

Tuberculose

MANUAL

DE ORIENTAÇÃO

**PARA COLETA DE AMOSTRAS DE ESCARRO,
E OUTROS MATERIAIS
PARA BACILOSCOPIA E CULTURA
PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE
DA TUBERCULOSE**



DIVISÃO DE TUBERCULOSE
2002

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE AMOSTRAS DE
ESCARRO, E OUTROS MATERIAIS PARA BACILOSCOPIA E
CULTURA PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA
TUBERCULOSE**

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
“Prof. Alexandre Vranjac”



DIVISÃO DE TUBERCULOSE

AUTORAS:

Enf^a LÚCIA DE LOURDES SOUZA LEITE CAMPINAS

Dr^a LUCILAINE FERRAZOLI

Dr^a MARIA ALICE DA SILVA TELLES

Enf^a NORMA FUMIE MATSUMOTO

Enf^a ROSÂNGELA ELAINE MINÉO BIAGOLINI

Enf^a SANDRA MARIA PEREIRA FERRAZ

Fisioterapeuta SÍLVIA DE OLIVEIRA ARPIANI

REVISÃO: EQUIPE TÉCNICA DA DIVISÃO DE TUBERCULOSE

São Paulo, novembro de 2002

CAPA, PROJETO GRÁFICO, LAY OUT E DIAGRAMAÇÃO
Marcos Rosado - NIVE/CVE

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Atividades na coleta da amostra de escarro	3
2.1 Considerações gerais	3
2.2 Material necessário	5
2.3. Orientações específicas sobre a técnica da coleta de escarro ..	5
2.3.1. Considerações preliminares à coleta	5
2.3.2. Qualidade e quantidade da amostra	5
2.3.3. Local da coleta	6
2.3.4. Técnica de coleta	6
2.3.5. Recepção das amostras no serviço de saúde	8
2.3.6. Transporte das amostras para o laboratório	9
2.4. Dificuldades apresentadas pelo cliente no ato de escarrar	9
2.4.1. Técnica de expiração forçada (Huffing)	9
2.4.2. Técnica do escarro induzido	10
3. Recomendações técnicas para coleta de amostras clínicas ..	10
3.1. Amostras de origem pulmonar	11
3.2. Amostras de origem extrapulmonar	12
3.2.1. Amostras supostamente estéreis	12
3.2.2. Amostras contaminadas	12
Referências Bibliográficas	14
Anexos	16

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença com distribuição universal. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 8 milhões de pessoas contraem tuberculose no mundo a cada ano e 3 milhões morrem em decorrência dela. Menos de 5% desses casos ocorrem nos países ditos desenvolvidos, sendo que os 95% restantes distribuem-se naqueles em que há associação da doença com piores condições sócio-econômicas da população. A doença afeta quase todos os órgãos do corpo, mas a forma pulmonar tem importância epidemiológica preponderante por sua transmissibilidade.

No Brasil, cerca de 90.000 casos novos são notificados anualmente, sendo o Estado de São Paulo o responsável pelo maior número absoluto de casos novos (19.000 a 20.000), com um coeficiente de incidência de 50/100.000 habitantes. A incidência tem-se mantido estável nos últimos anos, porém estão sendo registrados 1.500 óbitos por ano no Estado de São Paulo com aumento da gravidade dos casos por ocasião do diagnóstico.

No ano 2001, no Estado de São Paulo, em um total de 20.125 casos notificados de tuberculose, 9.848 (51,6%) foram casos pulmonares em maiores de 15 anos, com baciloscopias positivas, e 2.555 (13,4%) foram casos pulmonares em maiores de 15 anos, com baciloscopias não realizadas.

É importante ter sempre em mente duas questões:

1. Quanto antes a doença for diagnosticada, menor será a chance de transmissão.
2. Quanto antes a doença for diagnosticada, menor será a gravidade da doença.

Desde a década de 70 (século XX), no Brasil estão disponíveis praticamente todos os recursos técnicos indispensáveis para o diagnóstico, tratamento e profilaxia da tuberculose. Então, por que não se consegue diminuir a incidência da doença e aumentar a taxa de cura? Não se pode atribuir aos fatores sócio-econômicos apenas a causa deste insucesso.

O desencontro entre os avanços técnicos do diagnóstico versus tratamento e sua aplicação nos Programas de Controle de TB está sendo

revisto em seus vários aspectos e níveis de trabalho.

O Ministério da Saúde definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e, atualmente, a Secretaria de Políticas de Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, estabeleceu parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, através dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, com estratégias para reorganização da atenção básica do país mediante as quais seria possível controlar a TB (Cadernos de Atenção Básica, MS, 2002).

Os profissionais das equipes das unidades básicas de saúde são o agente mais importante para a reversão desse quadro. Eles devem estar capacitados e instrumentalizados para poder educar a comunidade em que atuam a prevenir a TB, buscar os casos suspeitos, fazer um diagnóstico rápido e preciso, instituir o tratamento adequado e acompanhar os clientes até a cura.

A busca ativa de casos de tuberculose deve ser feita em pessoas com sintomas respiratórios. O *sintomático respiratório (SR)* é definido como o indivíduo com tosse há três ou mais semanas, devendo então ter seu escarro examinado através da baciloscopia.

A baciloscopia pelo método Ziehl-Neelsen é o método preconizado para ser usado no diagnóstico de TB pulmonar. Trata-se de um exame direto, não-invasivo, rápido e econômico.

A cultura é uma ferramenta valiosa, tanto para o diagnóstico, uma vez que discrimina o agente causal, como para o acompanhamento e controle do tratamento. A recomendação é que seja oferecida a cultura para: casos suspeitos de TB com baciloscopia de escarro persistentemente negativa, casos de TB extrapulmonar, casos HIV+ com tuberculose, todos os retratamentos, casos em populações de maior risco (moradores de rua, detentos, profissionais de saúde) e suspeitos de TB resistente às drogas.

O RX de tórax e o teste tuberculínico são outros dois procedimentos usados no diagnóstico e acompanhamento da evolução da TB pulmonar. O RX é particularmente importante no diagnóstico de TB pulmonar em crianças.

Estudo realizado por Niero, Derntl e Guardado (1996) observou as

seguintes razões para recusa de amostras de baciloscopia: material insuficiente, formulário de solicitação de exame sem o material biológico, material sem formulário de solicitação de exame e pote sem identificação.

Campinas (1999) no município de São Paulo, observou em um serviço de saúde de referência para TB que, embora 93,6% dos clientes fossem orientados para realização da coleta de escarro, 33,3% não sabiam colher o material, 15,4% tiveram dúvidas mas não as apresentaram à enfermagem, e 6,3% colheram de modo incorreto as amostras acarretando atraso no resultado do diagnóstico.

Mazzaia (2000) observou que os profissionais de saúde têm atitudes “negativas” em relação à amostra de escarro e, em consequência, não orientam o cliente adequadamente para a coleta.

Este manual se propõe orientar e auxiliar na capacitação de profissionais das equipes de saúde envolvidas no PCT a colher amostras adequadas de material para exame bacteriológico de escarro, diminuindo o tempo necessário para o diagnóstico da TB.

2. ATIVIDADES NA COLETA DA AMOSTRA DE ESCARRO

2.1. Considerações Gerais

Na realização do diagnóstico, faz-se necessário a coleta de pelo menos uma amostra de escarro adequada na primeira consulta, seja ela nos serviços básicos de saúde, ou nos pronto-socorros, que são a maior porta de entrada de pessoas com suspeita de TB. A segunda amostra deve ser colhida no dia seguinte, ao despertar.

Aparentemente parece fácil conseguir que o cliente realize uma coleta de escarro adequada. Para alguns profissionais, este ato constitui algo simples, que não requer grandes explicações, sendo que qualquer pessoa é capaz de fazê-lo, independente da idade. Porém, alguns estudos demonstraram (Campinas, 1999; Mazzaia, 2000), que as dificuldades de uma boa coleta, apresentadas pelo cliente, passam ao largo do

conhecimento daqueles que atuam no programa.

Consideramos, em primeiro lugar, que a baciloscopia tem pouca credibilidade entre os clientes ao passo que o RX tem grande aceitabilidade. O RX apresenta significado concreto, algo que retrata o interior do corpo onde encontra-se o problema.

Em segundo lugar, o estigma quanto ao ato de escarrar, permeia o imaginário do cliente e dos profissionais. Para estes, o escarro pode significar deterioração orgânica. Portanto, a maioria das pessoas prefere colher fezes ou urina, que são excretas consideradas normais.

Em terceiro lugar, a comunicação entre o profissional e o cliente deixa a desejar. Para SILVA (1996), “a comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os clientes”. Para que ocorra uma comunicação efetiva é preciso que ela seja bidirecional. Torna-se necessário que haja resposta e validação das mensagens enviadas. Portanto, é preciso enviar a mensagem e verificar se o cliente realmente a entendeu.

Algumas particularidades devem ser consideradas pelos profissionais. Por exemplo, a questão da hidratação do cliente, antes da coleta da amostra. Recomenda-se a ingestão de, pelo menos, 2 litros de água no dia anterior, com a finalidade de mobilizar a secreção pulmonar.

Outro ponto importante, é saber que pacientes soropositivos ou com aids têm, às vezes, pouca secreção.

Devido às características das lesões da TB infantil, crianças pequenas, mesmo tendo TB pulmonar, não eliminam bacilos pela tosse, sendo indicados outros métodos diagnósticos.

As amostras para controle de tratamento devem ser colhidas mensalmente e são de grande importância no monitoramento da tomada de medicação. Sabe-se que no decorrer do tratamento, as secreções pulmonares diminuem, porém observou-se que, mesmo que o cliente tenha secreção, muitas vezes o exame de BK de controle não é solicitado.

2.2. Material necessário

- Potes plásticos, descartáveis, com boca larga (50mm de diâmetro), transparente, tampa de rosca (40mm), capacidade de 35 a 50 ml.
- Requisição de exame – Tuberculose padronizada (anexo 1).
- Rótulo (etiqueta ou fita adesiva).
- Papel higiênico ou papel toalha.
- Saco plástico.
- Sabonete.

2.3. Orientações específicas sobre a técnica da coleta de escarro

2.3.1. Considerações preliminares à coleta

Um aspecto importante que influencia a qualidade das amostras de escarro é a orientação efetuada pelos profissionais de saúde e a compreensão destas pelo cliente. São fundamentais, não somente o conteúdo falado, mas também a linguagem não-verbal. Sendo assim, o profissional de saúde deverá dirigir-se ao cliente pelo nome, cumprimentá-lo, aproximar-se para atendê-lo, manter contato visual quando a ele se dirige ou quando este se dirige ao profissional, concentrar-se no cliente e manter fisionomia receptiva. (MIRANDA e col apud MAZZAIA, 2000).

O profissional de saúde deverá ter sempre a preocupação de avaliar a compreensão das informações dadas, mudando a linguagem quando necessitar repetir a orientação, além de sempre deixar espaço para o que o cliente possa fazer perguntas.

2.3.2. Qualidade e quantidade da amostra

“Uma boa amostra de escarro é aquela que provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse, e não a que se obtém da faringe ou por aspiração de secreções nasais, nem tampouco a que contém somente saliva. O volume ideal está compreendido entre 5 a 10 ml”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A baciloscopia com finalidade diagnóstica deve ser feita a partir de, pelo

menos, 2 amostras. A primeira amostra deve ser colhida no momento da consulta para aproveitar a presença do doente; a segunda amostra deverá ser colhida no dia seguinte ao despertar. No horário do despertar obtém-se uma amostra mais abundante devido às secreções acumuladas na árvore brônquica durante a noite. Se uma 3ª amostra for necessária, aproveita-se para colhê-la no momento da entrega da segunda.

2.3.3. Local da coleta

Recomenda-se que as amostras sejam colhidas em locais abertos, de preferência ao ar livre, de forma a dispensar ou eliminar (pelos Raios UV) os núcleos de Wells (partículas de 1 a 5m c/1 a 2 bacilos que ficam suspensas no ar) (APECIH, 1999, GARNER, 1996; KOCH, 1997).

Sendo assim, o local adequado para coleta de escarro nas Unidades de Saúde deve ser um lugar aberto, de preferência ao ar livre (recomenda-se colocar um biombo para que o cliente não fique constrangido ao realizar a coleta de escarro em ambiente externo). Se a coleta for realizada em uma sala/consultório, esta deverá ser arejada, tendo as janelas abertas para reduzir a concentração de partículas infectantes (núcleos de Wells). A porta deverá permanecer fechada durante a coleta; desta forma o fluxo de ar será direcionado para fora do ambiente.

2.3.4. Técnica de coleta

A **primeira amostra** deve ser solicitada e coletada no momento em que o sintomático respiratório (SR) procura atendimento na Unidade de Saúde (UBS, Ambulatório ou PS), ou nos Programas de Saúde da Família / Programa de Agente Comunitários de Saúde ou em instituições fechadas como o Sistema Prisional e Albergues, visando garantir a realização do exame laboratorial no momento da descoberta. Não é necessário estar em jejum, porém é importante que a boca esteja limpa, sem resíduos alimentares.

Antes de iniciar as orientações ao cliente, o profissional de saúde deverá reunir todo material necessário, bem como verificar se a tampa do pote fecha bem e se o mesmo está devidamente identificado (nome do cliente e data da coleta em fita adesiva colada no **corpo do pote e nunca na tampa**).

Técnica de coleta da 1ª amostra (na Unidade de Saúde):

- Explicar a importância do exame para o cliente utilizando termos claros e de fácil entendimento.
- Orientar a necessidade de seguir os passos da coleta, pois o material para exame de escarro deve ser proveniente da árvore brônquica e não da região da orofaringe.
- Fornecer ao cliente a orientação e simulação da técnica de coleta, utilizando para isto o pote, aproveitando este momento para indicar a quantidade a ser colhida.
- Orientar o cliente a inspirar profundamente, retendo por alguns instantes o ar nos pulmões. Orientar o cliente a tossir e lançar o material diretamente no pote de coleta, após ter retido o ar nos pulmões.
- Orientar a repetir este procedimento por 3 vezes, afim de atingir a quantidade necessária ao exame (5 a 10 ml).
- Orientar a tomar cuidado para que o material não escorra do lado externo do pote.
- Orientar o cliente a tampar o pote rosqueando-o firmemente.
- Entregar o pote identificado envolto em papel toalha, ou em papel higiênico.
- Solicitar ao cliente que repita verbalmente as informações realizadas e simular a coleta.
- Indicar ao cliente o local de coleta na Unidade (local aberto de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada).
- Após a coleta o cliente deve levar o pote até o profissional de saúde. O profissional deverá verificar a quantidade e qualidade da amostra, sem abrir o pote. Caso a quantidade seja insuficiente, deve-se pedir para que o cliente repita a operação até obter uma amostra adequada.
- Ao final, o cliente deverá lavar as mãos.

A 2ª amostra deverá ser coletada na manhã do dia seguinte, assim que o cliente despertar. O paciente deve estar em jejum, realizar bochecho com

água para a retirada de resíduos existentes na orofaringe e seguir os passos da 1ª amostra. Essa amostra em geral tem uma quantidade maior de bacilos, porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda noite. O cliente deve ser orientado a levar o exame à Unidade de Saúde no mesmo dia (não armazenar em casa), transportando o pote com a tampa para cima, em saco plástico, cuidando para que este permaneça nessa posição evitando extravasamento do material.

Técnica da coleta da 2ª amostra (no domicílio):

- O cliente deve colher a amostra, logo ao despertar em local arejado, seguindo os passos da 1ª amostra.
- Realizar esta coleta no dia em que for levar o exame à Unidade de Saúde (não deixar armazenada em casa).
- O cliente deverá colocar o pote com a tampa para cima, em saco plástico, cuidando para mantê-lo nessa posição.
- Orientar que o cliente lave as mãos após este procedimento e transporte o material para o local indicado.

2.3.5. Recepção das amostras no serviço de saúde

O profissional de saúde que receber a amostra deverá utilizar luvas de procedimento para manusear o pote. Verificar se a amostra está bem identificada e se corresponde à requisição do exame. Conferir a quantidade do escarro sem abrir o pote. Em caso de extravasamento do material desinfetar o exterior dos potes e frascos com solução de hipoclorito de sódio 1% ou fenol 5%.

Conferir se a requisição do exame está completamente preenchida com letra legível. Completar o que estiver faltando perguntando à pessoa que estiver entregando a amostra. A requisição deverá conter as seguintes informações:

- Unidade requisitante.
- Nome (Completo, legível).
- Endereço com CEP (acrescentar telefone).
- Amostra (1ª ou 2ª para diagnóstico, controle).
- Tipo de material (escarro, urina, etc).

Vale lembrar que *nenhum material biológico poderá ser desprezado, mesmo em situações em que haja problemas referentes à qualidade, quantidade e forma de envio, sem o prévio conhecimento do paciente, e do solicitante do exame, salvo em caso de acidente* (que também deve ser notificado). Notificar o serviço que enviou as amostras sobre quaisquer problemas referentes à qualidade, quantidade e forma de envio.

Após a conferência colocar os potes no engradado da caixa de isopor. Retirar as luvas e lavar as mãos.

2.3.6. Transporte das amostras para o laboratório

Colocar os potes, em uma caixa, com as tampas bem fechadas e voltadas para cima. Transportar sob refrigeração, protegidos da luz solar e acondicionados de forma adequada. Colocar as requisições dos exames em um envelope ou saco plástico, fora da caixa de isopor.

2.4. Dificuldades apresentadas pelo cliente no ato de escarrar

Algumas dificuldades poderão surgir no decorrer da coleta. Manobras poderão ser sugeridas e demonstradas ao cliente, facilitando assim a expectoração. Seguem abaixo técnicas que poderão ser usadas nestes casos.

2.4.1. Técnica de Expiração Forçada (Huffing)

Esta técnica é baseada no conceito fisiológico dos pontos de igual pressão (PIP) e vem sendo muito utilizada na atualidade como uma forma de ajudar o cliente na eliminação das secreções brônquicas. Essa técnica tem como objetivo ajudar na mobilização das secreções através da manipulação das pressões torácicas e da dinâmica das vias aéreas com menor probabilidade de colapso bronquiolar.

Para realizar a técnica de expiração forçada (TEF), o cliente realiza uma inspiração curta e em seguida um grande esforço expiratório com a boca aberta, permanecendo a glote aberta e os músculos abdominais contraídos.

Para garantir que o cliente mantenha a glote aberta peça para o mesmo pronunciar a letra H ou mesmo dizer HUFF, se mesmo assim o cliente tiver dificuldade de compreensão explique que ele deve fazer como se fosse embaçar um espelho.

Esta técnica pode ser uma grande aliada na coleta do escarro para o exame de baciloscopia, visto que o volume ideal é de 5 a 10 ml de secreções que provêm da árvore brônquica.

Outro ponto importante é que a TEF quando associada à drenagem postural, otimiza a eliminação de secreções, isto explica a importância de orientar o cliente a colher o primeiro escarro da manhã.

2.4.2. Técnica do Escarro Induzido

Recomenda-se a obtenção de uma amostra de escarro através de indução, utilizando nebulização com solução salina hipertônica (5ml de NaCl 3%), preferencialmente com nebulizador ultra-sônico. (I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997).

Para obtenção da solução a 3%, utilizar o seguinte recurso:

***Usar 5 ml de Soro Fisiológico a 0,9% + 0,5 ml de Na Cl a 20%**

***Não utilizar solução preparada com água destilada e NaCl pois pode causar broncoespasmo, dificultando ainda mais a expectoração.**

ATENÇÃO! Este procedimento aumenta o risco ambiental de transmissão de tuberculose. Deve-se ter cuidados especiais no local onde o procedimento for realizado.

3. RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS PARA COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS

A pesquisa bacteriológica BAAR em amostras clínicas, é realizada pela baciloscopia e cultura. Um resultado confiável depende da qualidade, conservação e transporte desta amostra.

3.1. Amostras de origem pulmonar

a) Escarro.

A amostra de maior rendimento para o diagnóstico da TB pulmonar é o escarro proveniente da árvore brônquica, obtido após o esforço da tosse. A prática mais útil é a coleta em dias consecutivos, uma no momento da consulta e outra na manhã do dia seguinte.

O escarro deve ser acondicionado e transportado cuidadosamente, para evitar o risco de contaminação das pessoas e do ambiente.

A amostra deve ser encaminhada ao laboratório no mesmo dia da coleta, ou em até 7 dias se mantido sob refrigeração, acompanhada da requisição do exame (papeleta).

b) Lavado Brônquico.

Este exame é reservado para casos especiais. A coleta é realizada em hospitais e clínicas especializadas. A amostra deve ser coletada em frasco ou tubo limpo esterilizado e ser transportada rapidamente para o laboratório. Se o transporte não puder ser feito imediatamente, conservar a amostra sob refrigeração.

c) Lavado Gástrico.

Da mesma forma que o lavado brônquico, a coleta do lavado gástrico é realizada em hospitais e clínicas especializadas, com o cliente em jejum. Esta coleta é indicada para casos especiais principalmente em crianças, pois estas engolem o escarro. Deve-se coletar duas amostras em dias consecutivos. O pH ácido, devido à presença do suco gástrico, pode destruir os bacilos. Portanto, a amostra deve ser processada até 4 horas após a coleta ou transportada em tampão fosfato dissódico a 10% (1,5 ml de tampão para até 15 ml da amostra). Lembrar que o rendimento deste exame é baixo!

3.2. Amostras de origem extra pulmonar

3.2.1. Amostras supostamente estéreis

a) Fluidos (Líquido cefalorraquidiano, pericárdico, ascítico, pleural, sinovial, aspirado de gânglios e de medula óssea).

Estas amostras são coletadas, principalmente, em hospitais e clínicas especializadas. Devem ser colocadas em frascos ou tubos limpos esterilizados e enviadas ao laboratório o mais rápido possível.

b) Sangue.

A hemocultura é indicada para clientes imunodeprimidos, principalmente para portadores de AIDS. Usualmente coleta-se 5 ml de sangue após assepsia local, utilizando-se uma seringa sem anticoagulante. Esse volume deve ser inoculado em 20 ml de meio líquido apropriado. Quando utilizado o sistema bifásico, coleta-se 10ml de sangue, sendo 5 ml inoculado no meio sem PNB (ácido p-nitrobenzóico) e 5 ml no meio contendo PNB. Os frascos devem ser encaminhados ao laboratório para posterior incubação a 37°C.

c) Fragmentos de tecidos.

Os fragmentos resultantes de biópsia devem ser colocados em frascos ou tubos limpos, esterilizados, contendo água destilada ou solução fisiológica 0,9% estéreis. NUNCA USAR FORMOL.

3.2.2. Amostras contaminadas

a) Urina.

Após cuidadosa higiene local, coletar a 1ª micção da manhã, em frascos limpos, e esterilizados. Recomenda-se a coleta em três dias consecutivos. As amostras devem ser mantidas sob refrigeração enquanto não são encaminhadas ao laboratório. Uma vez completada a coleta, encaminhar todas as amostras ao laboratório imediatamente.

Obs. Não se recomenda a coleta de urina de 24 horas.

b) Secreções em Geral.

A amostra coletada através de punção com seringa deve ser colocada em frasco ou tubo limpo esterilizado. Quando utilizado “Swab”, colocar o mesmo em tubo limpo e esterilizado, contendo água destilada ou solução fisiológica estéril. Encaminhar ao laboratório até 24 horas após a coleta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Inf. Hosp.
Monografia: Precauções e Isolamento, 1999.
- Campinas LLSL. Conhecimentos e opiniões de usuários sobre a importância do exame e das amostras de escarro no diagnóstico da TB pulmonar. São Paulo, 1999. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Garner, J.S. 1996 The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee - Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* , 17:53-80.
- Koch, M. R. e cols. Doenças Transmissíveis, Curitiba: Florence; 1997
- Mazzaia MC. Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de enfermagem visando a qualidade de amostras de escarro para baciloscopia no diagnóstico da TB pulmonar. São Paulo, 2000. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- MS (Ministério da Saúde) Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, 1992
- Divisão de Pneumologia Sanitária. *Controle da TB: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3ª ed. Rio de Janeiro.
- MS (Ministério da Saúde). 1994. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Manual de Bacteriologia da Tuberculose, 2ª ed. Rio de Janeiro.
- MS (Ministério da Saúde), 1995 Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. *Manual de normas para controle da TB*. 4ª ed. Brasília.
- MS (Ministério da Saúde). 2002 Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica Manual Técnico para o controle da TB: Cadernos de atenção básica, 6ed, rev. e ampl., Brasília. 62p.

Niero, R, Derntl, AM, Guardado, Y N., 1996. Razões de recusa de amostra de escarro para pesquisa de BAAR por um laboratório regional de Saúde Pública São Paulo-Brasil. *Revista LAES & HAES*; 103:122-30.

Silva MJPS. Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia I CONSENSO BRASILEIRO DE TB, 1997. *Jornal de Pneumologia*, vol.23, n.6, p.294-6.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**TREINAMENTO PARA COLETA DE MATERIAL PARA
BACILOSCOPIA E CULTURA PARA DIAGNÓSTICO E
CONTROLE DE TRATAMENTO DE TB PULMONAR**

PRÉ TESTE

1. Para descobrir casos de TB na comunidade, devemos pesquisar:
 - a) Sintomáticos respiratórios.
 - b) Comunicantes de casos de TB.
 - c) Suspeitos radiológicos.
 - d) Pessoas com condição social e doenças que predisponham a TB.
 - e) Todas alternativas estão corretas.

3. Em relação à coleta de escarro para pesquisa do Bacilo de Koch (BK):
 - a) Devem ser colhidas duas amostras, uma no momento da suspeita e a segunda no dia seguinte ao despertar.
 - b) Pode ser armazenado em geladeira por até 7 dias.
 - c) É um método simples e barato.
 - d) As amostras, deve ser encaminhadas, de preferência no mesmo dia da coleta para o laboratório.
 - e) Todas as alternativas corretas.

4. O local adequado para coleta de escarro, deve ser:
 - a) No banheiro dos clientes, onde é mais privativo.
 - b) Na sala de medicações, onde o profissional de enfermagem pode acompanhar e orientar.
 - c) Na sala de inalação, pois se tiver dificuldade, fará inalação.
 - d) Em local reservado, por ser mais privativo.
 - e) Em local em que haja trocas de volumes de ar, ou local aberto.

5. A boa amostra de escarro, é aquela que provém:
- a) Da árvore brônquica.
 - b) Da faringe.
 - c) De aspirações de secreções nasais e pulmonares.
 - d) Da faringe, de secreções nasais e da árvore brônquica.
 - e) Da saliva e pulmonar.
6. O volume ideal da amostra de escarro é de :
- a) 3 a 4 ml.
 - b) 2 a 5 ml.
 - c) 5 a 10 ml.
 - d) 10 a 20 ml.
 - e) 15 a 20 ml.
7. A orientação para a coleta de escarro, é a seguinte:
- a) Escarrar o quanto puder no pote de coleta.
 - b) Respirar fundo, segurar o ar o máximo possível e, por fim, escarrar no pote de coleta. Repetir este procedimento por três vezes, se necessário.
 - c) Inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes, tossir e escarrar no pote de coleta, repetir este procedimento por três vezes até atingir a quantidade necessária.
 - d) Inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes, tossir por três vezes e escarrar no pote a quantidade necessária.
 - e) Inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes, tossir o máximo possível, para que se consiga o máximo de secreção e, por fim, escarrar no pote de coleta.

8. Na coleta de escarro:
- a) Todos os clientes com secreção têm muita facilidade de colher a amostra.
 - b) Independente de idade e de sexo, todos conseguem colher a amostra.
 - c) Mulheres, crianças e portadores de HIV e AIDS têm dificuldade de coletar a amostra.
 - d) Quanto mais idoso(a) mais facilidade de colher a amostra.
 - e) Com a orientação correta todos conseguem colher a amostra.
9. A segunda amostra de coleta de escarro deve ocorrer logo ao despertar porque:
- a) Deve-se ter um período para que seja colhido um amostra diferente da primeira.
 - b) Se obtém uma amostra mais abundante pois as secreções pulmonares se acumulam durante a noite.
 - c) A quantidade de tosse é maior do que no restante do dia.
 - d) Durante o dia , quanto o cliente está ativo, tem que tossir mais para se colher a amostra.
 - e) Todas estão corretas.
10. O bacilos que conseguem atingir os alvéolos e causar infecção pulmonar são:
- a) Os advindos da tosse, fala e espirro do cliente.
 - b) As gotículas de Flügger.
 - c) Os núcleos de Wells.
 - d) Os das gotículas de Flügger e dos núcleos de Wells.
 - e) Todas as alternativas anteriores.

Levantamento de dados nas unidades de saúde, com relação à coleta de amostra de escarro:

1. *Qual(is) profissional(is) que preenche(m) a requisição de coleta de amostra de escarro em sua unidade?*

2. *Qual é o local utilizado para a orientação do cliente na coleta de escarro? É o mesmo utilizado para o recebimento da amostra? Qual é o local utilizado para a coleta de escarro?*
 - a)

 - b)

 - c)

3. *Você já tinha participado de um treinamento de coleta de amostra de escarro? Algum outro profissional da unidade participou anteriormente deste tipo de treinamento?*
 - a)

 - b)

4. *Há rodízio do pessoal de enfermagem que atende os clientes para coleta de escarro?*

5. *Quanto tempo tem demorado para chegar o resultado de baciloscopia em sua unidade?*

Nome: _____

Profissão: _____

Local de trabalho: _____

Município: _____



Requisição de Exames
TUBERCULOSE

DATA DE ENTREGA

Nº GERAL

UNIDADE REQUISITANTE		DIR
NOME		Nº DA MATRICULA
ENDEREÇO		
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO

MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO OUTRO: _____	
DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 1ª AMOSTRA <input type="checkbox"/> _____ AMOSTRA	<input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO
EXAME SOLICITADO <input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE	

RESULTADO

BACILOSCOPIA

AMOSTRAS DE ORIGEM EXTRA-PULMONAR <input type="checkbox"/> POSITIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> NÃO-REALIZADO		
ESCARRO <input type="checkbox"/> NÃO-REALIZADO <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA (+) <input type="checkbox"/> POSITIVA (++) <input type="checkbox"/> POSITIVA (+++)		

CULTURA

<input type="checkbox"/> EM ANDAMENTO	<input type="checkbox"/> POSITIVA	<input type="checkbox"/> NÃO-REALIZADA	<input type="checkbox"/> NEGATIVA	<input type="checkbox"/> CONTAMINADA
---------------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO E TESTE DE SENSIBILIDADE

<input type="checkbox"/> EM ANDAMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO-REALIZADA
---------------------------------------	--

--

DATA ____/____/____	RESPONSÁVEL
------------------------	-------------



CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO