condição clínica: Tratamento interrompido devido a condições clínicas desfavoráveis, como gravidez.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Conselho Regional de Enfermagem. Parecer nº. 025/2013. Prescrições de Enfermagem estabelecidas no Manual do Ministério. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0252013_8121.html .

BRASIL, 2017, LEI Nº 13.445, DE 24 DE MAIO DE 2017 - INSTITUI A LEI DE MIGRAÇÃO. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde: Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Prova tuberculínica (passo a passo): administração e leitura. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/prova-tuberculínica-passo-a-passo-administracao-e-leitura-folder.pdf/view>

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota informativa nº 20/2023-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2023/sei_ms-0037162163-nota-informativa-20.pdf/view

BRASIL. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; Lei Brasileira De Inclusão Da Pessoa Com Deficiência. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/Oficina%20PCF/JUSTI%C3%87A%20E%20CIDADANIA/convencao-e-lbi-pdf.pdf> .

BRASIL. Guia de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-tifoide/publicacoes/guia-de-vigilancia-epidemiologica-7a-edicao/view>

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9256. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 02/2022 – Recomendações para a Realização de Testes de Interferon-gamma Release Assays (IGRA) em Laboratórios de Saúde Pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2022/ni_02-2022_recomendacoesigra_laboratorio.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.236, de 2 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/portaria-gm-ms-no-2-236-de-02-de-setembro-de-2021/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica 2017. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Experiências exitosas em tuberculose: iniciativas pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/experiencias-exitosas-em-tuberculose.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Instruções para o preenchimento do Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/registro-de-pessoas-com-tuberculose-e-acompanhamento-do-tratamento.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Tratamento da tuberculose em adolescentes e adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/tratamento-da-tuberculose-em-adolescentes-e-adultos.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis com rifapentina + isoniazida (3HP). Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/o-tratamento-da-infeccao-latente-pelo-mycobacterium-tuberculosis.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia de orientações para prevenção e diagnóstico da tuberculose em profissionais de saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 36 p. : il. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1391217/guia-de-orientacoes-para-prevencao-e-diagnostico-da-tuberculosis_WyUPUqt.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/protocolo-de-vigilancia-da-infeccao-latente-pelo-mycobacterium-tuberculosis-no-brasil.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recomendações para controle da tuberculose : guia rápido para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2015/09/GUIA-RAPIDO-DE-TUBERCULOSE-PARA-PROFISSIONAIS-DE-SAUDE-724.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em

Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2 ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/registro-de-sintomatico-respiratorio-no-servico-de-saude.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/tuberculose-na-atencao-primaria-saude-protocolo-de-enfermagem>

BRASIL. Normas e Diretrizes para o Controle da Tuberculose em Serviços de Saúde. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Tuberculose. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - Manual do Usuário. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_edicao.pdf

BRASIL. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/tratamento-diretamente-observado-tdo-da-tuberculose-na-atencao-basica-protocolo-de-enfermagem/view>

COFEN. Parecer de Conselheira nº 240/2021. Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheira-no-240-2021-cofen_94963.html

COFEN. Parecer de Conselheiro nº 280/2022. Parecer, 11 de novembro de 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/Parecer-referente-PAD-1190-2021.pdf>

CONDE, Marcus Barreto et al. III Diretrizes para tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 35, p. 1018-1048, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/qkP39xrRffZ3YY897pWFxVJ/>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 195/1997. Rio de Janeiro: Cofen, 18 fev. 1997. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer de Conselheiro Federal nº 180/2018/COFEN. Dispõe sobre a competência do enfermeiro no controle da tuberculose. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiros-n-180-2018>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL. Protocolo de Enfermagem para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica. Campo Grande, 2022. Disponível em: http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/COREN_MS_PROTOCOLO_TB-2.pdf

COREN-GO. Protocolo de Enfermagem para o Controle da Tuberculose. Goiânia: COREN-GO, 2017. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/protocolo-final.pdf>

FERREIRA, A. C. S.; MORAIS, D. R. F.; SOUZA, K. B. C. Comunicação centrada no paciente e sua importância no tratamento da tuberculose. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4Hx5scNQ8cXfnkykKMBGnZS/?lang=pt>

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Guia

Tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS). Versão Novembro. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/24113735-guia-tuberculose-versao-final-nov-2022-1.pdf>

GUERRERO, P. et al.. User embracement as a good practice in primary health care. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, n. 1, p. 132–140, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Jt8dZFCrD8Fj684M8grt95Q/?lang=pt#>

HORTA, Ana Lúcia de Moraes et al. Consulta de enfermagem: conceito e componentes básicos / The nursing consultation: concept and basic components. s.l.: Secretaria de Estado da Saúde, 1992. 15 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-117734>

International Council of Nurses. ICN Nurse prescribing guidelines for tuberculosis and latent tuberculosis infection. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2018. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/tb_mdrtb_guideline.pdf

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; CURRY INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CENTER. Nursing guide for managing side effects to drug-resistant TB treatment. Geneva, 2018. Disponível em: www.icn.ch/what-we-do/projects/tbmdr-tb-project e www.currytbcenter.ucsf.edu/products. ISBN: 978-92-95099-65-4. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_NursingGuide_Portuguese_WEB_spreads_final.pdf

MACEDO, Laylla Ribeiro. Tuberculose em populações vulneráveis: fatores associados ao adoecimento e ao desfecho do tratamento. 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. MARTINS, Vanessa de Oliveira; MIRANDA, Camila Vicente de. Diagnóstico e tratamento medicamentoso em casos de tuberculose pulmonar: revisão de literatura. Revista saúde multidisciplinar, v. 7, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/48891/laylla_ribeiro_macedo_ensp_dout_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y

MENDES, E.V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. CONASS, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 10 erros para não cometer contra a pessoa com tuberculose. 2023 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JVC6l5p-IEE>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/protocolo-de-vigilancia-da-infeccao-latente-pelo-mycobacterium-tuberculosis-no-brasil.pdf>

Arcêncio RA, Palha PF, Maciel ELN. The diagnosis and treatment of latent tuberculosis by nurses in Brazil: a necessary strategy. Rev Bras Enferm. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hpj6mrTCzsBzmkpTMQbWJf/?format=pdf&lang=en> .

MUNIZ, J. N.; CARVALHO, W. S.; SOUZA, C. D. F. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZpYYRLqJWXDpWFNTSqcYZpf/>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Tuberculosis: diagnosis, management and prevention. London: NICE, 2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng33>

PIMENTA, Cibele A. de M. [et al.]. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>

PORTO ALEGRE, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal De Cuidados À Saúde Das Pessoas Com Deficiência 2022-2025, 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1eHI2v2ZLh02j7iRh0HBtThYcEdg8kk1g/view> .

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem: Volume 2 - Infecções sexualmente

transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (dengue/tuberculose). Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf

RIO DE JANEIRO (Município). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro; Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Vigilância em Saúde: Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Tuberculose: Recomendações para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2009. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/22111823-12-cartaz-orientacoes-para-manejo-da-tuberculose-na-atencao-basica.pdf>

SANTOS, Nicolas Guimarães; DE CARVALHO, Danuza Jesus Mello. Nurse 35-anamnese avançada. Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, p. 80-80, 2022. Disponível em: <https://www.revistaremececs.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/1049>

STARFIELD, B. Primary Care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484414>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Tuberculosis Report 2023. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>

APÊNDICE 1 - CUIDADO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E ATENDIMENTO À TUBERCULOSE

Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PSR), através do decreto nº 7.053 de 2009, entende-se como população em situação de rua “o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.”

A falta de documentação não constitui barreira de acesso aos serviços de saúde e de cadastramento do Cartão Nacional de Saúde, conforme consta na portaria nº 940, 28 de abril de 2011.
A comprovação de endereço de domicílio permanente, para cadastramento do cidadão, não é necessária para ciganos, nômades e as pessoas em situação de rua.

ATENDIMENTO A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

As PSR possuem dificuldades relacionadas à percepção do tempo, parte delas não percebem a presença da tosse e/ou não sabem a quanto tempo estão com o sintoma; além disso, dormir nas ruas e associar a tosse ao uso de substâncias psicoativas pode levá-las a desvalorizar um dos principais sintomas da TB. Devido a isso, deve-se considerar qualquer tempo de duração da tosse nas estratégias de Busca Ativa de sintomático respiratório para essa população (Ministério da Saúde, 2019).

Ao atender uma pessoa em situação de rua com suspeita e/ou diagnóstico de tuberculose é importante:

- ✓ Garantir consulta para atendimento e seguimento do diagnóstico/tratamento no mesmo dia;
- ✓ Estabelecer vínculo para garantir a inclusão da PSR na rede SUS e para sensibilizar o paciente para a importância do tratamento;
- ✓ Realizar atendimento humanizado e sensível, pois, costuma ser uma população com baixa tolerância à espera, mas, muito sensível ao vínculo com os profissionais de saúde;
- ✓ No primeiro contato, solicitar/realizar: 2 amostras de escarro em dias consecutivos sendo a primeira amostra preferencialmente no momento da consulta, radiografia de tórax e testagem rápida para HIV e demais ISTs, buscando otimizar o atendimento (Ministério da Saúde, 2019).
- ✓ Notificar e realizar registros em prontuário eletrônico e-SUS com o maior número de informações possíveis, por se tratar de uma população com característica migratória, é comum que ingressem no sistema de acolhimento por várias vezes. Por isso, é importante que seu prontuário registre a história clínica e os desdobramentos dos exames realizados.
- ✓ Questionar sobre o território onde a pessoa costuma ficar e circular e quais serviços acessa: restaurantes populares, CAPS, albergues, Centros Pops. É essencial obter informações sobre a rotina de vida da PSR, a fim de poder realizar

- articulação com a rede e garantir o seguimento do tratamento (registrar em prontuário essas informações);
- ✓ Buscar a rede intersetorial do território, principalmente quando houver a suspeita ou a confirmação de uso de substâncias psicoativas, então se a pessoa aceitar poderá ser necessário que se vincule ao CAPS AD mais próximo da região onde permanece (**essas pessoas costumam ter muitas dúvidas se podem tomar a medicamento mesmo que façam uso de substâncias psicoativas, são fundamentais informações neste sentido**).

É importante que não seja imposto abstinência do consumo do álcool e outras drogas como condição de acesso ao tratamento da tuberculose.

- ✓ Ofertar o lanche específico para quem começa o tratamento para a Tuberculose, pois, isso costuma ser uma forma de vincular as pessoas aos serviços, aos profissionais e fortalecer a continuidade do tratamento;
- ✓ Buscar os espaços de reuniões intersetoriais de rede dos territórios, para a discussão dos casos quando houver necessidade;
- ✓ Buscar contato com a **rede de monitoramento**, caso haja, dificuldades na vinculação da pessoa ao seu tratamento ou rompimento do mesmo;

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO - TDO

O Tratamento Diretamente Observado está recomendado a todas as PSRs e pode ser realizado em conjunto com outros serviços da Rede como o Consultório na Rua.

O TDO pode ser realizado por outros profissionais/pessoas com vínculo com o usuário, desde que sejam supervisionados semanalmente.

Em algumas situações os profissionais da assistência social e do CAPS AD podem cooperar com o TDO pela familiaridade e/ou vínculo já existente com a PSR (Ministério da Saúde, 2019).

A população em situação de rua pode acessar a Unidade de Saúde mais próxima do território onde vive, dessa forma as US devem prestar atendimento de portas abertas para essa população.

Foi elaborado um mapa interativo das equipes em Porto Alegre, que reúne serviços de saúde, assistência, educação e DMLU voltados para a população em situação de rua, além de pontos de referência e locais frequentados pelos usuários.

A proposta é que esse mapa seja uma ferramenta dinâmica, possibilitando o uso e a atualização contínua para facilitar o trabalho de todos.

Acesse em: <http://bit.ly/CRPOA>

REDE DE MONITORAMENTO

Existe em Porto Alegre uma **rede de monitoramento** específico para tuberculose e pessoas em situação de rua. O mesmo é realizado com dados concentrados em uma planilha na vigilância em saúde. Algumas áreas técnicas e serviços como a ATS Pop Rua, CAIST, Vigilância, as equipes de Consultórios na Rua e alguns CRTBs possuem acesso ao monitoramento, no intuito de realizar buscas ativas para as pessoas em situação de rua que tenham rompido o tratamento e/ou que precisem iniciá-lo.

Quando houver suspeita ou diagnóstico de tuberculose não tratada ou tratamento rompido, é necessário que esta informação chegue à rede de monitoramento.

Se a pessoa acometida por tuberculose está em situação de rua, considera-se a parceria com as equipes do **Consultório na Rua**, para pessoas em uso de álcool e outras drogas, a articulação com os **CAPS-AD** é de grande importância para o cuidado compartilhado. O interesse, nesse caso, não é a ruptura abrupta com a droga ou a imposição de padrões, mas a redução dos danos associados à utilização de substâncias por pessoas que não possam ou não queiram interromper esse uso.

Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua (ATS POPRUA)

Av. João Pessoa, 325 - Centro Histórico,

Telefone: (51) 32892714 - Email: saudepoprua@portoalegre.rs.gov.br

Consultórios na Rua: <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/consultorio-na-rua>

Mais informações, contatos da Rede e materiais para consulta em:

<https://prefeitura.poa.br/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude/populacao-em-situacao-de-rua>

<https://prefeitura.poa.br/fasc/projetos/acao-rua>

<https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/saude-mental>

Referências Territoriais de CR

<https://bit.ly/CRPOA>

APÊNDICE 2 – ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Estado brasileiro por meio do Decreto nº 6.949 de 2009, reconhece que a deficiência ainda é um conceito que está em evolução e resultaria da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que acabam impedindo sua participação na sociedade de maneira igualitária, assim não se restringindo somente a uma característica do indivíduo, mas também ao ambiente (BRASIL, 2016).

A acessibilidade é o direito que assegura à Pessoa com Deficiência a viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social. O impedimento ou a ausência de acessibilidade não está na pessoa e, sim, no ambiente, que deve proporcionar os ajustes necessários para que se garanta a plena inclusão.

Ao realizar o atendimento à pessoa com deficiência existem algumas atitudes fundamentais durante o atendimento e as orientações:

Ao se referir à pessoa com deficiência não devem ser utilizadas terminologias incorretas como por exemplo “portador de necessidades especiais” ou “portador de deficiência”.

O termo correto e aceito é “pessoa com deficiência”.

É importante diminuir barreiras na comunicação com o paciente, para garantir a adesão ao tratamento e a realização correta do mesmo, além de ser fundamental que o paciente tenha compreensão plena da sua situação de saúde e dos cuidados que deve ter.

É necessário ter alguns cuidados no atendimento às pessoas com deficiência:

Sempre ao auxiliar uma pessoa com deficiência deve-se questionar ao paciente qual a forma mais adequada de ajudar e respeitar caso a pessoa não aceite a oferta, já que algumas ações o paciente pode ter mais facilidade em realizar sem assistência.

Pessoa com deficiência visual:

- É necessário identificar-se ao paciente;
- Realizar a descrição do ambiente onde o paciente se encontra;
- Não é necessário utilizar um tom de voz elevado para se dirigir ao paciente;
- Descrever os procedimentos e ações que precisam ser realizados, pode-se utilizar do toque para orientar a realização da coleta de escarro e outros procedimentos;
- Descrever os materiais que o paciente vai utilizar ou ter contato (ex.: pote de coleta de escarro transparente, identificado com os dados do paciente, com tampa vermelha de rosquear).
- Avisar o paciente quando for se afastar ou sair do recinto.

Pessoa com deficiência física:

- Ao se comunicar com paciente em cadeira de rodas deve-se abaixar a altura da cadeira de roda para facilitar o contato visual com o paciente ou sentar-se em uma cadeira que seja confortável para realizar esta ação.
- Evitar tocar, mover ou apoiar-se na cadeira de rodas, bengala ou muleta do paciente, pois os meios auxiliares fazem parte do espaço corporal da pessoa;

Pessoa com deficiência intelectual:

- É necessário agir de maneira natural e tratar o paciente de acordo com a sua faixa etária, buscando não infantilizar o paciente.
- Usar de linguagem clara e garantir que o paciente tenha compreendido as orientações.
- Pode-se utilizar desenhos e figuras para auxiliar na tomada dos medicamentos no horário adequado e para facilitar a compreensão do paciente.
- Não subestime a inteligência de uma pessoa com deficiência intelectual. Elas possuem um tempo diferenciado de aprendizado e podem adquirir muitas habilidades e conhecimentos. A pessoa com deficiência intelectual compreende normalmente a sua realidade. Valorize suas potencialidades e não supervalorize suas dificuldades.

Pessoa com deficiência auditiva:

É importante durante o atendimento à pessoa com deficiência auditiva identificar a forma de comunicação de sua preferência. A deficiência auditiva não pode ser caracterizada somente pela falta de audição, pois existem diferentes especificidades:

- Pessoas que se comunicam em Libras e não são fluentes na Língua Portuguesa;
- Pessoas que se comunicam em Libras e são fluentes na Língua Portuguesa;
- Pessoas que se comunicam tanto em Libras quanto na Língua Portuguesa (através da realização de leitura labial);
- Pessoas que não conhecem Libras e se comunicam através de leitura labial e/ou leitura e escrita;
- Pessoas que não conhecem Libras nem a língua portuguesa, possuindo um vocabulário próprio utilizado com a família e amigos (Porto Alegre, 2022).

Nem todo paciente com deficiência auditiva consegue compreender com clareza orientações dadas de maneira escrita, o que pode impactar nas orientações e tratamento do paciente.

- Se o paciente não for bacilífero é importante posicionar-se de frente para o paciente e manter a boca visível a fim de proporcionar a leitura labial, falando de maneira pausada para que o paciente possa compreender a fala do profissional de saúde.
- Se estiver a disposição é possível utilizar máscara acrílica para se comunicar com pacientes com suspeita de TB.
- Utilizar de intérprete de libras, na presença de um intérprete da língua de sinais, o profissional de saúde deve manter contato visual com o paciente surdo e não com o intérprete.

FLUXO DE SOLICITAÇÃO À CENTRAL DE INTERPRETAÇÃO DE LIBRAS DE PORTO ALEGRE – CIL

A Central de Interpretação de libras de Porto Alegre – CIL, é um projeto piloto da Secretaria de Desenvolvimento Social – SMDS e consiste em um serviço com tradução simultânea, viabilizando o diálogo entre surdos e ouvintes. Atualmente o serviço se encontra disponível de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

A interpretação ocorre por meio de uma vídeo chamada geralmente por WhatsApp e seguirá os passos abaixo:

O atendimento pode ser solicitado pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento ou pelo próprio paciente, que pode utilizar o serviço pelo próprio celular.

- Ao identificar uma pessoa com deficiência auditiva certifique-se que ela se comunique em Libras.
- Faça contato com a Central de Libras – CIL pelo número 55 51 80169060 ou pelo link de acesso por QR CODE solicitando **agendamento e/ou atendimento prioritário imediato**.
- A pessoa que solicitou o serviço será encaminhada à uma estação habilitada para fazer a interpretação em Libras.
- O serviço será realizado por meio de videochamada via WhatsApp. Onde a tela do celular ficará virada para o paciente para que o intérprete possa fazer a interpretação da Libras e a comunicação das orientações dadas pelo profissional ao paciente.
- Caso o paciente não possua aparelho celular, pode ser utilizado o aparelho do próprio serviço se houver.
- Caso, não seja possível o uso de um celular, deve-se indicar uma estação de trabalho que tenha webcam e caixas de som e solicitar a CIL uma outra plataforma compatível com o serviço.
- Concluída a comunicação e o atendimento, a atendente da CIL irá enviar um link para avaliação no final.
- Da mesma forma, a pessoa surda irá responder um formulário qualitativo quanto ao serviço de intérprete prestado e sua assinatura. Este formulário será digitalizado por foto ou escaneamento. Após, deverá ser enviado pela estação habilitada à CAIS/SMDS, podendo ser enviado uma remessa mensal para o e-mail: peessoacomdeficiencia@portoalegre.rs.gov.com.br
- O atendimento seguirá critérios de emergência, respeitando o atendimento prioritário a idosos, gestantes e pessoas com deficiência. O atendimento ocorrerá de forma imediata e remota com a central de libras por meio de tele central, via plataformas virtuais, respeitando a fila de espera na central.

Texto elaborado por Georgia Volkmer – Assistente Social especialista em saúde mental coletiva com experiência em saúde mental, geração de trabalho emprego e renda. Coordenadora da Área técnica da saúde da Pessoa com deficiência/CPPS/DAPS.



APÊNDICE 3 - ATENDIMENTO AO IMIGRANTE

A população imigrante é composta por pessoas nacionais de outro país ou apátridas que trabalham ou residem e se estabelecem temporária ou definitivamente no Brasil. Atualmente, no Rio Grande do Sul, a população migrante é advinda principalmente do Uruguai, Haiti, Venezuela, Argentina e Senegal.

Imigrantes possuem direito ao acesso à saúde, assim como os nacionais, independente da sua condição migratória e documental, conforme regem os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, de acordo com a Lei 8.080/90 e a Lei de Migrações nº13.445/17.

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) pode ser feito sem a necessidade do dado de CPF. São documentos válidos para a confecção de Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) e demais registros: Passaporte, Registro Nacional Migratório (RNM), Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), Protocolo de Solicitação de Refúgio, Carteira de Trabalho.

A falta de documento NÃO deve ser um impeditivo para a criação do CNS e para realização do atendimento.

Caso a pessoa não possua documento, deve ser criado o **Cartão Nacional de Saúde (CNS) temporário**, com as informações de nome e data de nascimento.

No caso da ausência de comprovante de residência, os dados de endereço do estabelecimento de saúde podem ser utilizados (conforme instruído na Portaria GM/MS nº 2.236, de 02 de setembro de 2021).

Caso haja um imigrante com suspeita ou em tratamento de Tuberculose e houver dificuldade na comunicação é essencial o acionamento dos mediadores Interculturais para garantir o vínculo do paciente ao serviço e o segmento do cuidado.

MEDIADORES INTERCULTURAIS

Em Porto Alegre temos à disposição os Mediadores Interculturais, que são profissionais de diferentes nacionalidades que auxiliam na comunicação de imigrantes no acesso à saúde. Os Mediadores Interculturais executam as ações de mediações presenciais deslocando-se da base de trabalho em um ponto central da cidade para as unidades de saúde, serviços especializados, hospitais, UPAS, farmácias distritais, laboratórios, entre outros.

Os Mediadores interculturais além de auxiliarem na comunicação:

- Acompanham consultas auxiliando os imigrantes a se conectarem com os profissionais de saúde e garantindo que recebam um atendimento adequado;
- Fornecem informações sobre a Rede de atenção à saúde e o acesso aos serviços;
- Colaboram no monitoramento de agravos, como no caso da Tuberculose;
- Realizam a busca ativa de usuários, ações nas comunidades, reuniões de equipe e de rede, campanhas de prevenção e imunização e formação em serviço.

O atendimento pode ser realizado de maneira remota através de ligações ou videochamada nos casos de Demanda Espontânea ou pode ser realizado atendimento presencial mediante agendamento prévio. O contato com os Mediadores Interculturais é feito pelo **WhatsApp 55 51 8902-7789**.

Qualquer pessoa pode solicitar o auxílio dos Mediadores Interculturais, tanto profissionais de saúde ou de outras áreas quanto os próprios migrantes e serviços da rede de atendimento à migrantes da sociedade civil.

A SMS conta com Mediadores Interculturais das nacionalidades haitiana, venezuelana e senegalesa. A Área Técnica oferece suporte através de migrantes voluntários para o acompanhamento de outras nacionalidades.



Texto elaborado por **Rita Buttes** – Terapeuta Ocupacional Coordenação da área técnica da SMS/POA e integrante do Comitê Municipal de Atenção aos Imigrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas no Município de Porto Alegre.

APENDICE 4 – CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL

A tuberculose (TB) representa um desafio significativo à saúde pública, especialmente no contexto do sistema prisional, onde as condições de confinamento, superlotação e circulação frequente de pessoas criam um ambiente propício para a transmissão da doença. Estima-se que a prevalência de TB em populações privadas de liberdade (PPL) seja muitas vezes superior à da população geral, refletindo a vulnerabilidade dessa população a doenças infecciosas. Assim, o controle da TB nos estabelecimentos prisionais é essencial para reduzir a morbidade e a mortalidade da doença, bem como para prevenir a sua disseminação para a comunidade.

O controle da TB no sistema prisional baseia-se em um conjunto de ações articuladas que envolvem o rastreamento, diagnóstico, tratamento, monitoramento e prevenção de casos, com ênfase na continuidade do cuidado. Essas medidas são implementadas em alinhamento com as políticas nacionais de saúde pública e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), adaptadas às especificidades do contexto carcerário.

Rastreamento

O rastreamento de casos de tuberculose é um dos pilares do controle da doença. No momento do ingresso dos detentos no sistema prisional, é realizado um questionamento sobre sintomas respiratórios, como tosse de qualquer duração, que pode indicar suspeita de TB. Além disso, em alguns estabelecimentos, são promovidas campanhas periódicas para a detecção em massa de sintomáticos respiratórios, que incluem entrevistas e exames complementares.

Os exames diagnósticos consistem na coleta de escarro para realização de baciloscopia, Teste Rápido Molecular (TRM-TB) e cultura. Esses exames são realizados em parceria com laboratórios especializados e, sempre que possível, complementados com radiografias de tórax. A confirmação do diagnóstico geralmente envolve alterações no exame de imagem ou resultados positivos nas análises bacteriológicas. Para contatos de casos confirmados, a investigação também inclui testes específicos para infecção por HIV, dada a elevada frequência de coinfeção TB-HIV.

Tratamento e Monitoramento

O tratamento da tuberculose no sistema prisional é realizado por meio do esquema diretamente observado (TDO), o que garante maior adesão e eficácia terapêutica. O acompanhamento do paciente inclui consultas médicas mensais, avaliação do peso para ajuste de doses e realização de exames de controle, como baciloskopias e radiografias periódicas. Os medicamentos utilizados são fornecidos pelos municípios, e a continuidade do tratamento é assegurada, mesmo em casos de transferências entre unidades prisionais ou de soltura do detento.

Além disso, a supervisão dos casos de tuberculose envolve o registro detalhado das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no e-SUS, o que permite o monitoramento contínuo dos casos e a avaliação da qualidade das intervenções.

Medidas de Prevenção

A prevenção da TB ativa inclui a realização de separação de pacientes diagnosticados e a utilização de máscaras para reduzir o risco de transmissão. No caso de contatos próximos, como os companheiros de cela, a abordagem preventiva pode incluir o tratamento

da infecção latente por TB (ILTB), especialmente em indivíduos coinfectados com HIV.

Além disso, a promoção de campanhas educativas e a integração entre as equipes de saúde intramuros e extramuros são estratégias fundamentais para aumentar a conscientização sobre a importância da adesão ao tratamento e das medidas de prevenção.

Desafios e Integração do Cuidado

Um dos maiores desafios do controle da tuberculose no sistema prisional é a continuidade do cuidado, especialmente em casos de transferência de detentos entre unidades ou de liberação para a comunidade. Para mitigar esse problema, é essencial estabelecer um fluxo de comunicação eficiente entre os serviços de saúde prisionais e as unidades da atenção primária à saúde (APS). O acompanhamento dos pacientes deve incluir a notificação de saídas à vigilância epidemiológica local e a orientação dos detentos sobre a necessidade de buscar atendimento nas unidades de saúde próximas à sua residência.

A tabela abaixo resume as principais etapas do fluxo de trabalho no controle da TB em estabelecimentos prisionais:

Etapas	Descrição	Responsável
Rastreamento de casos	Questionamento de sintomas e campanhas de rastreamento em massa.	Equipe de saúde prisional
Diagnóstico	Coleta de escarro, realização de TRM-TB, baciloscopia e radiografia de tórax.	Laboratórios municipais e centrais
Tratamento	Administração do esquema básico por TDO, com ajustes mensais de doses.	Médico e equipe de enfermagem
Monitoramento	Acompanhamento mensal com exames de controle e registros no SINAN e e-SUS.	Vigilância epidemiológica e equipe prisional
Transferências e continuidade	Comunicação entre unidades e orientação ao paciente para continuidade do tratamento na APS.	Equipe prisional e vigilância municipal
Prevenção	Isolamento de casos ativos, uso de máscaras e campanhas educativas.	Equipe multidisciplinar

Fonte: Elaboração própria

O controle da tuberculose no sistema prisional exige uma abordagem integrada e contínua, envolvendo a detecção precoce, o manejo adequado dos casos e a garantia da continuidade do cuidado. A articulação entre os serviços de saúde intramuros e extramuros, aliada à capacitação constante das equipes e ao fortalecimento das políticas públicas, é essencial para reduzir o impacto da doença nesse contexto vulnerável. Investir no controle da TB nas prisões contribui não apenas para a melhoria da saúde das pessoas privadas de liberdade, mas também para a proteção da saúde pública em geral.

É fundamental investigar, no início do tratamento para tuberculose, se o paciente é egresso do sistema prisional, uma vez que essa informação é crucial para orientar o acompanhamento adequado e garantir a continuidade do cuidado. No caso das unidades de saúde prisional, é imprescindível realizar o encaminhamento do caso à Vigilância em Saúde e à Coordenação de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (CAIST), assegurando que o paciente seja referenciado para o serviço de saúde mais adequado à sua situação após a saída do sistema prisional.

Texto elaborado por ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE PRISIONAL/CPPS/DAPS/SMS/POA, Aline Junges (Residente Enfermagem REMAPS/POA), Ana Francisca Perinazzo Fontoura (Enfermeira Coordenadora Equipes de Saúde Prisional POA)

APÊNDICE 5 - ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E CONTROLE DA TUBERCULOSE

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), regulamentada pelo Decreto nº 3.156/1999 e, posteriormente, pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, tem como objetivo garantir acesso à atenção à saúde aos povos indígenas. Para tanto, a Lei nº 9.836/1999 instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, conhecido como SasiSUS, que tem como objetivo garantir, aos povos indígenas, acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, respeitando as suas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas, e garantindo atenção à saúde integral e diferenciada aos povos indígenas.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde é a estrutura responsável por coordenar a PNASPI e todo o processo de gestão do SasiSUS. Embora a operação do SasiSUS ocorra basicamente por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e a assistência da atenção primária seja realizada basicamente pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), os municípios devem atuar de forma complementar e, sempre que necessário, atender aos indígenas como qualquer outro munícipe. Nesse sentido, é preciso que todos os pontos da rede de atenção à saúde estejam preparados para atender aos indígenas, especialmente com relação a agravos e doenças com alta prevalência entre os indígenas, como é o caso da tuberculose.

De forma geral, a Sesai destina-se a prestar serviços de saúde qualificados e diferenciados aos indígenas que vivem em territórios indígenas. Além disso, as equipes da Sesai são responsáveis pela articulação com os serviços de média e alta complexidade, de modo a atender integralmente as necessidades de saúde dos povos indígenas, assim como o apoio para o acesso desses povos à referida rede de serviços.

Assim, tanto a SESAI, por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena do território, quanto os demais serviços devem estar preparados para atender, encaminhar e acompanhar os indígenas, garantindo o devido diagnóstico e o tratamento para tuberculose. Por isso, devem ser elaboradas ações específicas para o controle da TB, que contemplem as diversidades socioculturais e geográficas dos povos indígenas.

PRESENÇA INDÍGENA EM PORTO ALEGRE

• Etnias reconhecidas pela Funai (vivem em aldeias):

- Mbyá Guarani
- Kaingang
- Charrua

ATENDIMENTO DE SAÚDE:

- ✓ **SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena)** → Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)
- ✓ **Polo Base Porto Alegre e Polo Base Viamão**
- ✓ **Unidade de Saúde Indígena (US Indígena)** – atende aldeias Kaingang e Charrua

POVO INDÍGENA MIGRANTE - WARAO (ORIGINÁRIOS DA VENEZUELA)

Situação no Brasil:

- ✗ **Não são reconhecidos pela legislação como indígenas para atendimento pela SESA**
- ✗ **Não possuem equipe municipal especializada para atendimento diferenciado**
- ✓ **Acessam serviços gerais da rede municipal de saúde**

INDÍGENAS UNIVERSITÁRIOS NA UFRGS

- Diversas etnias (predominância Kaingang)
- Residem na **Casa do Estudante Indígena (CEI)**
- Atendimento nas **Unidades de Saúde do território onde residem**

 **Importância:** Compreender essas diferenças é essencial para garantir acesso adequado à saúde e respeitar as especificidades culturais e epidemiológicas de cada grupo indígena.

ATENDIMENTO À SAÚDE DOS INDÍGENAS EM PORTO ALEGRE

Indígenas que residem em aldeias

- ✓ **Atendidos pelas EMSI da SESA** (Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena)
- ✓ **Vinculação:**
 - **Polo Base Porto Alegre** → atende **Kaingang e Charrua**
 - **Polo Base Viamão** → atende **Mbya Guarani**
 - Ambos respondem ao **Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI ISUL)**

✓ **Atendimento municipal complementar:**

- **Unidade de Saúde Indígena (US Indígena) de Porto Alegre**
- Vinculada à **Coordenadoria de Saúde Leste**
- **Atende cinco aldeias Kaingang + aldeia Charrua**
- **Atendimento itinerante, assim como as EMSI**

 Indígenas que não residem em aldeias

- **Diversas etnias**
- **Atendimento pelas unidades de saúde do território onde residem**

Vigilância e monitoramento

Ainda há muitos pontos frágeis na rede de atenção à saúde dos povos indígenas, em especial os aspectos que dizem respeito à vigilância em saúde. Além disso, há de se pontuar a enorme variabilidade de contextos geográficos e epidemiológicos. Pois, apesar de serem descritos como parte de uma mesma população, é evidente a enorme variabilidade entre os diferentes povos indígenas. De qualquer forma, é notório que o risco de acometimento por uma variedade de agravos e doenças é maior entre os indígenas do que entre a população brasileira em geral. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de 2017, os indígenas apresentavam um risco de adoecimento por TB três vezes maior¹.

Em 2017, do total de casos novos de TB notificados no Sinan, 1,0% era de indígenas e, desses, 67,1% eram residentes em área rural, 22,7% em área urbana e 0,3% em área periurbana (SES/MS/SINAN, 2018). Para o mesmo ano, o coeficiente de incidência de TB em indígenas residentes em territórios indígenas foi de praticamente o dobro da população geral. O percentual de cura, em 2016, foi de 80,0% para os casos novos de TB na população indígena (SES/MS/SINAN, 2018).

A estratégia de Busca Ativa entre os indígenas deve envolver os serviços de saúde municipais e a SESAI, por meio do DSEI, com as equipes multidisciplinares de saúde indígena; e, no caso de Porto Alegre, com a equipe da US Indígena.

A recomendação é que a Busca Ativa de Sintomático Respiratório (SR) seja realizada em toda a população indígena de forma contínua e de maneira integrada às ações em saúde realizadas pelas equipes nas aldeias. E, **pelas especificidades dos povos indígenas, todo indígena com tosse é considerado SR, independentemente da sua duração.**

Assim, o indígena SR deve ser submetido a uma avaliação clínica e realizar exames de diagnóstico laboratorial: baciloscopia do escarro e/ou Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), crescidos de cultura e teste de sensibilidade e, quando possível, radiografia de tórax, como método auxiliar para o diagnóstico da TB.

Tratamento da tuberculose

Para os que residem em aldeias, o tratamento da TB sensível deve ser realizado preferencialmente pela equipe de atenção primária, EMSI da SESAI ou US Indígena. O tratamento da TB resistente e da coinfeção TB-HIV deve ser compartilhado entre as equipes e os serviços de referência da rede de atenção à saúde, considerando importante a permanência do indígena em sua aldeia durante o tratamento. Além disso, o Tratamento Diretamente Observado (TDO) é recomendado para todo indígena diagnosticado com TB.

Avaliação de contatos entre indígenas

Entre os indígenas, consideram-se contato de um caso de TB todos os habitantes de um domicílio e isso se estende para outros núcleos familiares que mantenham intensa interação com o paciente de tuberculose. Para os contatos identificados, são recomendadas as mesmas atividades da população geral.

Articulação Interinstitucional

É importante que haja integração das diferentes instâncias, município, estado e o DSEI do território, para o desenvolvimento do planejamento conjunto conforme a realidade local. Nesse sentido, deve ser conhecido o direito dos povos indígenas à sua cultura e à sua saúde. Por isso, sempre que se avaliar necessário, deve haver articulação com as estruturas locais da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), para a efetivação das ações para o enfrentamento da TB nas áreas indígenas, com vigilância dos casos, diagnóstico e seguimento do tratamento. Nesse sentido, também é recomendada a identificação de outras instituições governamentais e não governamentais para consolidação de parcerias e novas estratégias de controle da doença nos territórios indígenas.

Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI ISUL)

Endereço: R. Cap. Pedro Leite, 530 - Barreiros, São José - SC, 88117-600

Telefone: (48) 3049-8500

dseiinterior.sesai@saude.gov.br

Coordenadoria de Saúde Leste

Endereço: Av. Bento Gonçalves, 3722

Telefone: (51) 3289 5529

coordenadoriadistritalleste@gmail.com;

dapscoordenadorialeste@portoalegre.rs.gov.br

Texto elaborado por **Rodrigo Ciconet Dornelles** – Antropólogo da área Técnica de Saúde Indígena CPPS/DAPS/SMS/POA.

APÊNDICE 6 – PROTEÇÃO SOCIAL PARA PESSOAS EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE E ACESSO AO HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON

A tuberculose é uma doença diretamente influenciada por determinantes sociais, estando frequentemente associada à pobreza, à exclusão social e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, a integração entre os serviços de saúde e a assistência social torna-se fundamental para garantir a adesão ao tratamento e promover a proteção social das pessoas acometidas pela doença.

O Hospital Sanatório Partenon (HSP) desempenha um papel fundamental nesse contexto, oferecendo atendimento especializado para pacientes em situação de vulnerabilidade social. Além disso, o hospital mantém fluxos específicos para internação, atendimento ambulatorial e consultoria, garantindo suporte integral aos pacientes e profissionais de saúde.

A INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Os serviços de saúde/profissionais de saúde, ao identificarem pacientes com tuberculose em situação de vulnerabilidade, devem orientar e encaminhar essas pessoas aos dispositivos da assistência social, em especial aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). O CRAS avalia as condicionalidades para o acesso a benefícios sociais, como o Cadastro Único (CadÚnico) e o Programa Bolsa Família, que podem contribuir para a melhoria das condições de vida e para a adesão ao tratamento.

A equipe de enfermagem desempenha um papel essencial nessa integração, atuando na identificação das vulnerabilidades sociais, na orientação sobre os serviços disponíveis e na promoção de um cuidado integral e humanizado. Algumas ações estratégicas incluem:

- **Identificação e encaminhamento:** Durante o acolhimento e acompanhamento do paciente com tuberculose, orienta-se que a equipe de enfermagem avalie a situação socioeconômica e, quando necessário, encaminhe aos serviços da assistência social.
- **Acompanhamento do acesso aos benefícios:** A equipe pode monitorar se o paciente conseguiu acessar os programas sociais e, em casos de dificuldades, auxiliar no contato com os serviços sociais e na mediação de soluções.
- **Educação em saúde e combate ao estigma:** A realização de rodas de conversa, momentos de orientação em sala de espera e palestras sobre tuberculose são fundamentais para desmistificar informações errôneas sobre a transmissão e prevenir a discriminação dos pacientes.
- **Promoção da adesão ao tratamento:** Preconiza-se que a equipe reforce a importância do tratamento supervisionado e orientar sobre o acesso a auxílios oferecidos pelo município, como transporte e alimentação.

ESTRATÉGIAS DE APOIO SOCIAL E BENEFÍCIOS DISPONÍVEIS

No município de Porto Alegre, são oferecidos benefícios para auxiliar as pessoas com tuberculose durante o tratamento, incluindo:

- **Vale-transporte:** Disponibilizado para garantir o deslocamento do paciente até a unidade de saúde, facilitando o acesso ao tratamento.
- **Lanche na unidade de saúde:** Concedido durante a permanência do paciente na unidade, promovendo suporte nutricional.
- **Encaminhamento para programas sociais:** A equipe de enfermagem pode orientar sobre o cadastramento no CadÚnico e no Benefício de Prestação Continuada (BPC), quando aplicável.

A solicitação e reposição de lanches para os pacientes seguem um fluxo onde são realizadas por meio de pedido encaminhado à **Coordenadoria de Saúde.**

Da mesma forma, a solicitação de vale-transporte também pode ser realizada pelas unidades de saúde, seguindo o mesmo procedimento estabelecido.

As unidades de saúde têm a responsabilidade de efetuar essa solicitação sempre que necessário.

INTERNAÇÃO SOCIAL NO HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON

A internação no HSP é destinada a pacientes com tuberculose comprovada que atendam a critérios específicos. O hospital não realiza investigações diagnósticas complementares em casos de falha terapêutica.

Critérios para Internação

Podem ser internados no HSP pacientes que:

- Possuam diagnóstico confirmado de tuberculose;
- Estejam em situação de vulnerabilidade social;
- Sejam de baixa complexidade e apresentem estabilidade clínica, sem disfunção respiratória grave.

Pacientes Não Elegíveis para Internação

Não podem ser internados no HSP pacientes que:

- Necessitem de isolamento prolongado para infecções resistentes (ex.: KPC);
- Apresentem doença psiquiátrica descompensada (o hospital não dispõe de medidas de contenção);
- Sejam gestantes.

Como Solicitar a Internação

- Para casos que não envolvam transferência hospitalar via sistema Gerint, **o médico responsável** pelo paciente no município deve preencher o formulário de solicitação de internação disponível no link: <https://forms.gle/im8jS6VmCyMnaq87A>
- Dúvidas podem ser enviadas para o e-mail: gerint.hsp@gmail.com

APÊNDICE 7 - HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA ESTÍMULO À MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

As dificuldades dos profissionais de saúde em estabelecer uma comunicação empática e adequada podem prejudicar o compartilhamento de responsabilidades no plano de cuidados de pessoas em tratamento de tuberculose, impactando negativamente na adesão e no processo de mudança de comportamento (BRASIL, 2019; MUNIZ et al., 2020; MACIEL, 2018).

Nesse contexto, uma abordagem que não utilize linguagem centrada na pessoa pode gerar atritos entre as necessidades de saúde do paciente e o plano de cuidados, criando um desalinhamento com as prioridades do paciente conforme seu momento de vida (FERREIRA et al., 2021; BRASIL, 2019).

Como consequência, sentimentos de fracasso, frustração e culpa podem emergir, alimentados por expectativas de cuidado que nem sempre são realistas ou equitativas, o que, com o tempo, pode levar à perda de confiança do paciente em si mesmo e nos profissionais de saúde. Isso aumenta o risco de abandono ao tratamento e evita o contato com a unidade de saúde (MACIEL, 2018; MUNIZ et al., 2020).

PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA INCENTIVO À ADESÃO AO TRATAMENTO E ETIQUETA RESPIRATÓRIA

No processo de cuidado e acompanhamento de pessoas em tratamento de tuberculose, é essencial uma abordagem que promova adesão e bem-estar, respeitando a individualidade e os desafios de cada pessoa. Para incentivar práticas seguras, como a etiqueta respiratória, e apoiar a adesão ao tratamento, os profissionais de saúde devem priorizar uma comunicação respeitosa e motivadora, que evite julgamentos e reforce a autonomia do paciente.

Evitar julgamentos ou termos que possam gerar culpa: Abordagens que culpabilizam ou implicam julgamento moral sobre o comportamento do paciente, mesmo que de forma amigável, podem prejudicar a relação de confiança. Em vez disso, optar por uma comunicação neutra e acolhedora é fundamental.

Escolher termos centrados na pessoa: Ao invés de expressões como “não aderente” ou “você tem que”, que podem ser percebidas como imperativas ou acusatórias, prefira dizer “o que você gostaria de fazer sobre...” ou “como podemos te ajudar a atingir suas metas?”. Termos como “pessoa em tratamento de tuberculose” são mais respeitosos e ajudam a reforçar a parceria.

Evitar a sobrecarga de informações: Ao compartilhar orientações sobre o tratamento e sobre a prática da etiqueta respiratória (como cobrir o nariz e a boca ao tossir e evitar locais fechados), procure não sobrecarregar a pessoa com muitas informações de uma vez, abordando cada aspecto com paciência e clareza para facilitar a compreensão e adesão.

Respeitar as escolhas e prioridades do paciente: Aceitar que a doença pode não ser a única prioridade na vida da pessoa, e que ela possui direito de fazer escolhas a respeito de seu tratamento. Mostrar respeito por essas decisões fortalece o senso de responsabilidade e pode melhorar a adesão.

Evitar o uso de expressões que sugere “falta de controle”: Comentários sobre “não controle” ou “fracasso” podem gerar frustração e paralisar a motivação para o autocuidado. Em vez disso, focar em valorizar as conquistas, mesmo que pequenas, reforça a

capacidade do paciente de lidar com o tratamento.

Enfatizar os ganhos no bem-estar e autocuidado: O tratamento e o autocuidado vão além de “controlar uma doença”; eles também visam melhorar a qualidade de vida e promover uma sensação de bem-estar. Incentivar a pessoa a ver o tratamento como parte de uma jornada para a saúde pode tornar a adesão mais motivadora.

Promover esperança e otimismo: Destacar os avanços e as conquistas do paciente, em vez de focar nas dificuldades, é um estímulo importante. Reforçar pequenas vitórias no tratamento contribui para a construção de uma atitude positiva e aumenta a disposição para seguir as recomendações.

Esses princípios ajudam a criar uma relação de confiança e cooperação entre o profissional de saúde e o paciente, facilitando a adesão ao tratamento e incentivando a prática da etiqueta respiratória. Um ambiente de apoio e compreensão é crucial para o sucesso no tratamento e para a promoção da saúde de pessoas em acompanhamento para tuberculose.

ORIENTAÇÕES PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

Tema	Objetivo ^a	Dica	Perguntas Sugeridas
Sintomas	Explorar os sintomas de forma aberta e acolhedora, para que o paciente se sinta confortável em compartilhar.	Perguntar de forma simples e direta, mantendo um tom de preocupação genuína para evitar que o paciente sinta medo de relatar seus sintomas.	"Teve tosse? Sentiu dificuldade para respirar?" "Febre baixa, aquele suor noturno?" "Observou que perdeu peso? Como está o apetite e o acesso à alimentação?"
Comorbidades	Identificar outras condições de saúde que possam afetar o tratamento e o acompanhamento da tuberculose.	Acompanhar o questionamento com uma explicação sobre como essas condições podem influenciar o tratamento, incentivando o paciente a relatar possíveis diagnósticos.	"Tem alguma doença, como diabetes, pressão alta, hepatite?"
Contato com Pessoas com Tuberculose	Investigar possíveis fontes de contágio de forma discreta e respeitosa.	Destacar a importância da informação para o acompanhamento e tranquilizar o paciente quanto à confidencialidade.	"Conhece alguém que teve tuberculose? O que essa pessoa era sua?" "Com qual frequência se encontravam? Frequentavam a casa um do outro ou o local de trabalho?"
Vacinação	Confirmar o histórico de vacinação do paciente.	Explicar o papel da vacina e esclarecer dúvidas, se houver, sobre a BCG e a proteção que oferece.	"Foi vacinado com a BCG? Aquela vacina que deixa uma marquinha no braço – algumas pessoas receberam duas doses."

Fonte: Elaboração Própria

Tema	Objetivo	Dica	Perguntas Sugeridas
Condições de Moradia	Compreender o ambiente onde o paciente vive, pois fatores como ventilação e luz solar influenciam a recuperação.	Explicar que essas perguntas visam adaptar o plano de tratamento ao ambiente de vida do paciente.	"Atualmente você está morando em casa ou está na rua?" "Onde você mora tem janelas em todos os cômodos? Bate sol e passa vento?" "Quantas pessoas moram com você? No mesmo terreno, há outras casas?"
População Privada de Liberdade	Explorar antecedentes importantes para a saúde, sempre de forma cuidadosa.	Explicar que o contexto de vida do paciente ajuda a avaliar possíveis riscos, especialmente em locais com maior risco de transmissão.	"Olha, preciso fazer essa pergunta porque ela é importante para a investigação, por favor, não se ofenda. Você já esteve preso ou visitou alguém no presídio recentemente?"
Pessoa Vivendo com HIV/AIDS	Identificar possíveis fatores de risco e promover testes regulares.	Informar que o teste é rotineiro e importante para o acompanhamento integral do tratamento.	"Quando foi a última vez que fez teste para HIV? Você lembra o resultado?" "Se não, precisamos realizar o Teste Rápido."
Trabalho	Entender as atividades diárias do paciente e identificar possíveis fatores de risco.	Utilizar a resposta para adaptar recomendações que facilitam o autocuidado durante o trabalho.	"Com o que você trabalha? Como são as atividades e o local?"
Rede de Apoio	Conhecer a rede de apoio do paciente para entender o suporte disponível.	Reforçar a importância de um sistema de apoio para o sucesso do tratamento.	"Tem pessoas que te ajudam quando precisa?" "Tem alguém com quem você possa compartilhar o diagnóstico?"
Escolaridade	Identificar o nível de escolaridade para adaptar a comunicação e as orientações ao nível de compreensão do paciente.	Ajustar a complexidade das orientações de acordo com a escolaridade do paciente.	"Estudou até quando?"
Conhecimento Prévio sobre Tuberculose	Avaliar o conhecimento prévio do paciente sobre a tuberculose e o tratamento.	Utilizar as respostas para corrigir equívocos ou complementar informações, abordando de forma não paternalista.	"Sabe alguma coisa sobre tuberculose? Me conta o que sabe?" "Sabe como é o tratamento? Quanto tempo dura?"
Assistência Social e Benefícios	Avaliar o suporte financeiro do paciente, como acesso a benefícios sociais.	Explicar como o suporte financeiro pode contribuir para a adesão ao tratamento e fornecer informações sobre possíveis auxílios.	"Recebe algum auxílio, como Bolsa Família ou BPC?"

Fonte: elaboração Própria.

ANEXO 1 – EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS COMUNITÁRIAS DA REDE NACIONAL DE COMUNIDADES SAUDÁVEIS

Estratégia	Objetivos	Como fazer
Camelô Educativo	Aproximar a população da informação segura e correta, indo ao seu encontro em locais estratégicos dos territórios	Informações e materiais educativos expostos em uma mesa/banca, de modo a atrair a atenção da população em diferentes espaços comunitários.
Vídeo e Debate no quintal	Disseminar informações e discutir temas mais sensíveis frente à tuberculose	Com recursos audiovisuais é possível projetar vídeos informativos e estimular o debate. Usar também filmes comerciais para atrair a atenção e o interesse.
Bicicleta informativa	“Circular” novas ideias e informações para a prevenção e o autocuidado	Divulgar informações e materiais de prevenção e promoção à saúde por meio de passeios ciclísticos mobilizando os territórios.
Programas de rádio	Difundir informações e mensagens para a reflexão e adoção de comportamentos mais saudáveis	Fazer parcerias e usar a criatividade no desenvolvimento de programas a serem veiculados em rádios web/comunitárias/ podcasts. Trata-se de um importante meio de reflexão sobre o estigma e o preconceito
Caixinha de dúvidas	Reconhecer os interesses e as dúvidas dos moradores e usuários por meio de estratégias que favoreçam a participação de modo mais livre	Organizar uma “caixinha fechada” com uma abertura para inserção de perguntas/ comentários de modo anônimo. Ao menos 1 vez por semana, é importante responder às questões apresentadas, colocando-as para visualização em locais públicos

Fonte: Ministério da Saúde 2022.

ANEXO 2 - ORIENTAÇÕES GERAIS AOS ENFERMEIROS GESTORES E ASSISTENCIAIS DO PROGRAMA DE TUBERCULOSE

- Elaboração de Protocolos Operacionais
- Padronizar rotinas e condutas na assistência à TB.
- Organização de Fluxos de Atendimento
- Estabelecer sequências de atos e demandas para continuidade do cuidado.
- Melhoria do Acolhimento
- Estabelecer vínculo entre profissionais de saúde e pacientes com TB.
- Educação Permanente (EP)
- Focar em aspectos técnicos, sociais e de qualidade dos registros.
- Aconselhamento Pré e Pós-Teste de HIV
- Apoio emocional, confiança mútua e educação sobre ISTs e HIV.
- Orientação Antitabagismo
- Integrar o controle do tabagismo ao programa de TB.
- Identificação de Vulnerabilidades
- Mapeamento de riscos em populações vulneráveis.
- Rapidez na Execução de Exames
- Organizar o fluxo de recebimento e entrega de exames.
- Análise de Satisfação da Assistência
- Avaliar a satisfação dos usuários com o serviço de TB.
- Regularidade no Tratamento (TDO)
- Monitorar diariamente a medicação e acompanhar a evolução clínica dos casos.

ANEXO 3 – GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE ESCARRO PARA EXAME DE TUBERCULOSE

1. Preparação do Paciente

- Explicar o Procedimento: Informe o paciente sobre a importância do exame e da coleta adequada de escarro.
- Explique que a primeira coleta pode ser realizada em qualquer momento do dia.
- Explique que a coleta deve ser feita pela manhã, após o paciente acordar, antes de escovar os dentes ou ingerir alimentos, sem fumar, fazer a higiene oral apenas com água.
- Higiene Pessoal: Oriente o paciente a enxaguar a boca com água, evitando o uso de enxaguantes bucais ou escovação antes da coleta.

2. Material Necessário

- Frasco estéril para coleta de escarro com tampa de rosca.
- Luvas descartáveis.
- Máscara cirúrgica (para o profissional de saúde).
- Lenços de papel ou toalha descartável.

3. Coleta do Escarro

- Posicionamento do Paciente: O paciente deve estar sentado, em posição confortável, com a cabeça ligeiramente inclinada para frente.
- Instruções ao Paciente:
 - Oriente o paciente a respirar profundamente algumas vezes.
 - Peça ao paciente para tossir com força para expelir o escarro das vias respiratórias inferiores (pulmões). Evite que a amostra seja apenas saliva.
- Coleta da Amostra: Solicite que o paciente deposite o escarro diretamente no frasco estéril, sem tocar a borda interna do recipiente.
 - A amostra deve preencher cerca de um terço do frasco.

4. Armazenamento e Transporte da Amostra

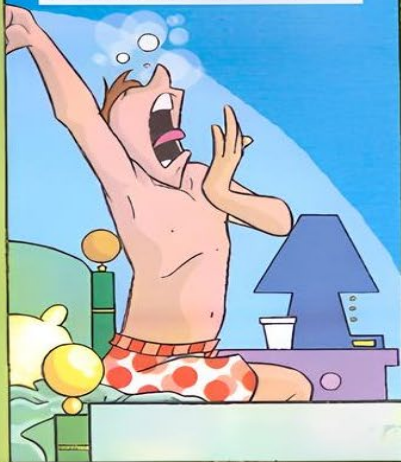
- Tampa do Frasco: Feche bem o frasco com a tampa de rosca, garantindo que não haja vazamento.
- Identificação: Etiquete o frasco com o nome do paciente, data e hora da coleta (em caso de duas amostras: identificar com amostra 1 e amostra 2)
- Armazenamento: Armazene a amostra em local refrigerado (entre 2-8°C) e encaminhe para a unidade de saúde assim que possível (quando de duas coletas, deve-se levar os dois no mesmo momento).

5. Considerações Finais

- Repetição da Coleta: Em alguns casos, pode ser necessário coletar amostras em dias consecutivos para aumentar a chance de detecção da bactéria.
- Descarte do Material: Descarte o material utilizado de forma adequada, seguindo os protocolos de biossegurança.

COMO FAZER O EXAME DE ESCARRO EM CASA

AMANHÃ, AO ACORDAR...



...PEGUE O POTE E LEVE O MAIS PRÓXIMO POSSÍVEL DO SEU ROSTO!

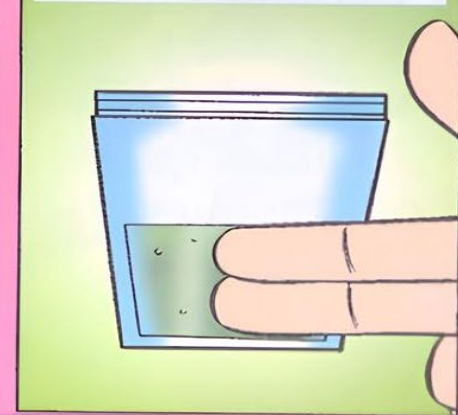


COMO FAZER O EXAME

E ESCARRE O CATARRO DENTRO DO POTE!



FAÇA PELO MENOS 3 VEZES ISSO, ATÉ O POTE TER 2 DEDOS DE ALTURA DE CATARRO!



COMO FAZER O EXAME

RESPIRE FUNDO E PRENDA O AR O MÁXIMO QUE PUDE!



SINTA A BARRIGA ESVAZIAR

A SEGUIR, FAÇA FORÇA PARA TOSSIR!



ESSE EXAME DIRÁ SE VOCÊ TEM TUBERCULOSE

LEVE O POTE TAMPADO NO MESMO DIA AO POSTO DE SAÚDE!



ELES IRÃO DESCOBRIR SE VOCÊ TEM OU NÃO OS BACIOS DA TUBERCULOSE!



ANEXO 4: TUBERCULOSE ATIVA VS. INFECÇÃO LATENTE: CARACTERÍSTICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Característica	Tuberculose	Infecção Latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (ILTB)
Definição	Doença infecciosa ativa causada pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , acometendo principalmente os pulmões, mas podendo afetar outros órgãos.	Infecção controlada pelo sistema imunológico, sem desenvolvimento da doença ativa.
Sintomas	Tosse crônica (às vezes com sangue), febre, suores noturnos, perda de apetite e peso, fadiga.	Assintomática. A pessoa não apresenta sintomas e se sente saudável.
Diagnóstico	Exame clínico, radiografia de tórax, baciloscopia do escarro, cultura para <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , teste molecular.	Teste tuberculínico (PPD) ou teste de liberação de interferon-gama (IGRA); radiografia de tórax obrigatória para descartar TB ativa.
Transmissibilidade	Transmissível pela inalação de gotículas respiratórias expelidas por uma pessoa infectada ao tossir ou espirrar.	Não é transmissível, pois o bacilo está presente no corpo em estado inativo.
Prognóstico	Curável com tratamento adequado; sem tratamento, pode ser fatal.	Sem tratamento, 5-10% das pessoas desenvolvem TB ativa ao longo da vida, sendo o risco maior em imunocomprometidos.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

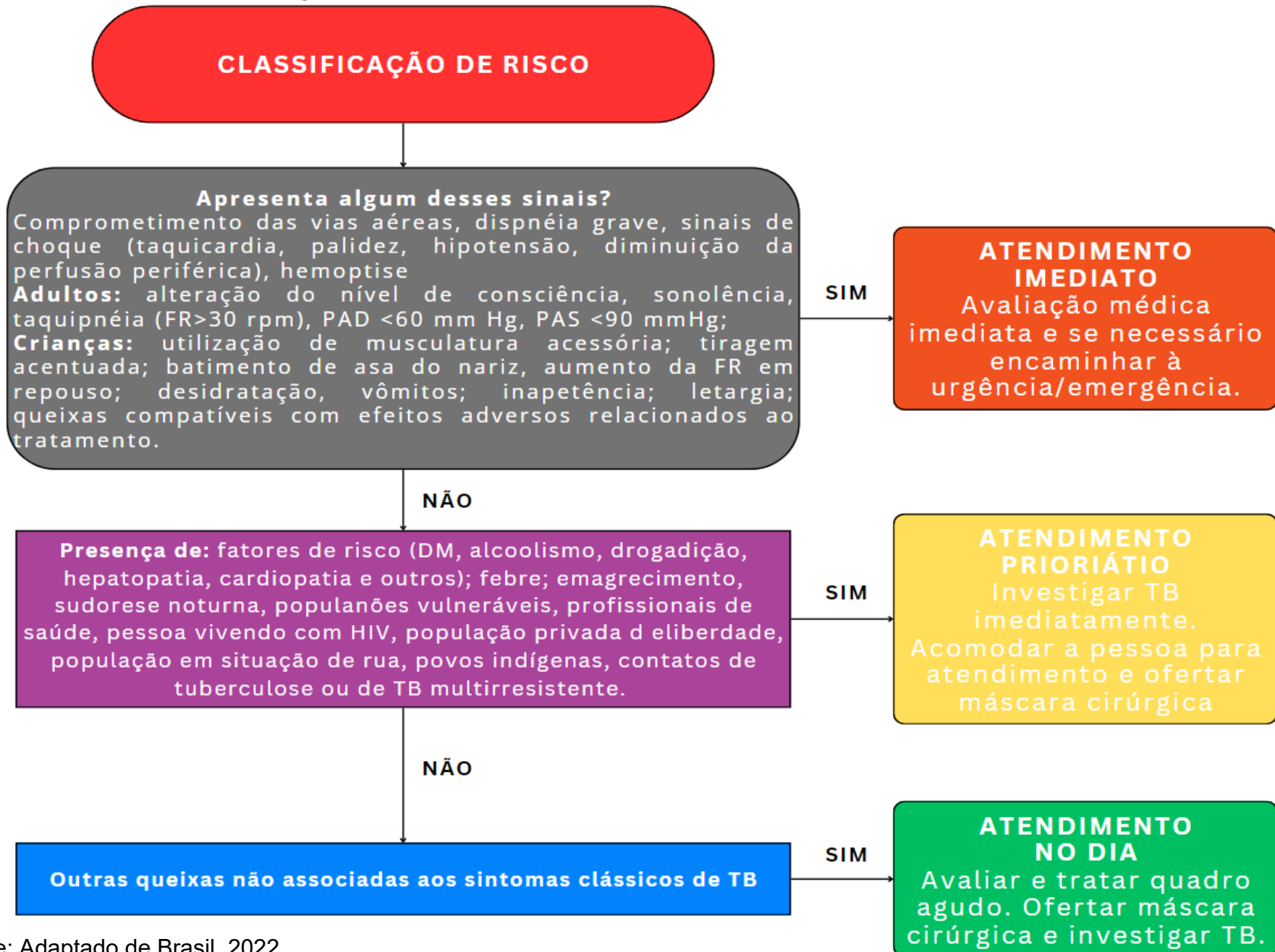
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2. ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

ANEXO 5 – FLUXOGRAMAS

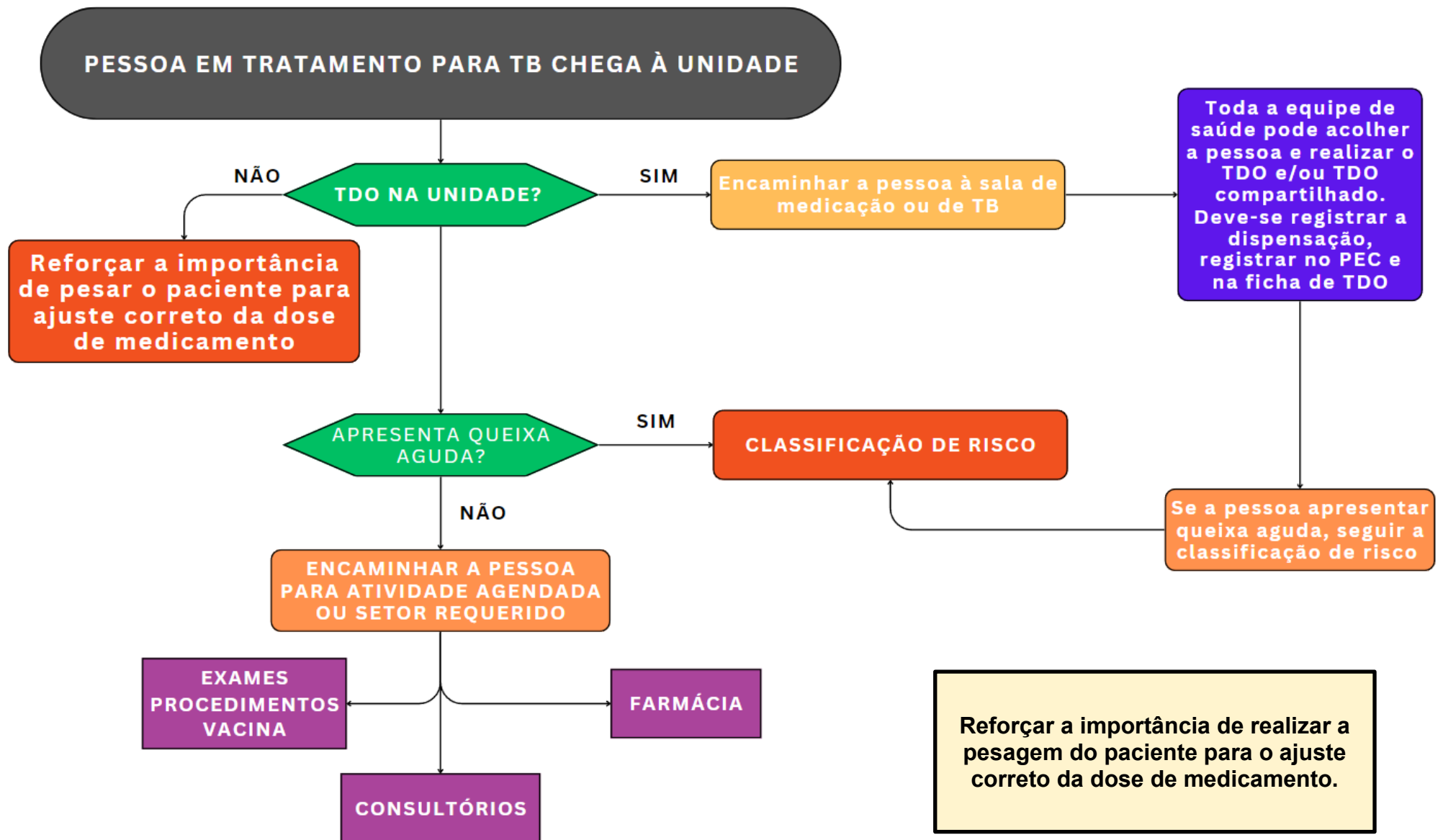
FLUXOGRAMA 1 - ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (SR) NAS UNIDADES DE SAÚDE



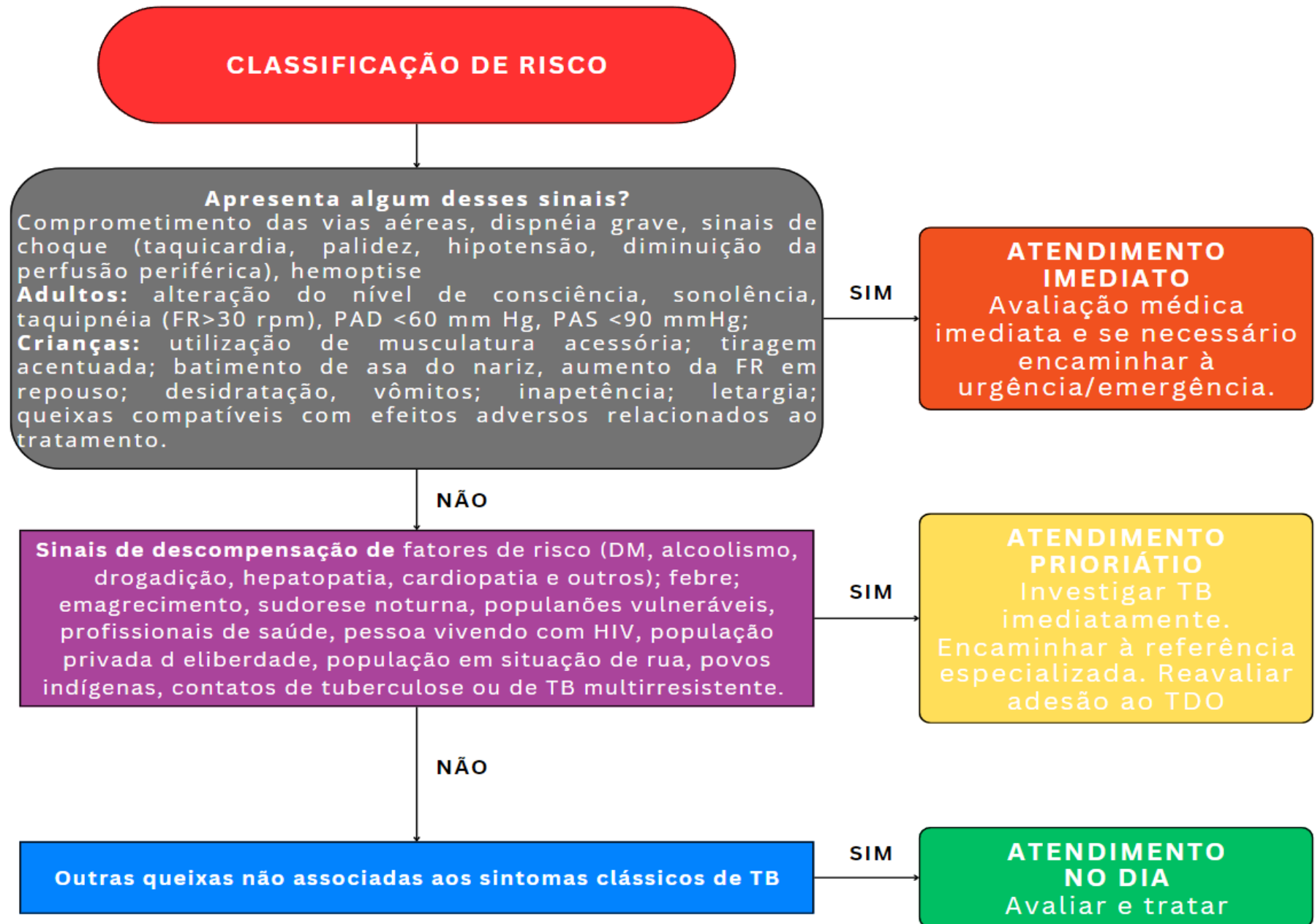
FLUXOGRAMA 2 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



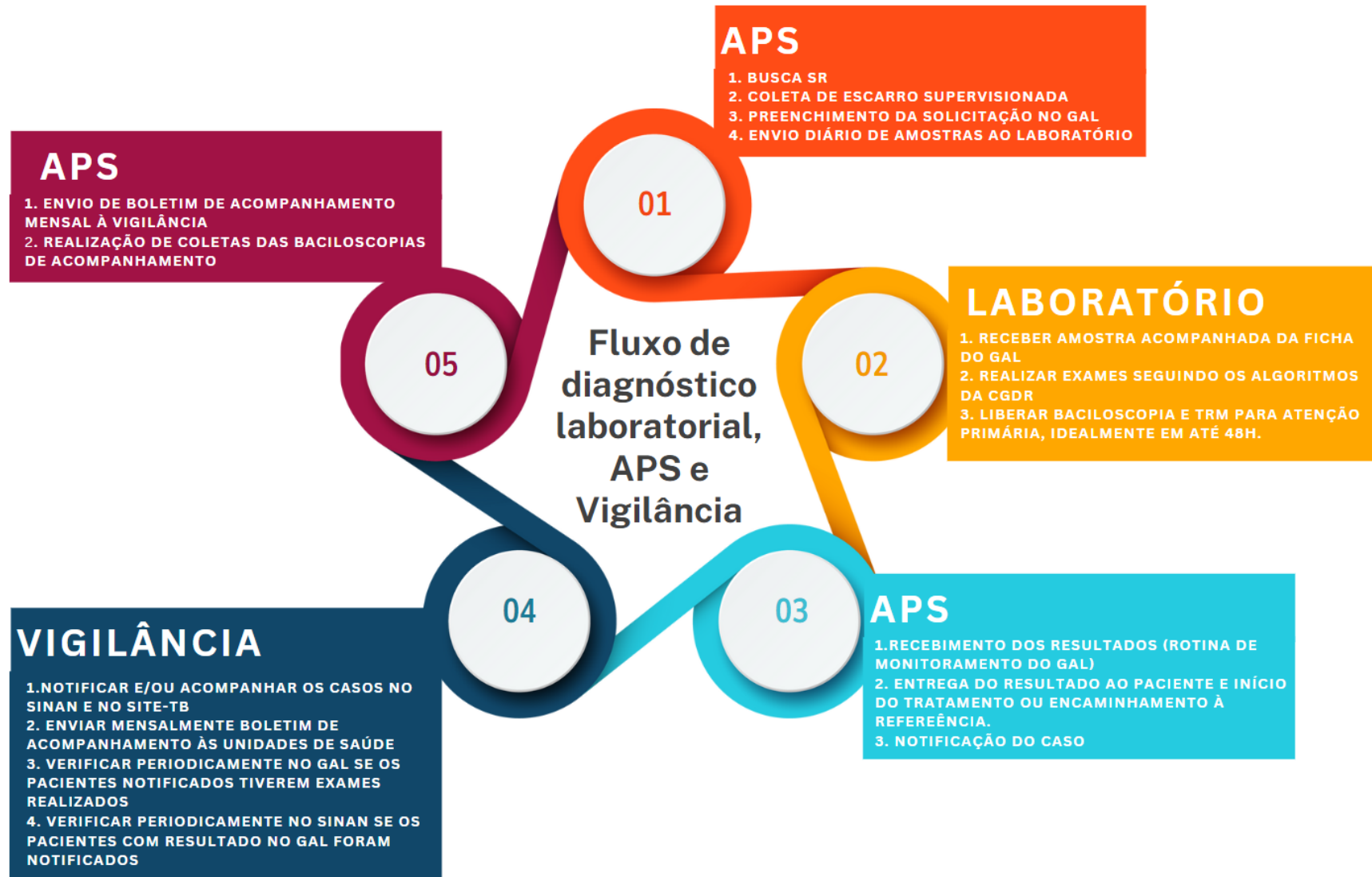
FLUXOGRAMA 3 – ATENDIMENTO DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE (TB)

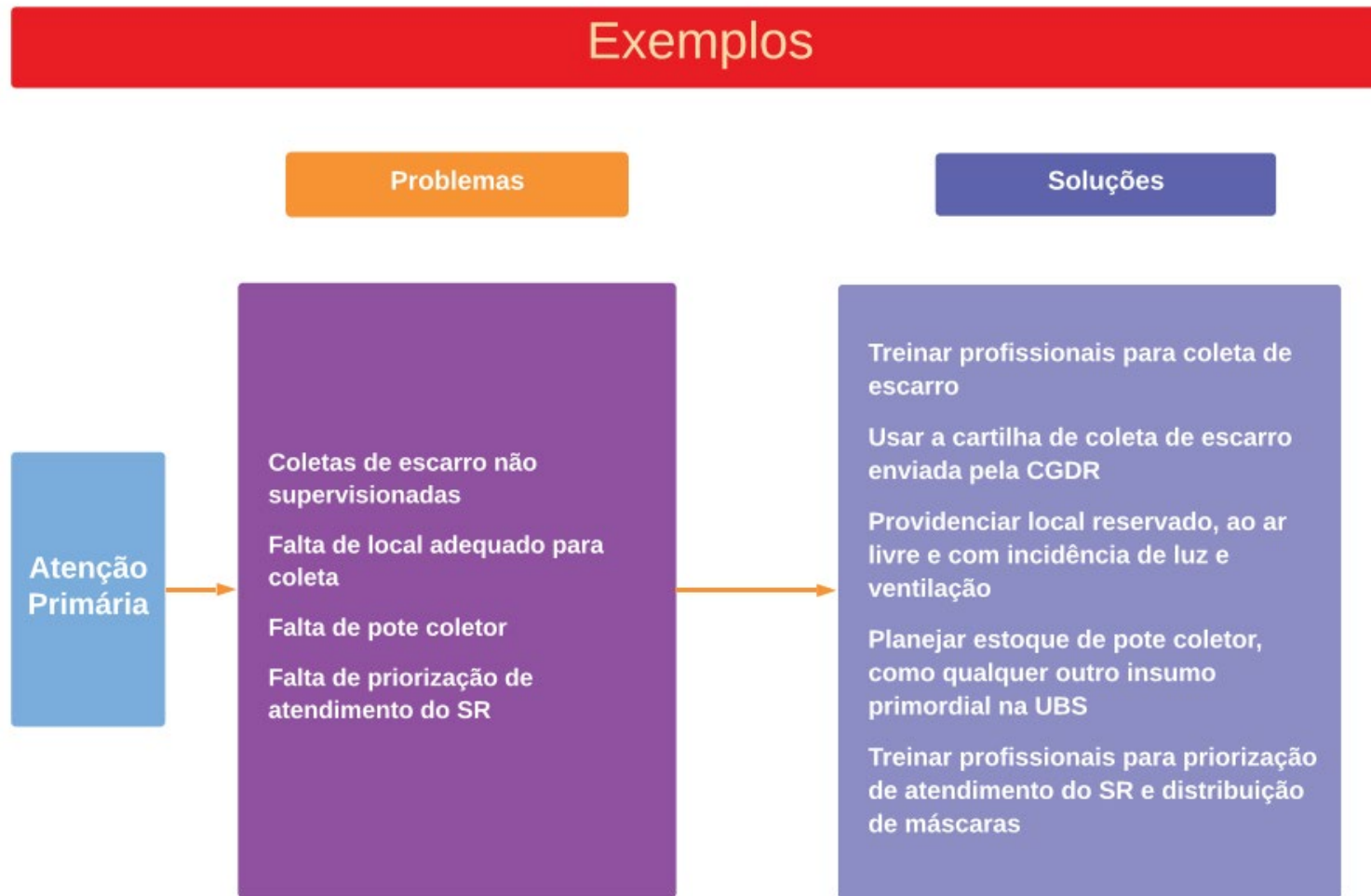


FLUXOGRAMA 4 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PESSOA EM TRATAMENTO DE TB



FLUXOGRAMA 5 – DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE TUBERCULOSE ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE, O LABORATÓRIO E A VIGILÂNCIA



FLUXOGRAMA 6 – EXEMPLOS DE SITUAÇÕES OPERACIONAIS E SOLUÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE DO LABORATÓRIO

FLUXOGRAMA7 – EXEMPLOS DE PROBLEMAS COMUNS DOS LABORATÓRIOS E SOLUÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE



FLUXOGRAMA 8 – EXEMPLOS DE DEMANDAS DE LABORATÓRIOS E SOLUÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE

FLUXOGRAMA 9 – EXEMPLOS DE FLUXOGRAMAS COM SITUAÇÕES E SOLUÇÕES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE