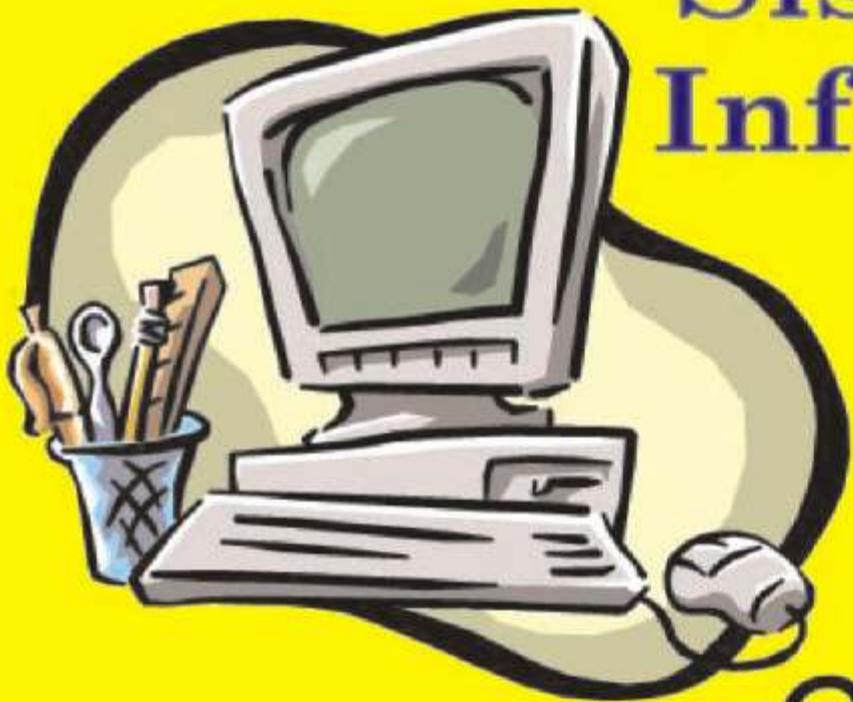


Tuberculose

**Sistema de
Informação**



**Caderno de
Atividades**

Tuberculose



Sistema de Informação

Caderno de Atividades

2008

Apoio:



Divisão de Tuberculose
Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
(DvTBC/CVE/CCD/SES-SP)



Endereço

Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar, sala 615
01246.000 São Paulo – SP

Telefones

(11) – 3066.8294 – 3066.8764

Telefax

(11) 3066.8291 – 3082.2772

E-mail

dvtbc@saude.sp.gov.br

Homepage

<http://www.cve.saude.sp.gov.br/tuberculose>

Autoria e Organização

Valdir de Souza Pinto
Milton Parron Junior
Regiane Cardoso de Paula
Adalgiza R. Guarnier

Revisão

Vera Maria Neder Galesi
Maria Josefa Penon Rujula
Laedi Alves Rodrigues Santos

Agradecimento

Amadeu Vieira

Coordenador do Programa de Controle da Tuberculose
do Município de Carapicuíba – SP

Sumário

Atividade 1	3
Implementação da Busca Ativa nas Unidades de Saúde	
? Exercício A	
? Exercício B	
? Exercício C	
? Mapa de Registro de Interrogatório do Sintomático Respiratório	4
? Consolidado Semanal do Sintomático Respiratório	5
? Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde	6
Atividade 2	7
Pedido de Baciloscopia e Cultura	
? Exercício A	
? Exercício B	
? Solicitação de Baciloscopia - Pesquisa de BAAR-Tuberculose	8
? Solicitação de Cultura - Micobactérias-Tuberculose	9
Atividade 3	10
Ficha de Notificação	
? Exercício A	
? Ficha de Notificação (frente)	11
? Ficha de Notificação (verso)	12
Atividade 4	13
Controle de Tratamento Supervisionado	
? Exercício A	
? Ficha de Controle de Tratamento Supervisionado	14
? Ficha de Controle de Contatos	15
Atividade 5	16
Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose	
? Exercício A	
? Exercício B	
? Exercício C	
? Programa Nacional de Controle da Tuberculose - Instruções para preenchimento do Livro de Registro	17
? Registro de Pacientes e Acompanhamento de Casos de Tuberculose	19
? Avaliação de Resultado de Tratamento - Estudo de Coorte	20
Atividade 6	21
Plano de Ação do Programa de Controle da Tuberculose	
? Exercício A	
? Plano de Ação do Programa de Controle da Tuberculose	22
Anexos	23
Evolução de Tratamento - Casos de Tuberculose	
? Ficha de Evolução de Tratamento - Caso de Tuberculose 1	
? Ficha de Evolução de Tratamento - Caso de Tuberculose 2	
? Ficha de Evolução de Tratamento - Caso de Tuberculose 3	
? Ficha de Evolução de Tratamento - Caso de Tuberculose 4	

Atividade 1

Implementação da Busca Ativa nas Unidades de Saúde

Exercício A

Leia atentamente os casos descritos abaixo:

1. R. P., 30 anos que tem tosse e febre há um dia e não colheu baciloscopia.
2. P. S., 22 anos, dor de cabeça e nas articulações, não colheu baciloscopia.
3. C. M., 33 anos que tem tosse há uma semana e não colheu baciloscopia.
4. B. J. C., 40 anos que tem tosse há 3 semanas e não colheu baciloscopia.
5. R. G. de S., 60 anos, tosse há 4 semanas, colheu baciloscopia com resultado positivo.
6. J. S., 22 anos, com febre há 4 dias, não colheu baciloscopia.
7. I. R. F., 29 anos, tosse há 2 meses, colheu baciloscopia com resultado positivo.
8. J. P. R., 45 anos com tosse há 15 dias, colheu baciloscopia no dia 1/03 e não colheu segunda amostra. O resultado foi negativo.
9. M. C., 70 anos, tosse há 25 dias com febre, colheu baciloscopia com resultado positivo.
10. J. T., 35 anos com tosse há 3 semanas, colheu 2 amostras de baciloscopia nos dias 1 e 2 /03. O resultado de ambas foi negativo.
11. W.S., 19 anos, apresenta tosse há 15 dias, colhido baciloscopia, resultado positivo.

Exercício B

Escolha os casos que podem ser classificados como sintomáticos respiratórios (SR).

Exercício C

Leia as instruções de preenchimento do livro de “Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde” em grupo e em voz alta, escolha os casos de SR que devem constar do livro e registre-os.

Mapa de Registro de Interrogatório do Sintomático Respiratório



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO DE PREVENÇÃO E
CONTROLE DE DOENÇAS - CCD



CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"

MAPA DE REGISTRO DE INTERROGATÓRIO DO - SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

UNIDADE DE SAÚDE	PSF/ACS
LOCAL DO INTERROGATÓRIO	

MANHÃ DATA: / /

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

MANHÃ DATA: / /

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

MANHÃ DATA: / /

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

MANHÃ DATA: / /

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

MANHÃ DATA: / /

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

Consolidado Semanal do Sintomático Respiratório



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
CONSOLIDADO SEMANAL
DO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"

UNIDADE DE SAÚDE	
REGIONAL	MUNICÍPIO
SEMANA	

Busca Ativa		Número
Total de pessoas interrogadas	Unidade de saúde	
	domicílio (PSF/PACS)	
Total de SR identificados		
Total de 1ª amostras realizadas		
Total de Baciloscopias positivas		

Atividade 2

Pedido de Baciloscopia e Cultura

Exercício A

Observar dados de preenchimento necessários e a quem é permitido assinar o

Exercício B

A quem pedir baciloscopia e/ou cultura?

Solicitação de Baciloscopia – Pesquisa de BAAR-Tuberculose

 DIVISÃO DE TUBERCULOSE	Solicitação de Baciloscopia Pesquisa de BAAR-TB		DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ___/___/___	Nº GERAL _____
	UNIDADE DE SAÚDE			DIR
NOME			Nº DO PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO				
DIST. ADM.	MUNICÍPIO	CEP	(DDD) FONE	
DATA DE NASCIMENTO ___/___/___	IDADE	SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO OUTRO _____		DATA DA COLETA ___/___/___		
DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 1ª AMOSTRA <input type="checkbox"/> ___ AMOSTRA		<input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO <input type="checkbox"/> 1º MÊS <input type="checkbox"/> 2º MÊS <input type="checkbox"/> 3º MÊS <input type="checkbox"/> 4º MÊS <input type="checkbox"/> 5º MÊS <input type="checkbox"/> 6º MÊS <input type="checkbox"/> _____ MÊS		
RESULTADO DA BACILOSCOPIA				
<input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA DE 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> POSITIVA(+) <input type="checkbox"/> POSITIVA(++) <input type="checkbox"/> POSITIVA(+++)				
ASPECTO DO ESCARRO				
<input type="checkbox"/> MUCOPURULENTO <input type="checkbox"/> PURULENTO <input type="checkbox"/> SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> SALIVA <input type="checkbox"/> LIQUEFEITO				
OBSERVAÇÃO				
DATA DA SAÍDA ___/___/___			ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME	

Solicitação de Cultura – Micobactérias-Tuberculose

 DIVISÃO DE TUBERCULOSE	Solicitação de Cultura Micobactérias - TB		DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____	Nº GERAL _____	
	UNIDADE DE SAÚDE			DIR	
NOME			Nº DO PRONTUÁRIO		
ENDEREÇO					
DIST. ADM.		MUNICÍPIO		CEP	(DDD) FONE
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____		IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO OUTRO _____ <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO					
EXAME SOLICITADO <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE					
JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE SENSIBILIDADE:					
RESULTADO DA CULTURA					
<input type="checkbox"/> NEGATIVA Nº DA CULTURA <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> CONTAMINADA					
<input type="checkbox"/> NÃO-REALIZADA					
<input type="checkbox"/> POSITIVA <input type="checkbox"/> HOUE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DO COMPLEXO M. TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> HOUE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS					
<input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE EM ANDAMENTO <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO CONCLUSIVA EM ANDAMENTO					
RESULTADO DA IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE: <i>Mycobacterium</i> _____					
TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS <input type="checkbox"/> INSONIAZIDA <input type="checkbox"/> RIFAMPICINA <input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA R= RESISTENTE S=SENSÍVEL <input type="checkbox"/> ETAMBUTOL <input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA					
TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS NÃO-REALIZADO					
<input type="checkbox"/> MATERIAL INSUFICIENTE OU CULTURA INVIÁVEL <input type="checkbox"/> CULTURA CONTAMINADA <input type="checkbox"/> EXAME SOLICITADO SEM JUSTIFICATIVA <input type="checkbox"/> TESTE REALIZADO COM OUTRA CEPA NUM PERÍODO INFERIOR A TRÊS MESES					
OBSERVAÇÃO					
DATA DA SAÍDA ____/____/____		ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME			

Atividade 3

Ficha de Notificação

Exercício A

Após leitura das instruções em grupo e em voz alta preencher a ficha de notificação de, pelo menos, um caso confirmado de tuberculose, de acordo com os casos confirmados da atividade 1 (Ficha de evolução de tratamento – anexos 1 a 4).

Ficha de Notificação de Tuberculose (frente)



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
 EPIDEMIOLÓGICA
 "Prof. Alexandre Vranjac"

IDENTIFICAÇÃO

Nº SINAN	RG	Nº CARTÃO SUS	
NOME	SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASC. <input type="checkbox"/> 2. FEM.	NATURALIDADE ESTADO OU PAÍS	
DATA DE NASCIMENTO	GESTANTE <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	ESCOLARIDADE ANOS DE ESTUDO COMPLETOS	
NOME DA MÃE	ETNIA <input type="checkbox"/> 1. BRANCO <input type="checkbox"/> 2. PRETO	<input type="checkbox"/> 3. AMARELO	<input type="checkbox"/> 4. PARDO <input type="checkbox"/> 5. INDÍGENA <input type="checkbox"/> 9. IGNORADO
OCUPAÇÃO	<input type="checkbox"/> 1. PROFISSIONAL DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 2. PROFISSIONAL DO SISTEMA PENITENCIÁRIO <input type="checkbox"/> 3. DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> 4. APOSENTADO <input type="checkbox"/> 5. DONA DE CASA <input type="checkbox"/> 6. DETENTO <input type="checkbox"/> 7. OUTRA		

ENDEREÇO

ESTADO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE
CEP	RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO	INSTITUCIONALIZADO <input type="checkbox"/> 1. INSTIT. PENAL 2. ALBERGUE 3. ASILO 4. ORFANATO 5. HOSP. PSIQ. 8. NÃO 9. IGN.
BAIRRO	ÁREA RESID.	
DISTRITO		

UNIDADE DE SAÚDE

CNES	UNIDADE	PRONTUÁRIO
DATA DE NOTIFICAÇÃO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	

HISTÓRIA DE TRATAMENTO

TRATAMENTO ANTERIOR DE TB <input type="checkbox"/> 1. CASO NOVO (sem tratamento anterior) <input type="checkbox"/> 2. RECIDIVA, ALTA POR CURA HÁ ____ ANOS <input type="checkbox"/> 3. RETRATAMENTO - ABANDONO HÁ ____ ANOS	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL ____/____/____
--	--

FORMAS CLÍNICAS

FORMA CLÍNICA 1	FORMA CLÍNICA 2	FORMA CLÍNICA 3	1. PULMONAR 3. MENINGEA 4. PLEURAL 5. GANGL. PERIFÉRICA 6. ÓSSEA 7. VIAS URINÁRIAS 8. GENITAL 9. INTESTINAL 10. OFTÁLMICA 11. PELE 13. LARÍNGEA 15. MILIAR 17. MÚLTIPLOS ÓRGÃOS
TIPO DE DESCOBERTA		DATA APROXIMADA	
<input type="checkbox"/> 1. DEMANDA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> 2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> 3. ELUCIDAÇÃO DIAGN. EM INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 4. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS <input type="checkbox"/> 5. BUSCA ATIVA EM INSTITUIÇÃO <input type="checkbox"/> 6. BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE <input type="checkbox"/> 7. DESCOBERTA APÓS ÓBITO <input type="checkbox"/> 8. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO		PRIMEIROS SINTOMAS ____/____/____ SERVIÇO DE SAÚDE QUE DESCOBRIU O CASO	

EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES <input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA DE ESCARRO <input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL <input type="checkbox"/> CULTURA DE ESCARRO <input type="checkbox"/> CULTURA DE OUTRO MATERIAL <input type="checkbox"/> RX DO TÓRAX <input type="checkbox"/> RX DE OUTRA LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> HISTOPATOLÓGICO <input type="checkbox"/> NECRÓPSIA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> OUTRO (especificar) _____	CÓDIGOS BAC/CULTURA/HIV 1. POSITIVO 2. NEGATIVO 3. EM ANDAMENTO 8. NÃO-REALIZADO 9. SEM INFORMAÇÃO
	CÓDIGOS RX 1. NORMAL 2. SUSPEITA DE TB 3. SUSPEITA DE TB COM CAVIDADE 8. NÃO-REALIZADO 9. SEM INFORMAÇÃO
	CÓDIGOS HISTOPATOLÓGICO/NECRÓPSIA 1. BAAR POSITIVO 2. SUGESTIVO TB 8. NÃO-REALIZADO 9. SEM INFORMAÇÃO

Ficha de Notificação de Tuberculose (verso)

AGRAVOS ASSOCIADOS

AGRAVOS ASSOCIADOS

AIDS OUTRA IMUNOSSUPRESSÃO DIABETES ALCOOLISMO DROGADIÇÃO NENHUM
 DOENÇA MENTAL OUTRAS (especificar) _____

CONTATOS DOMICILIARES

CONTATOS DOMICILIARES

EXISTENTES TOTAL EXAMINADOS QUANTOS ADOECERAM

TRATAMENTO

TIPO DE TRATAMENTO

1. SUPERVISIONADO
 2. AUTO-ADMINISTRADO
 9. SEM INFORMAÇÃO

ESQUEMA

RIFAMPICINA (R) ETAMBUTOL (E) OUTRAS DROGAS (especificar) _____
 ISONIAZIDA (H) ESTREPTOMICINA (S) _____
 PIRAZINAMIDA (Z) ETIONAMIDA (Et) _____

INTERNAÇÃO

CNES 	HOSPITAL		
DATA DA INTERNAÇÃO _ / _ / _	MOTIVO	1. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	5. ABSCESSO
	<input type="checkbox"/>	2. HEMOPTISE	6. AIDS
		3. MENINGITE	7. DIABETES
		4. TB MILIAR	8. INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA
			9. CAQUEXIA
			10. ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA
			11. CAUSAS SOCIAIS
			12. OUTROS (especificar) _____
DATA DA ALTA HOSPITALAR _ / _ / _	TIPO DE SAÍDA HOSPITALAR	1. CURA	5. ALTA P/TRAT. AMBULATORIAL
	<input type="checkbox"/>	2. A PEDIDO	6. TRANSF. P/OUTRO HOSPITAL
		3. DISCIPLINAR	7. ÓBITO TB
		4. MUDANÇA DIAGNÓSTICO	8. ÓBITO POR OUTRA CAUSA
			9. SEM INFORMAÇÃO
			10. EVADIU-SE

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Preencher esta ficha para:

1. Todo e qualquer doente para o qual haja tratamento de tuberculose, seja ele casos novo, recidiva, retratamento após abandono ou recebido por transferência, mesmo que já tenha sido notificado anteriormente.
2. Doente identificado como tal por baciloscopia e/ou cultura, mesmo sem início de tratamento.
3. Doente que tenha sido identificado como tal após óbito.

Prazo de envio:

Enviar para digitação no prazo de 10 dias. Os exames em andamento não serão motivo para atrasar esse envio – eles serão atualizados oportunamente.

Ítems:

IDENTIFICAÇÃO: registrar sem abreviações.

Escolaridade - Número de anos de estudo completos. Por exemplo, se o doente completou até a 2ª série do 2º grau – registrar 10 (8 anos do 1º grau + 2 anos do 2º grau).

TRATAMENTO ANTERIOR: registrar se o paciente já teve tratamento específico de tuberculose e o tipo de desfecho deste (alta-cura, abandono), bem como há quantos anos isso ocorreu. Nos casos recebidos para continuidade de tratamento, informar o código 1 se for o primeiro tratamento específico, mesmo de tuberculose.

Atividade 4

Controle de Tratamento Supervisionado

Exercício A

Preencher a ficha de tratamento supervisionado, considerando as seguintes informações:

Escolha um caso para preencher (Ficha de evolução do tratamento – anexos 1 a 4):

R.G.S. fez o tratamento com 12 comparecimentos mensais à unidade de saúde. Nos demais dias, tomou o medicamento na residência.

I. R. F. no 1º mês foi à unidade de saúde 10 vezes e não mais compareceu para a tomada supervisionada. Referiu tomar os medicamentos rotineiramente.

M. C. no 1º mês foi à unidade de saúde 15 vezes. No 2º mês compareceu 5 vezes. Nos outros, 10 vezes em cada mês de tratamento.

W. S. compareceu de 2ª às 6ª feiras durante os 6 meses de tratamento para a tomada dos medicamentos.

Atividade 5

Livro de “Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose”

Exercício A

Leia as instruções de preenchimento em grupo e em voz alta.

Exercício B

Utilizando os dados da atividade 4, preencha o Livro de “Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose”.

Exercício C

Depois de preencher o livro, calcule as taxas de cura e outros resultados de tratamento (avaliação de resultado – estudo de coorte).

Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Instruções para preenchimento do Livro de Registro de Pacientes de Tuberculose

Programa Nacional de Controle de Tuberculose

Instruções para o preenchimento do Livro de registro de Pacientes de Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento

Considerações gerais

Este Livro de *Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose* é um instrumento de informação oficial do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (PNCT/SVS/MS). Deve ser utilizado como fonte de dados da unidade de saúde local e também como ferramenta para base de cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos. Sendo de caráter confidencial, os dados aqui contidos devem ser adequados e cuidadosamente protegidos

Como preencher as colunas

IDENTIFICAÇÃO

Nº do Prontuário (Nº do Pront.)

Registrar o número do prontuário do paciente na unidade de saúde.

Nº do Sinan

Registrar o número do Sinan correspondente à ficha de notificação do paciente.

Nome do paciente

Registrar de forma legível o nome completo do paciente.

Idade

Registrar a idade do paciente em anos completos. Nos menores de 1 ano, registrar a idade em meses, colocando a letra m após o mês registrado em número. Ex.: 6 m (meses).

Sexo

Assinalar:

M para masculino

F para feminino

EXAMES DE DIAGNÓSTICO

Baciloscopia de escarro (Bacil. De escarro)

Transcrever o resultado da primeira amostra da baciloscopia na primeira coluna e da segunda amostra na coluna correspondente, de acordo com o seguinte critério:

+, +++, ++++

para os positivos

para os negativos

NEG

quando o exame de baciloscopia não for realizado

N/Re

contra danos e extrativos. Devem ser registrados apenas aos dados dos pacientes que tiverem seu diagnóstico firmado segundo definição de caso de tuberculose, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica – Tuberculose-Funasa/MS, 2021.

Os dados fornecidos pelo livro devem alimentar a Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose, assim como o Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose, ambos do Sistema de Informação de Agravos de

Notificação (Sinan). Ao final de cada mês, deverá ser feita a consolidação dos dados e análise dos casos atendidos na unidade de saúde.

No final de cada mês, deixar um espaço de três linhas antes de iniciar o mês seguinte.

Onde houver a possibilidade de tratar os casos de pacientes multiresistentes (TBMR), estes devem ser registrados no sistema próprio de informação da TBMR.

RX do Tórax

Registrar:

N - quando o aspecto radiológico for normal;

S - quando a imagem radiológica for sugestiva/suspeita de tuberculose; **SEQ** - seqüela, quando apresentar imagem radiológica sugestiva de lesão cicatricial;

OP - quando houver imagem sugestiva de outra patologia não tuberculosa;

N/Re - quando o RX não realizado.

Outros exames

Transcrever um outro tipo de exame quem foi utilizado para auxiliar no diagnóstico;

BIO - para a Bioquímica;

US - para Ultra-sonografia;

T - para Tomografia;

RXO - para RX de outros órgãos

BARR OE - para pesquisa de BAAR em outros espécimes: lavado gástrico, lavado brônquico, urina, fluidos orgânicos, pus, etc.;

N/Re - quando não realizada.

HIV

Registrar:

POS quando o resultado da sorologia para HIV for positiva

NEG quando negativa

N/Re quando não realizado

Cultura

Registrar resultado:

cultura do escarro - na primeira coluna;

cultura de outros espécimes (urina, líquidos, sangue, tecidos, etc.) - na coluna "Outros"

Assinalar:

POS para o positivo

NEG para negativo

N/Re quando não realizada

PPD

Registrar o resultado da prova tuberculínica usando a sigla:

NR (0 a 4mm) para não reator

RF (5 a 9mm) para reator fraco

RF (10mm e mais) para reator forte

N/Re quando não realizada

Histopatologia

Registrar:

POS quando o resultado do exame histopatológico acusar a presença de BAAR;

SUG quando o resultado referir achados sugestivos de tuberculose;

NEG quando os achados não forem sugestivos de tuberculose;

N/Re quando não realizada

Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Instruções para preenchimento do Livro de Registro de Pacientes de Tuberculose

<p>FORMA CLÍNICA Pulmonar</p> <p>Registrar:</p> <p>P+ para tuberculose pulmonar positiva P- para tuberculose pulmonar negativa P quando não realizada a baciloscopia</p> <p>Extrapulmonar</p> <p>Assinalar a localização conforme categorização do Sinan e Guia de Vigilância Epidemiológica - Tuberculose - Funasa/MS (2002):</p> <p>PL pleural Gp ganglionar periférica Oa osteoarticular Oc ocular Gu gênito-urinária Me meningite Mi miliar O outras localizações</p> <p>TIPO DE ENTRADA</p> <p>Registrar:</p> <p>CN caso novo RR retretamento por recidiva RA retorno após abandono RF retretamento nos casos de falência</p> <p>TRATAMENTO</p> <p>Esquema</p> <p>Registrar:</p> <p>I para os casos novos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar; II para a forma meningocéfálica; IR para os casos de retretamento por recidiva ou retorno após abandono do Esquema I; III para os casos de falência aos esquemas I e IR; EE para esquemas especiais.</p> <p>Data de início</p> <p>Registrar a data do início do tratamento (dia, mês e ano). Em caso de paciente transferido, registra-se a data do início do tratamento na unidade de origem.</p> <p>Forma de tratamento (forma de trat)</p> <p>Assinalar:</p> <p>S tratamento supervisionado A auto-administrado</p> <p>Considera-se tratamento supervisionado quando a observação da tomada dos medicamentos for realizada pelo menos três vezes por semana, na primeira fase, e duas vezes por semana na Segunda fase (segundo as normas do Ministério da Saúde).</p>	<p>BACILOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO</p> <p>MES</p> <p>Registrar o resultado na coluna correspondente ao mês de tratamento em que o exame foi realizado. Transcrever o resultado da baciloscopia de acordo com o seguinte critério</p> <p>+ , + + , + + + para os positivos NEG para os negativos N/Re quando não realizada</p> <p>SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO</p> <p>Motivo</p> <p>Cura</p> <p>Será dada a alta por cura quando os pacientes pulmonares, inicialmente positivos, apresentarem, durante o tratamento, pelo menos duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento.</p> <p>Completo ou tratamento (CT)</p> <p>Será dada alta após completar o tratamento com base em critérios clínicos e radiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> quando o paciente não tiver realizado o exame de escarro por ausência de expectoração e tiver alta com base em dados clínicos e exames complementares; nos casos de tuberculose pulmonar inicialmente negativos; nos casos de tuberculose extrapulmonares <p>Êxito do tratamento (Ex.Trat.)</p> <p>É a soma dos casos de cura mais os casos que completaram o tratamento</p> <p>Abandono (Aband.)</p> <p>Será dado ao doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias é contado a partir da última tomada da droga.</p> <p>Transferência (Transf.)</p> <p>Será dada quando o doente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser efetuada por documento específico com informações sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. Deve-se buscar confirmação de que o paciente compareceu à unidade de saúde para o qual foi transferido, bem como o resultado do tratamento no momento da avaliação coorte.</p> <p>Deverá ser assinalado no campo Observações se a transferência é para o mesmo município (outra unidade de saúde), para outro município (mesma UF), para outro estado ou para outro país.</p>	<p>Óbito</p> <p>Será dado por ocasião do conhecimento da morte do paciente durante o tratamento. Deverá ser assinalado no campo Observações se o óbito ocorreu por tuberculose ou por outras causas.</p> <p>Falência (Fal.)</p> <p>Será dada quando houver persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. São também classificados com falência os doentes que no início do tratamento são fortemente positivos (++ ou +++) e mantêm essa situação até o quarto mês, ou aqueles com positividade inicial seguida de negatividade e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do quarto mês de tratamento.</p> <p>Mudança de Diagnóstico (M. Diag.)</p> <p>Será dada quando for constatado erro de diagnóstico de tuberculose.</p> <p>Data</p> <p>Registrar a data do encerramento (dia, mês e ano).</p> <p>NUMERO DE CONTATOS</p> <p>Registrados (Reg.)</p> <p>Anotar o número total de pessoas que coabitam com um paciente com tuberculose. Esta informação deve ser solicitada e registrada no momento da primeira consulta.</p> <p>Examinados (Exam.)</p> <p>Anotar o número de pessoas que coabitam com um paciente com tuberculose que foram examinados na unidade de saúde segundo as normas do Ministério da Saúde.</p> <p>OBSERVAÇÕES</p> <p>Registrar ocorrências não especificadas, como:</p> <p>Intolância medicamentosa, interrupção do tratamento por irregularidade (justificar), hospitalização, resultado de RX para encerramento do caso, data da mudança de esquema terapêutico, toxicidade ou falência, se o paciente é institucionalizado (presídio, asilo, orfanato, hospital psiquiátrico ou outro, informação de agravos associados e outras situações no constantes na planilha.</p>	<p>Atenção</p> <ol style="list-style-type: none"> Quando for colocado o resultado da cultura de outros espécimes, especificar em observações qual o tipo de espécime. Quando o caso for encerrado por falência, o paciente deverá ser novamente registrado neste livro, como caso de retretamento, mantendo o mesmo número do Sinan.
--	---	---	---

Avaliação do Resultado de Tratamento — Estudo de Coorte

**Avaliação do Resultado do Tratamento
Estudo de Coorte**

Forma de tratamento: Supervisionado Auto-administrado

Unidade de Saúde: _____

Município: _____

UF: _____

Período analisado: ____/____/____ a ____/____/____

Forma clínica	Casos avaliados		Cura (a)		Completo tratamento (b)		Exito tratamento (a+b)		Abandono		Transferência		Óbito		Falência		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Casos novos																	
Pulmonar positiva		100															
Pulmonar sem confirmação		100															
Extra pulmonar		100															
Total		100															
Retorno após abandono																	
Pulmonar positiva		100															
Pulmonar sem confirmação		100															
Extra Pulmonar		100															
Total		100															
BAAR e/ou cultura positiva		100															
Falência																	
Pulmonar positiva		100															

Instruções

Toda unidade de saúde deverá avaliar o resultado dos tratamentos por meio do estudo de coorte. Para realizar esse estudo é necessário coletar os dados das folhas de registro de pacientes do período a ser analisado (trimestral, semestral ou anual). O estudo de coorte deverá ser realizado após o sexto mês do início de tratamento, por forma de tratamento e tipo de entrada separadamente.

A análise dos casos de falência deverá ser realizada após o 12º mês do início de tratamento.

Estudo de coorte

É o estudo do resultado do tratamento de tuberculose de indivíduos que têm atributos em comum. Comumente são agrupados por tipo de entrada (ex.: caso novo) e por duração do tratamento (ex.: esquema 1-6 meses) em um determinado período.

Prencher: Casos notificados
 Mudança de diagnóstico
 Casos avaliados

Atividade 6

Plano de Ação do Programa de Controle da Tuberculose

Exercício A

Preencher em grupo o plano de Ação do Programa de Controle da Tuberculose da Unidade de Saúde.

Plano de Ação – Programa de Controle da Tuberculose

PLANO DE AÇÃO	
Ano:	Município:
Unidade de Saúde:	
Busca ativa	
1	Definir responsável:
2	Definir locais de interrogatório:
3	Definir local de coleta
4	Material necessário
	potes:
	gelox:
	isopor:
5	Impressos
	Pedido de baciloscopia:
	Pedido de cultura:
	Livro de sintomático respiratório:
	Consolidado de interrogados:
6	Definir fluxo para o laboratório:
7	Definir metas - ex: examinar 1 % da população da área no ano:
8	Realizar avaliação mensal da atividade:
Tratamento supervisionado	
9	Definir responsável:
10	Definir local para a tomada do medicamento, caso seja no serviço de saúde:
11	Providenciar lanches e outros incentivos? Cesta básica? Vale-transporte?
12	Definir estratégia com trabalhadores:
13	Definir estratégia com de reabilitação profissional ou inclusão social:
Capacitação	
14	Definir público-alvo:
15	Providenciar material de treinamento:

Anexos

Evolução de Tratamento – Casos de Tuberculose

- I. Ficha de Evolução de Tratamento – Caso de Tuberculose 1 – R.G.S.**
- II. Ficha de Evolução de Tratamento – Caso de Tuberculose 2 – I.R.F.**
- III. Ficha de Evolução de Tratamento – Caso de Tuberculose 3 – M.C.**
- IV. Ficha de Evolução de Tratamento – Caso de Tuberculose 4 – W.S.**

FICHA DE EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO – TUBERCULOSE

NOME: R.G.S.

PRONTUÁRIO: 60890 IDADE: 60 (ANOS)

SEXO: M

DT INÍCIO TRATAMENTO: 18/05/2006

ENDEREÇO: Cohab V – Carapicuíba/SP

TELEFONE: 4187-8615

EXAMES INICIAIS	CONTATOS DOMICILIARES	TIPO DE TRATAMENTO
BACILOSCOPIA ESCARRO: pos ++ CULTURA ESCARRO: pos TESTE SENSIBILIDADE: RX TÓRAX: condensação sup D HIV: negativo HISTOPATOLÓGICO: - OUTROS EXAMES: -	EXISTENTES: <u>6</u> EXAMINADOS ATÉ O MOMENTO: <u>4</u> OBSERVAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SUPERVISIONADO UNIDADE RESPONSÁVEL: <u>PSF da Vila</u> AUTO-ADMINISTRADO MOTIVO:

	DATA	PESO	SINTOMAS	BAC ESCARRO	OUTROS EXAMES	DROGAS	OBSERVAÇÃO
CONSULTA INICIAL	18/05/2006	57,5 Kg	Tosse com secreção amarela; emagrecimento	Positivo		R H Z	Nega tabagismo
1º mês	19/06/2006	59,1 Kg	Sem tosse; sem febre			R H Z	
2º mês	19/07/2006	59,5 Kg	Sem tosse; sem sudorese			R H	
3º mês	17/08/2006	62,0 Kg	Sem febre; sem tosse		Teste de Sensibilidade OK	R H	
4º mês	15/09/2006	62,0 Kg	Sem tosse; sem sudorese	Negativo		R H	
5º mês	18/10/2006	59,0 Kg	Assintomático	Negativo		R H	
6º mês	20/11/2006	59,0 Kg	Assintomático			Alta/ Cura	
7º mês							
8º mês							
9º mês							

ENCERRAMENTO – DATA 20/11/2006

TIPO: Cura (cura, abandono, mudança de diagnóstico, óbito TB, óbito NTB, falência, transferência)

SUPERVISÃO DO TRATAMENTO (Nº efetivo de dias): 1ª FASE: 43 (dias)

2ª FASE: 45 (dias)

FICHA DE EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO – TUBERCULOSE

NOME: I.R.F.

PRONTUÁRIO: 60917

IDADE: 29 (ANOS)

SEXO: M

DT INÍCIO TRATAMENTO: 24/07/2006

ENDEREÇO: Rua da Alameda, 84 – Carapicuíba/SP

TELEFONE: 4184-2247

EXAMES INICIAIS	CONTATOS DOMICILIARES	TIPO DE TRATAMENTO
BACILOSCOPIA ESCARRO : pos +++ CULTURA ESCARRO: positiva TESTE SENSIBILIDADE: - RX TÓRAX: Cavidades bilaterais HIV: negativo HISTOPATOLÓGICO: não realizado OUTROS EXAMES:	EXISTENTES: 0 EXAMINADOS ATÉ O MOMENTO: - OBSERVAÇÃO:	<input type="checkbox"/> SUPERVISIONADO UNIDADE RESPONSÁVEL: <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> AUTO-ADMINISTRADO MOTIVO: <u>Empreiteira fora da cidade.</u>

	DATA	PESO	SINTOMAS	BAC ESCARRO	OUTROS EXAMES	DROGAS	OBSERVAÇÃO
CONSULTA INICIAL	24/07/2006	62,0 Kg	Tosse seca; febre; sudorese noturna	Positivo ++		R H Z	Veio do HC
1º mês	24/08/2006	68,3 Kg	Tosse seca; sem febre			R H Z	
2º mês	25/09/2006	70,0 Kg	Sem febre	Negativo		R H	
3º mês	24/10/2006	72,0 Kg	Sem febre			R H	
4º mês	20/11/2006	73,0 Kg	Assintomático			R H	
5º mês	22/12/2006	73,0 Kg	Assintomático			R H	
6º mês	15/01/2007	74,0 Kg	Assintomático			Alta/ Cura	
7º mês							
8º mês							
9º mês							

ENCERRAMENTO – DATA 15/01/2007

TIPO: Cura (cura, abandono, mudança de diagnóstico, óbito TB, óbito NTB, falência, transferência)

SUPERVISÃO DO TRATAMENTO (Nº efetivo de dias): 1ª FASE: _____ (dias) 2ª FASE: : _____ (dias)

FICHA DE EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO – TUBERCULOSE

NOME: M.C.

PRONTUÁRIO: 60882 IDADE: 70 (ANOS) SEXO: M DT INÍCIO TRATAMENTO: 20/04/2006

ENDEREÇO: Rua Dom Teodosio, 363 – Carapicuíba/SP TELEFONE: 4183-7932

EXAMES INICIAIS	CONTATOS DOMICILIARES	TIPO DE TRATAMENTO
BACILOSCOPIA ESCARRO: Pos +++ CULTURA ESCARRO: Em andamento TESTE SENSIBILIDADE: Em andamento RX TÓRAX: Condensação bilateral HIV: + HISTOPATOLÓGICO: OUTROS EXAMES:	EXISTENTES: 5 EXAMINADOS ATÉ O MOMENTO: OBSERVAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SUPERVISIONADO UNIDADE RESPONSÁVEL: _____ UBS Nova <input type="checkbox"/> AUTO-ADMINISTRADO MOTIVO: _____

	DATA	PESO	SINTOMAS	BAC ESCARRO	OUTROS EXAMES	DROGAS	OBSERVAÇÃO
CONSULTA INICIAL	20/04/2006	53,0 Kg	Febre; tosse; indisposição; sudorese noturna	Pos +++		R H Z	
1º mês	20/05/2006	56,0 Kg	Assintomático			R H Z	
2º mês	19/06/2006	58,6 Kg	Assintomático	Negativo		R H	
3º mês	19/07/2006	60,0 Kg	Assintomático			R H	
4º mês	21/08/2006	60,5 Kg	Assintomático			R H	
5º mês	20/09/2006	60,5 Kg	Assintomático			R H	
6º mês	23/10/2006	60,0 Kg	Assintomático			Alta/ Cura	
7º mês							
8º mês							
9º mês							

ENCERRAMENTO – DATA 23/10/2006

TIPO: Cura (cura, abandono, mudança de diagnóstico, óbito TB, óbito NTB, falência, transferência)

SUPERVISÃO DO TRATAMENTO (Nº efetivo de dias): 1ª FASE: 27 (dias) 2ª FASE: 43 (dias)

FICHA DE EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO – TUBERCULOSE

NOME: W.S.

PRONTUÁRIO: 60901 IDADE: 20 (ANOS) SEXO: M DT INÍCIO TRATAMENTO: 26/06/2006

ENDEREÇO: Rua Flor do Campo, 30 – Carapicuíba/SP TELEFONE: 4183-5926

EXAMES INICIAIS	CONTATOS DOMICILIARES	TIPO DE TRATAMENTO
BACILOSCOPIA ESCARRO: : pos + CULTURA ESCARRO: negativa TESTE SENSIBILIDADE: n/r RX TÓRAX: cavidade lobo superior D HIV: neg HISTOPATOLÓGICO: OUTROS EXAMES:	EXISTENTES: <u>4</u> EXAMINADOS ATÉ O MOMENTO: <u>4</u> OBSERVAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SUPERVISIONADO UNIDADE RESPONSÁVEL: <u>COHAB V</u> AUTO-ADMINISTRADO <input type="checkbox"/> MOTIVO: <hr/>

	DATA	PESO	SINTOMAS	BAC ESCARRO	OUTROS EXAMES	DROGAS	OBSERVAÇÃO
CONSULTA INICIAL	26/06/2006	41,0 Kg	Febre; tosse; sudorese noturna	Não conseguiu	HIV-negativo	R H Z	
1º mês	26/07/2006	49,0 Kg	Sem febre; sem tosse			R H Z	
2º mês	25/08/2006	54,0 Kg	Sem febre; sem tosse	Negativo		R H	
3º mês	27/09/2006	53,0 Kg	Sem febre; sem tosse			R H	
4º mês	27/10/2006	54,0 Kg	Sem febre; sem tosse			R H	
5º mês	28/10/2006	51,0 Kg	Sem febre; sem tosse			R H	
6º mês	29/12/2006	51,0 Kg	Sem febre; sem tosse			Alta/ Cura	
7º mês							
8º mês							
9º mês							

ENCERRAMENTO – DATA 29/12/2006

TIPO: CURA (cura, abandono, mudança de diagnóstico, óbito TB, óbito NTB, falência, transferência)

SUPERVISÃO DO TRATAMENTO (Nº efetivo de dias): 1ª FASE: 24 (dias) 2ª FASE: 44 (dias)

Apoio:



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

