

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL E APLICADA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE**

ADRIANA MARIA CORVALAN ORTIZ

**FLUXO DE ATENDIMENTO PARA SINTOMÁTICO RESPIRÁTÓRIO EM SERVIÇO
DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO DO SUL**

**CURITIBA
2014**

ADRIANA MARIA CORVALAN ORTIZ

**FLUXO DE ATENDIMENTO PARA SINTOMÁTICO RESPIRÁTÓRIO EM SERVIÇO
DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO DO SUL**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicado do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Karla Crozeta Figueiredo

**CURITIBA
2014**

Dedicatória

Ao Município de Rio Branco do Sul,
Paraná.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus e aos meus pais, Rosa e José, por me terem dado o dom da vida.

Ao Marcio Hideo Iwamoto Machuca por hoje eu ter uma profissão.

Ao Enfermeiro Flávio Ávila por ter acreditado em mim e ter me ajudado no início de minha carreira.

A Doutora Dalimar De Lucca Moreira, obrigada por ter-me dado à chance de assumir o setor de Vigilância Epidemiológica.

À minha colega de trabalho Elaine Pavin, uma amizade que com o tempo amadureceu.

Minha orientadora Karla Crozeta Figueiredo e colega Carla Catiane de Cristo Rocha pelo apoio e efetivação deste trabalho.

Aos colegas da Secretaria de Saúde: Alexander Paulista Ribeiro e Alex Fabiano Silva. Agradeço pelos ensinamentos, pela colaboração, pela paciência, pelos momentos de descontração, companhia e cumplicidade no trabalho.

Aos doentes de tuberculose, que compartilharam comigo suas dores e cura.

Aos pacientes que não estão mais entre nós.

“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

As doenças infectocontagiosas são de fácil proliferação: pelo sangue, saliva ou pelo ar, como é o caso da Tuberculose, que é transmitida por via aérea em praticamente todos os casos. A infecção ocorre a partir da inalação de gotículas contendo os bacilos de Koch, que são os causadores da doença, os quais são expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente. A verificação do sintomático respiratório em serviço de pronto atendimento é de considerável relevância para o diagnóstico precoce da Tuberculose, o que traz benefícios além daqueles previstos para o paciente, bem como inclui a redução da probabilidade de transmiti-la a profissionais de saúde e demais pacientes que estejam no mesmo ambiente. Mediante o exposto, o projeto em questão objetiva propor um fluxo de atendimento nas unidades de pronto atendimento, que padronize a verificação do sintomático respiratório para o diagnóstico, encaminhamento e tratamento precoce da doença; e esclarecer aos profissionais de saúde a necessidade e a importância de se utilizar os devidos equipamentos de proteção individual nos atendimentos de urgência e emergência. Para alcançar tais objetivos os métodos utilizados foram pesquisas bibliográficas, uma análise da realidade do hospital do município e, com base no que preconiza a teoria foram estabelecidas as diretrizes e um fluxo para diagnóstico do sintomático respiratório. Espera-se como resultado alcançar um nível mais elevado de controle da doença, minimizando os casos de contágio em outros pacientes, membros da família ou profissionais de saúde.

Palavras-chave: Tuberculose, Sintomático Respiratório, Pronto Atendimento.

LISTA DE SIGLAS

BAAR – Bacilo Álcool Ácido Resistente

CI - Coeficiente de Incidência

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

OMS - Organização Mundial de Saúde

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SR - Sintomático Respiratório

TB - Tuberculose

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 APRESENTAÇÃO/ PROBLEMÁTICA	9
1.2 OBJETIVO GERAL	10
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	11
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	12
3. METODOLOGIA.....	15
4. A ORGANIZAÇÃO	16
4.1 DESCRIÇÃO GERAL	16
4.2 DIAGNÓSTICOS DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	17
5. PROPOSTA.....	21
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	22
5.2 PLANOS DE IMPLANTAÇÃO	24
5.3 RECURSOS	25
5.4 RESULTADOS ESPERADOS	25
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	26
6. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	29
ANEXOS	30

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/ PROBLEMÁTICA

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), afeta principalmente os pulmões, mas, também pode afetar outros órgãos, como rins, ossos e meninges. É transmitida por via aérea em praticamente todos os casos e a infecção ocorre a partir da inalação de gotículas contendo os BK expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente. Muitas dessas gotículas ficam no trato respiratório superior como garganta e nariz, onde a infecção é improvável de ocorrer. Contudo, quando os bacilos atingem os alvéolos, ocorre a rápida resposta inflamatória, envolvendo células de defesa e, caso ocorra falha neste mecanismo, os bacilos começam a se multiplicar (CALIARI; FIGUEIREDO, 2011).

A pessoa infectada por este bacilo pode desenvolver a doença em qualquer fase da vida, passando a serem consideradas doentes bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, tornando-se então fontes de infecção. Essa forma pulmonar bacilífera, além de ser mais frequente, é também a de maior importância para a saúde pública, pois é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Portanto, todas as medidas devem ser realizadas no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo assim, a cadeia de transmissão da doença. A busca ativa dos sintomáticos respiratórios (SR) é a principal estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares (CALIARI; FIGUEIREDO, 2011).

Caliari e Figueiredo (2011) ensinam que se entende por sintomático respiratório todo indivíduo com tosse por tempo igual ou superior a três semanas e sua identificação é de responsabilidade de todas as unidades de saúde e de todos os prontos atendimentos, visando à descoberta dos casos bacilíferos.

No País, foram notificados 70.047 casos novos de TB em 2012 no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), o que equivale ao coeficiente de incidência (CI) de 36,1/100.000 habitantes. No Paraná foram registrados 1.233 casos novos no mesmo período com CI de 20,6/100.000 habitantes. Quando

comparado aos outros países, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa a 17ª posição em relação ao número de casos e a 111ª quanto ao CI (BRASIL, 2011).

Tendo em mente que a partir de 2001, após a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2002) estabeleceu-se a hierarquização da Saúde no país e, sabendo-se que a responsabilidade do controle da TB foi atribuída aos municípios, determinada como competência da Atenção Básica à Saúde em seus diferentes níveis – unidades de saúde e ambulatórios de referência à organização da assistência aos doentes de TB e seus familiares (CARDOZO *et al*, 2011), a problemática desse projeto é a o fato de que o sintomático respiratório no pronto atendimento do Hospital Municipal de Rio Branco do Sul, passa despercebido pelos profissionais de saúde. Isso porque falta treinamento, infraestrutura e um fluxo de atendimento estabelecido e viável, conforme a realidade do município.

1.2 OBJETIVO GERAL

Propor um fluxo de atendimento nas unidades de pronto atendimento, que padronize a verificação do sintomático respiratório para o diagnóstico, encaminhamento e tratamento precoce da doença, bem como esclarecer a necessidade e a importância de se utilizar os devidos equipamentos de proteção individual nos atendimentos de urgência e emergência.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Especificar os procedimentos necessários para a verificação do SR;
- Discorrer sobre os fatores determinantes de riscos no SR TB;
- Estabelecer critérios de cuidados com a Biossegurança;
- Criar rotina de treinamento e reciclagem dos profissionais de saúde no atendimento de emergência.

1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

É de conhecimento de todo profissional da área de saúde que a prevenção é o melhor caminho para se evitar a proliferação de doenças. No caso da tuberculose, as melhores medidas de prevenção e de controle são o diagnóstico precoce e o completo tratamento do paciente até a cura. Conhecendo esta realidade, surgiu a motivação para o presente trabalho, dada sua relevância social no aspecto da saúde e para a formação de um pensamento mais responsável entre os profissionais da saúde e os próprios pacientes no que se refere ao correto diagnóstico e as ações a serem tomadas frente a esse agravo.

Proteger os profissionais de saúde e os pacientes de se infectarem por *Mycobacterium tuberculosis* em ambientes de atendimento a saúde deve ser uma atividade que faça parte do controle de infecção da unidade (BRASIL, 2008).

Isso porque também é uma forma de prevenção, haja vista que o Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização das Nações Unidas (OMS) que concentram 80% da carga mundial de TB.

Além disso, toda instituição de saúde ou de longa permanência deve avaliar a presença e a magnitude do problema da TB e, em caso positivo, considerar a instituição de medidas específicas para seu controle. Portanto, o presente trabalho vem ao encontro dessa realidade e se dedica a propor um fluxo de atendimento para que toda suspeita seja sanada e, no caso da confirmação da doença, haja o correto encaminhamento, bem como, o tratamento adequado.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Seguindo os ensinamentos de Kuschnir et. al (2010), entende-se que embora há muito tempo se dedique ao trato da saúde, são recentes as ações nessa área que se voltam para os cuidados com epidemias ou qualquer outra forma que envolva o coletivo.

O cuidado com a saúde vem de tempos remotos, desde que as pessoas passaram deliberadamente a se proteger e a se tratar contra as doenças. Em todo o mundo, as práticas tradicionais existem há milhares de anos e convivem até hoje com a prática da medicina moderna. No entanto, sistemas de saúde destinados a beneficiar a população como um todo ou a parcelas dessa, por meio de arranjos coletivos, existe há pouco mais de um século, mesmo em países avançados (KUSCHNIR et. al, 2010, p. 17).

Nesse perfil profissional entra a equipe da vigilância epidemiológica, formada por profissionais da saúde que se dedicam a efetivamente vigiar e gerir os processos que envolvem questões de epidemias seja no aspecto de evitar como sanar.

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, art. 6º, § 2º).

Está entre as funções da vigilância epidemiológica, atuar de maneira incisiva nas questões de gestão da saúde onde haja brechas e que venha a propiciar uma epidemia. No tocante a Tuberculose, tema deste trabalho, a rotina dessa equipe é repleta de atividades para acertar nas ações. Diante de uma realidade não confortável foi que se optou por desenvolver a presente proposta.

Um projeto técnico que envolve a relevância de verificação do SR suspeito de TB em situações de urgência e emergência envolve habilidades, especificidades e articulações, indispensáveis à gerência do cuidado em clientes com necessidades complexas, que requer aprimoramento científico, manejo de protocolos estabelecidos em loco e/ou pelo Ministério da Saúde, manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares, com representação expressiva no processo de trabalho do profissional de saúde, assumindo importância não só devido à complexidade e as particularidades de ações no cuidar, mas, também, pelos

recursos materiais e humanos disponibilizados e mobilizados, além da necessidade de interface com outros setores e sistema local de saúde (BRASIL, 2010).

A atuação adequada, eficiente do profissional de saúde no atendimento de urgência e emergência do sintomático respiratório da TB é um fator relevante que contribui para um adequado diagnóstico.

“O termo diagnóstico faz parte do senso comum e está associado à ideia de identificar qualquer situação que escape à normalidade, ou seja, a de detectar eventuais problemas” (KUSCHNIR et. al, 2010, p. 125).

Seguindo esta linha de raciocínio, é possível afirmar que com o diagnóstico “o observador identifica problemas mediante a análise de determinadas variáveis ou indicadores, destacados ao longo do tempo por experiência própria ou alheia como os mais sensíveis aos objetivos propostos” (KUSCHNIR et. al, 2010, p. 127).

A autora afirma ainda que, nem sempre é a experiência que informa a conduta a ser seguida, mas alguma teoria ou mesmo os desejos dos usuários (internos ou externos) dos serviços e sistemas de saúde. Dessa forma fica reforçado que, no caso da verificação de sintomáticos respiratórios ainda se faz necessário organizar, implantar a rede de cuidados de modo a melhorar a articulação entre diferentes esferas de atenção à saúde que possam atender integralmente as necessidades dos pacientes portadores de sintomas respiratórios em situação de urgência e emergência.

Um suspeito de Tuberculose apresenta um quadro sintomático bastante específico, segundo Gabardo (2013) ele se estabelece quando se percebe no paciente: tosse (em qualquer período); expectoração; febre vespertina; sudorese noturna; perda de peso; escarro hemoptoico e contato com TB.

Consta em Brasil (2010), Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil que

a tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade (BRASIL, 2010, p. 2).

De acordo com o que afirma o referido Manual, já existem recursos tecnológicos capazes de promover o controle da doença, porém ainda não há perspectiva de se obter, pelo menos não em futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que é o caso do Hospital Municipal de Rio Branco do Sul, os serviços para atender as urgências possuem peculiaridades e especificidades que têm sido objeto de estudo em todo mundo, com enfoque especial para questões relativas aos atendimentos nas unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos, evidenciando problemas relacionados à infraestrutura e à organização de serviços, e principalmente à qualidade da assistência. No caso da Tuberculose, o atendimento deve contar com um padrão de qualidade e de procedimentos para garantir que os SRTB serão diagnosticados.

Kuschnir et. al (2010) indica que, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), as emergências são definidas como “[...] condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato[...]” e as urgências como “[...] a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata[...]” (CFM, 1995 citado por KURCHNIR, 2010, p. 61).

Tanto as urgências como as emergências são originadas por traumas ou situações clínicas, o que leva a entender que mesmo com a imprecisão das definições a maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não são emergências ou urgências. E o que podemos absorver desta informação é que, mediante ao grande número de atendimentos de urgência e emergência e a sobrecarga de atividades, por vezes a investigação e o diagnóstico acerca da tuberculose, não é feita da maneira recomendada e necessária. A ênfase na verificação de SR é na UBS, mas também deve ser realizados nos demais níveis de atenção, como é o caso do presente projeto que coloca o atendimento hospitalar como foco da intervenção.

3. METODOLOGIA

O presente projeto descreve a elaboração de uma proposta de intervenção, que estabelece um fluxo de atendimento com foco no diagnóstico da Tuberculose em pacientes que demonstrem sintomas correlacionados em serviços de urgência e emergência.

A proposta será direcionada ao município de Rio Branco do Sul – PR. Dessa forma, o referido fluxo será implantado no atendimento, a partir do treinamento dos profissionais da saúde ali alocadas com orientações acerca dos procedimentos para verificação e correto diagnóstico da doença.

Os procedimentos serão padronizados e terão como base formulários especificados pelo Ministério da Saúde para este fim, de modo que, mesmo em situação de urgência e emergência a avaliação acerca de sintomas respiratórios e possível indício de Tuberculose, sejam realizados.

Os critérios de inclusão dos dados no projeto serão aqueles obtidos nos atendimentos dos profissionais de saúde frente a pacientes com sintomático respiratório de TB em situação de urgência e emergência, os quais serão utilizados para a elaboração do fluxo.

O público alvo deste trabalho é adultos, possíveis portadores de SR TB. A discussão será desenvolvida a partir do referencial teórico adotado, qual seja a reorganização, no âmbito do sistema local de saúde no pronto atendimento.

A proposta se baseia na implantação do livro do registro do sintomático respiratório; estruturação com o laboratório para o registro de endereço desses pacientes e possíveis comparações com o registro do livro que estará no hospital e nas unidades de saúde; protocolo de atendimento no hospital (que consiste no fluxo de atendimento e procedimentos de biossegurança), conforme descrito na proposta a seguir.

4. A ORGANIZAÇÃO

Mesmo que muitos atendimentos também ocorram nas Unidades Básicas de Saúde, o foco do presente projeto é o Hospital Municipal de Rio Branco do Sul, este que por sua vez recebe o maior número de pacientes e servirá de modelo para as UBS. Vale ressaltar que o município de Rio Branco do Sul conta com apenas um hospital, o qual, por sua vez, é classificado como hospital de média complexidade.

No que se refere à assistência às urgências e emergências, a rede de atendimento no município é composta pelo pronto-atendimento municipal, que funciona 24h com plantão de clínica médica e pediatria. Nos casos que necessitam de maiores recursos, se dá o encaminhamento para hospitais de grande porte, cujo apoio é solicitado através da Central de Leitos.

As urgências obstétricas são encaminhadas para o Hospital e Maternidade Mater Dei (Risco Habitual) e Hospital Nossa Senhora do Rocio (Alto Risco), ambos localizados na grande Curitiba, cuja distância é em média de 35km.

O município não possui rede de atendimento às emergências psiquiátricas sendo estas recebidas pelo pronto-socorro municipal e encaminhadas para outros hospitais da capital e região, através da Central de Leitos.

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

O Hospital Municipal de Rio Branco do Sul é uma instituição classificada como Hospital Geral. Fica localizado no centro da cidade, à Rua Generoso Marques, 814. A natureza de entidade, o classifica como hospital público, que conta com alguns serviços terceirizados para cumprir suas principais funções. Faz parte do grupo de prestadores de serviços o laboratório de coleta para análises clínicas; a empresa responsável por recolhimento e tratamento de resíduos; a empresa que trata da manutenção dos equipamentos e a da dedetização.

O quadro de funcionários ou recursos humanos do Hospital é composto por: três diretores, entre eles o Diretor Geral; Diretor Clínico e Diretor Administrativo; Coordenação/Supervisão de Enfermagem; Farmacêutico; Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH); Equipe de áreas externas: jardim, pátio, área livre, corredores externos, casa de máquinas e área de apoio (lavanderia,

corredores internos, depósito de material de limpeza, sanitários para o público, sala de espera).

O hospital conta com cinquenta leitos, sendo estes divididos na seguinte estrutura: Clínica médica: 01 quarto com 05 leitos – Enfermaria A; 01 quarto com 06 leitos – Enfermaria E; 05 aptos com 02 leitos, sendo apartamentos 1, 2, 3, 4 e 5. O hospital conta ainda com uma área de isolamento, sendo que são dedicados para esta função os apartamentos 3 e 4.

Há também uma maternidade alojamento conjunto binômio (mãe e filho), que conta com 07 leitos, localizado na Enfermaria C. O berçário é composto por 05 leitos e a pediatria, por 07 leitos.

A clínica cirúrgica feminina tem a disposição da população 05 leitos, que ficam na Enfermaria B. E a clínica cirúrgica masculina, tem também 05 leitos, que ficam na mesma Enfermaria.

Fazem parte da estrutura do hospital, o Centro Obstétrico, o Centro Cirúrgico e o Pronto Atendimento, este último foco principal do presente projeto.

4.2 DIAGNÓSTICOS DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Para estabelecer o diagnóstico do problema aqui estudado, é necessário que tenhamos noção de como está o cenário da Tuberculose, a intenção aqui é fazer uma análise mais ampla, dessa forma, tomamos para observação os dados de toda a região do Estado.

Consta em Paraná (2013, p. 15), a informação de que “A incidência da tuberculose no Estado está em torno de 20/100.000 hab.”. O mesmo texto indica que o percentual de cura alcança 77% e que abandono de todas as formas permeia em torno de 7,3%. Os óbitos por tuberculose estão na casa dos 3,9% dos casos diagnosticados, o que representa uma taxa de mortalidade de 1/100.000 hab.

Segundo dados de 2012, apresentados em Paraná (2013), a mortalidade por tuberculose no Paraná, ocupou o 6º lugar em 2012, isso quando comparada a outras doenças infecciosas e parasitárias. Se for analisada de forma isolada, a mortalidade por tuberculose está diminuindo ano a ano. Esta queda pode ser explicada por situações que têm melhorado a atenção ao doente, e isso tem ocorrido graças ao uso de regimes medicamentosos adequados e, principalmente, pela melhora nas

condições de vida da população. Os registros da Secretaria de Estado da Saúde indicam que no ano de 2011, o número de óbitos aumentou em relação a 2010 (alta de 110 para 126), o que aponta um coeficiente de mortalidade 1,2/ 100 mil habitantes. Esse dado certamente tem relação com um diagnóstico tardio gerado pela falta de habilidade na detecção de sintomas. Para alcançar a redução percebida em 2012, o indicador do ano anterior foi trabalhado como forma de alerta às equipes para o diagnóstico precoce junto às unidades de atenção primária e a importância do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (PARANÁ, 2013).

Voltando os olhos para um cenário mais focado no estudo do presente projeto, temos os dados específicos de Rio Branco do Sul. Os registros apontam que, em média, cinco casos de Tuberculose são confirmados anualmente na cidade e, geralmente, esse diagnóstico é tardio.

Embora os números não sejam os melhores, as unidades de saúde e o Hospital de Rio Branco do Sul possuem uma estratégia de trabalho e estabelece uma meta para busca do SR, esta que é de 1%. Para reunir informações sobre o quadro de tuberculose no município são feitos alguns procedimentos que verificam e investigam a doença, trata-se da baciloscopia que é o exame realizado na secreção que o sintomático respiratório expelle (catarro). São através desse exame que são captadas as baciloskopias com resultados positivos nos sintomáticos respiratórios. Existe ainda outro procedimento denominado cultura e o que o difere da baciloscopia é o tempo de análise. Já que a baciloscopia é apenas visualizada em microscópio com resultado imediato e na cultura a amostra é mantida por alguns dias em laboratório, em processo de cultivo para um diagnóstico preciso.

No caso de pacientes que apresentem todos os sintomas de TB e tenham resultado de Bacilo Álcool Ácido Resistente (Baar) com resultado “não visualizado”, a vigilância epidemiológica encaminha uma amostra para o exame de cultura.

As amostras para exame de baciloscopia são enviadas ao laboratório que mantém contrato com o município, que fica na cidade de Curitiba, há aproximadamente 40 km e o resultado é conhecido em cerca de três dias, dada a logística necessária. Já a cultura é enviada para o Laboratório Estadual do Paraná (Lacen) e o resultado fica pronto em média 45 dias. Portanto, ainda que as duas amostras do Bacilo Álcool Ácido Resistente (Baar) apresentem resultado negativo, a cultura pode apresentar resultado positivo, isso porque o meio de preparo dessa

amostra é diferenciado, pois os técnicos alimentam aquela amostra, dão subsídios para a bactéria se proliferar.

A realidade do município difere bastante do que a medicina preconiza como sendo o ideal a respeito destes exames. De acordo com Brito et.al (2003), a baciloscopia é considerada exame de urgência e deve ser feita imediatamente quando houver no hospital um paciente com suspeita de tuberculose pulmonar. Segundo os autores recomenda-se ainda que o resultado desse exame esteja disponível num prazo máximo de duas horas, o pronto diagnóstico e a correta condução do caso minimiza o risco de transmissão para outros pacientes e também para profissionais de saúde.

Até o mês de outubro do ano de 2013, foram realizados em Rio Branco do Sul, exames de baciloscopia em 111 pacientes ficando até o presente momento uma porcentagem de 0,36 investigados, desses 111 pacientes apenas dois apresentaram baciloscopia positiva e um paciente teve como resultado baciloscopia negativa, porém apresentou cultura de baciloscopia positiva. Outro paciente apresentou baciloscopia negativo e cultura negativa, porém histopatologia positiva. Desse contexto, um paciente iniciou o tratamento com pesquisa de baciloscopia negativa e cultura negativa, tendo o seu encerramento como erro de diagnóstico.

Há no município um caso de TB que após vários abandonos no tratamento se tornou paciente TB MR, ou seja, tuberculose multiresistente a dois fármacos, sendo eles isoniazida e rifampicina.

Com base no cenário que se encontra o Hospital de Rio Branco do Sul, é cada vez mais urgente que se estabeleça no local, ações de controle, diagnóstico e tratamento efetivo da Tuberculose. Para reforçar a importância e a necessidade de tal atitude, ressalta-se a seguinte citação, que consta em Paraná (2013).

Segundo Styblo, para que um Programa de Controle da Tuberculose reduza efetivamente o problema, produzindo um impacto epidemiológico, é necessário que 70% dos casos pulmonares bacilíferos sejam diagnosticados e que 85% sejam curados pela quimioterapia; caso contrário mantém-se a endemia (PARANÁ, 2013, p. 16).

A população Rio-branquense do último IBGE, realizado no ano de 2010, é de 30.650 habitantes. Sendo assim e, conforme estabelece à literatura, 1% dessa população é considerada SR e desses, 4% irão apresentar baciloscopia positiva.

O controle da tuberculose é baseado na busca de casos, no diagnóstico precoce e em seu tratamento até a cura. Há três métodos para estimarmos o número de casos a serem detectados: incremento esperado de casos, número de consultantes de primeira vez, número de sintomáticos respiratórios estimados (Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil -2011), sendo este último o utilizado em nosso Estado. Esta estimativa define 1% da população como sintomática respiratória e que aproximadamente 4% destes casos são as formas pulmonares bacilíferas (PARANÁ 2013, p.17).

Seguindo as orientações e protocolos, a estimativa dos profissionais de saúde de Rio Branco do Sul para SR são de 306 suspeitos, sendo que desses, 4% devem apresentar baciloscopia positiva, ou seja, aproximadamente 13 pacientes.

Atualmente não está implantado o registro de Sintomático Respiratório em nenhum serviço de Saúde do Município e os dados que temos são captados apenas no Laboratório através de relatório mensal entregue ao Setor de Vigilância Epidemiológica.

Os serviços de saúde apresentam um olhar mais diferenciado e acabam por solicitar a pesquisa de baciloscopia para os pacientes sintomáticos para tuberculose, mas se faz necessário um maior controle dessas ações, atualmente é atendido à demanda e não é feito de fato essa busca, principalmente entre os agentes comunitários de saúde.

O problema no Hospital ainda se apresenta bem maior, pois também não há registro do sintomático respiratório, não há padronização para receber esse paciente no pronto atendimento e quando esse paciente é internado na clínica médica não há protocolo adequado para isolamento. O paciente até fica no isolamento, a equipe que atende esse paciente faz uso de máscara cirúrgica e não da máscara N95, a qual é recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Gonçalves (2001) explica que a letra N significa que a máscara é para ambientes sem partículas de óleo e a numeração 95 indica o nível de eficácia na filtração de partículas (em percentual).

É de conhecimento também que os acompanhantes ou visitantes desse paciente não fazem uso de máscara entrando e saindo do isolamento sem os equipamentos de proteção, o que põe todos os outros pacientes e funcionários em risco.

Num todo, é preciso melhorar a busca desse SR e no Hospital além desse olhar para o paciente que apresenta sintomatologia para tuberculose é necessário estabelecer o fluxo de atendimento, assim como protocolos de segurança e alta

desse paciente. Não existe um treinamento para a equipe multidisciplinar e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar não está estruturado adequadamente gerando assim uma grande lacuna na intervenção contra o contágio de doenças infecciosas.

A equipe deverá estar atenta para a adoção de medidas de biossegurança que protejam seus profissionais e os usuários da Unidade de Saúde, com o objetivo de evitar a transmissão da tuberculose dentro da US. Medidas simples como o agendamento do paciente bacilífero para o final do turno de funcionamento da Unidade de Saúde, o reposicionamento de mesas, o uso de ventiladores que direcionem o ar das salas de atendimento para ambiente externo, o uso de máscaras comuns nos tossidores, entre outras (PARANÁ, 2013, p.18).

5. PROPOSTA

Embora abranja uma série de fatores e envolva muitos profissionais da área de saúde em seus diversos campos de atuação, a proposta em si, se resume no estabelecimento do fluxo de diagnóstico do sintomático respiratório, que se amplia até os respectivos exames e início de tratamento. O fluxo engloba questões de segurança, comportamentais, de processo e de infraestrutura.

As medidas administrativas são as mais eficazes no quesito biossegurança em ambientes hospitalares. Trata-se de atividades voltadas para todas as etapas de condução do sintomático respiratório e dos pacientes com Tuberculose diagnosticada. As principais medidas estão voltadas para a identificação de pacientes que apresentem o sintomático respiratório precocemente, agilizando o fluxo dentro do hospital e conseqüentemente reduzindo o tempo de exposição de outros pacientes e profissionais de saúde às partículas infectantes (BRITO et. al, 2003).

Os autores recomendam que devam ser sumariamente respeitadas as características e os recursos disponíveis em cada unidade hospitalar, de forma que sejam implantadas numa condição individualizada. No caso de Rio Branco do Sul há condições bastante peculiares que limitam, por exemplo, um diagnóstico tão rápido conforme é necessário, dado o tempo que se leva para ter o resultado do principal exame. No entanto, outras medidas podem ser implantadas conforme as condições que o local apresenta.

Dentre elas salienta-se a implantação do livro do registro do sintomático respiratório, conforme indica Gabardo (2013), (ver modelo de registro no ANEXO 1),

bem como, uma articulação com o laboratório para o registro de endereço dos pacientes e possíveis comparações com o registro do livro que estará no hospital e nas unidades de saúde.

Faz parte da proposta o estabelecimento de um protocolo de atendimento no hospital, que se refere especificamente ao fluxo de pacientes e questões relacionadas à biossegurança e ainda treinamento e conscientização dos profissionais de saúde. E ainda o cumprimento do fluxo de avaliação dos contatos intradomiciliares.

Tais ações são necessárias para que seja possível organizar no município a eficácia da busca desse sintomático respiratório, é necessário que no final de cada mês ou bimestre seja possível avaliar os registros e analisar se o município está enquadrado no parâmetro da porcentagem estabelecida. Tal procedimento pode oferecer ainda mais do que isso, poderá funcionar também como um mapeamento da região, uma vez que com a implantação de tais procedimentos será possível saber qual bairro apresenta mais sintomáticos, facilitando a tomada de decisão sobre quais ações devem ser tomadas.

É necessário ter um meio que se possa visualizar, no papel, a realidade da população com sintomatologia para TB. Assim será possível ter a “fotografia” local, sendo possível enxergar mais longe, ter uma noção mais ampla do cenário e assim será possível a tomada de ações em saúde coletiva. Não é correto, nem o ideal, pensar e/ ou tratar o paciente de forma individual, esse papel é da equipe estratégia da saúde da família, a função da vigilância epidemiológica é pensar no coletivo.

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

Os itens que vão nortear o desenvolvimento da proposta são: gestão, estruturação para agilidade de diagnóstico, estrutura adequada para exames, medidas de proteção individual, treinamento e conscientização, estabelecimento de fluxo de pacientes entre outros. Todos estes constam de forma ilustrativa no Apêndice 1.

O desenvolvimento da proposta requer algumas mudanças organizacionais e comportamentais. A articulação com a Secretaria Municipal de Saúde para implantar a proposta, ainda que parcialmente, será essencial.

Dentre os aspectos a serem revistos está à questão do recebimento do paciente no hospital. É essencial que se faça a triagem a fim de eliminar o risco de contágio para os demais pacientes em sala de espera. Para tanto é fundamental a presença de um auxiliar ou técnico de enfermagem neste processo, tendo em vista que a recepção é feita por auxiliares administrativos.

Outro aspecto a ser alterado é a logística e prazo para obtenção do resultado do exame de baciloscopia, uma vez que o ideal é ter o resultado em 2 horas e a realidade no município de Rio Branco do Sul é de um resultado em três dias. Então, para preconizar esse fluxo fazem-se necessários alguns acordos administrativos que envolvem muito mais gestão do que ação de saúde propriamente dita, nesse caso em específico a proposta seria a contratação de serviços de motoboy para agilizar os resultados dos exames, visto que no município não há laboratório de análise, apenas coleta.

As medidas de proteção individual também são essenciais, dessa forma será determinado por meio de procedimentos escritos e treinamentos que os profissionais de saúde que estiverem em atendimentos em áreas de risco ou locais fechados com pacientes com Tuberculose façam uso da máscara recomendada, a N95, conforme as explicações da eficácia desses equipamentos de proteção individual (EPIs), dadas por Gonçalves (2001).

O autor salienta que além da máscara N95, as máscaras cirúrgicas também possuem importante papel no controle da doença, elas devem ser oferecidas aos pacientes bacilíferos e para os sintomáticos respiratórios. Dessa forma deve ser determinado que pacientes diagnosticado na triagem como SR, receba máscara cirúrgica. Importante salientar o que Brito *et al.* (2003) afirmam que estas máscaras não têm função de proteger quem as utiliza, mas sim de evitar o contágio.

Os profissionais de saúde deverão estar treinados para dar aos pacientes as instruções de uso. O treinamento e conscientização dos profissionais de saúde são essenciais para o bom andamento da proposta e o sucesso de sua implantação. Toda a equipe de Unidades de Saúde e Hospital devem receber as informações sobre diagnóstico de sintomático respiratório, utilização e eficácia dos (EPIs), sobre a importância de seguir o fluxo de pacientes, a importância das anotações no livro de registros e demais procedimentos necessários.

O fluxo de pacientes deve ser definido e seguido por todos os profissionais de saúde, que deve proceder da seguinte forma: diante de um sintomático respiratório,

a baciloscopia deve ser urgente, em sendo o resultado positivo com agravos associados que requeira internamento, o paciente deve ser isolado e encaminhado para internação e iniciado o tratamento antimicrobiano.

As informações desse paciente devem ser anotadas no livro de registros, a notificação compulsória, conforme Portaria 104 de 25 de Janeiro de 2011 deverá ser realizada e encaminhada para a Vigilância Epidemiológica para encaminhamento da avaliação dos contatos registrados. Entende-se por contato todas as pessoas, parentes ou não, que coabitam com um doente de tuberculose. Diante dessa definição, pensa-se nos contatos intradomiciliares e todo esforço é dirigido para a detecção de casos nessa população (FAÇANHA et. al, 2004).

A partir de então deve ser realizado o fluxo de avaliação dos contatos intradomiciliares, que se dá por meio de consulta médica, prova tuberculínica e encaminhamentos específicos conforme resultado do referido exame, podendo ele ser reator ou não reator ao bacilo.

5.2 PLANOS DE IMPLANTAÇÃO

A implantação se dará inicialmente com o treinamento dos profissionais de saúde no que diz respeito a uso de equipamentos de proteção individual, fluxo de pacientes, exames e registros. Ao todo são 59 funcionários envolvidos no processo, sendo que 37 formam a equipe de enfermagem e 22 é o número total de médicos, havendo ainda 1 técnica de laboratório, 2 auxiliares de laboratório e 1 profissional de recepção no laboratório.

O treinamento será realizado pelos profissionais da Vigilância Epidemiológica Municipal que podem ainda contar com apoio dos técnicos da 2ª Regional de Saúde do Estado, assim como se cogita a possibilidade de contratação de serviço terceirizado para elevar a credibilidade da ação. Os profissionais a serem treinados são médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e técnicos do laboratório que fazem e recebem a coleta e as informações do paciente.

Depois de realizado o treinamento e conscientização, é fundamental que se efetive a realização das práticas apreendidas, em especial o fluxo de pacientes que deve ser padronizado e tornado de conhecimento comum, para tanto será criado um cartaz com as instruções a serem seguidas, o qual vai tornar público o fluxograma e protocolo de atendimento a sintomáticos respiratórios.

No que se refere aos (EPIs) (especificamente à máscara N95), sabe-se que atualmente não há este material disponível no Hospital, portanto a aquisição deve ser providenciada, de forma a ser alocada no orçamento anual.

5.3 RECURSOS

Estima-se que os recursos necessários para a implantação da proposta aqui apresentada envolvem, não só questões financeiras, como também e, principalmente, humanas.

Em primeiro momento a gestão sobre essa proposta é essencial, faz necessário um acompanhamento de perto por parte dos gestores do hospital e da vigilância epidemiológica para que as alterações não fiquem apenas no planejamento, mas que sejam efetivamente cumpridas no cotidiano.

Devem ser aplicados recursos financeiros: para contratações de serviços para agilizar o acesso ao resultado de exames; aquisição de equipamentos de proteção individual, horas de funcionários em treinamento.

Os recursos humanos a serem injetados envolvem: funcionários conscientes, treinados e engajados na tarefa de evitar a contaminação de outros pacientes e profissionais de saúde. Para tanto é essencial o treinamento e se necessário efetuar o remanejamento de profissionais, a fim de garantir que o fluxo de atendimento aconteça conforme o estabelecido e que o sintomático respiratório não passe despercebido, ou seja, que o paciente receba o tratamento recomendado em tempo oportuno.

5.4 RESULTADOS ESPERADOS

O que se espera como objetivo final da proposta em questão é estabelecer um fluxo eficaz para o diagnóstico do sintomático respiratório no hospital. Em termos gerais adequar o recebimento desse paciente no hospital

Busca-se com a presente proposta de intervenção, que o hospital mantenha uma equipe treinada e capaz de identificar o sintomático respiratório.

Espera-se ainda que o SR não passe despercebido em nenhum nível de gravidade, que o diagnóstico seja feito o quanto antes, bem como o início do tratamento. E que a avaliação dos contatos intradomiciliares seja efetiva e urgente.

5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Problemas: alta rotatividade de funcionários falta de conhecimento básico no diagnóstico do SR, não preenchimento do livro do SR, falta de comprometimento da equipe, falta de direcionamento e estabelecimento de protocolo por parte da vigilância epidemiológica.

Diante dos problemas citados o treinamento e a implantação do fluxo podem ser medidas corretivas suficientes.

Riscos: indeferimento de proposta de contratação de serviços terceirizados (motoboy, treinamento), paciente pode se recusar a utilizar a máscara cirúrgica devida o constrangimento que a mesma pode causar diante dos demais pacientes em sala de espera. Contato intradomiciliar ou paciente se recusar a fazer os exames ou tratamento.

Com relação aos riscos, caso a solicitação do motoboy não seja deferida, uma medida paliativa seria a solicitação do resultado via internet ou protocolo eletrônico, no entanto, o tempo de ida da amostra até o laboratório ainda continua sendo um obstáculo para a agilização do tratamento. No caso de paciente se recusar a utilizar a máscara é essencial o treinamento do funcionário, para que saiba a situação e operacionalizar a ação que é mandatória.

No caso de recusa de exames ou tratamento a vigilância epidemiológica encaminha o caso ao Ministério Público.

6. CONCLUSÃO

O presente projeto, cujo objetivo é estabelecer um fluxo de atendimento adequado para sintomático respiratório no hospital de Rio Branco do Sul, se estruturou tomando por base as informações colhidas através de observações da realidade da referida instituição sobre o diagnóstico da Tuberculose.

Foram avaliadas as condições atuais, verificadas as falhas que ocorrem e a gravidade de se permitir que sintomáticos de TB passem despercebidos. Dessa forma, com base na recomendação do Ministério da Saúde e demais regulamentações, realizou-se um estudo teórico e uma proposição de melhoria. Estabeleceu-se, no presente projeto de intervenção uma série de determinações a serem implementadas junto à equipe que atua no hospital. De modo geral, a principal conclusão a que se chega, diante do cenário encontrado é que a identificação precoce do SR e o uso de máscaras são os meios mais eficazes para se evitar o contágio dentro dos ambientes de saúde deste município.

Para que sejam realmente eficazes, as determinações estabelecidas no presente projeto precisam de supervisão e de uma ação mandatária, haja vista que é notória a falta de comprometimento e o pouco engajamento por parte da equipe. Diante do exposto percebe-se que muito temos a avançar na qualidade do atendimento a pacientes SR e com TB confirmado. O acompanhamento da Vigilância Epidemiológica e interação de toda equipe de saúde, nos casos internados ou não, de pacientes com suspeita de TB ou com TB confirmada é de extrema importância para apoiar, informar e garantir um correto manejo clínico, um correto tratamento, uma correta avaliação dos contatos intradomiciliares e adequada biossegurança aos profissionais e demais pacientes presentes.

No que se refere à biossegurança, além do exposto no presente projeto de intervenção, o ideal se idealiza na existência de um local específico para coleta e/ ou indução de escarro, porém tal implementação infelizmente não está conforme a realidade do município, uma vez que tal estrutura não se encontra presente nem mesmo de organizações mais avançadas em termos de diagnóstico de sintomático respiratório de TB. A necessidade de um espaço específico para a coleta se justifica pelo fato de que o bacilo se espalha no processo de coleta podendo contaminar o ar e contagiar pacientes e/ ou profissionais de saúde. Diante disso, um meio alternativo é a instalação de ventilação adequada nas áreas de risco, ou seja, com pressão negativa, onde o fluxo do ar deve ser direcionado para fora do ambiente, tal intervenção pode ser feita através de ventiladores ao nível das janelas.

É necessário ainda, para alcançarmos sucesso na proposta, insistir em planejamento de Educação Permanente, estratégia de extrema importância para alcançar os objetivos propostos pelo Sistema Único de Saúde. A Educação Permanente abrigaria além da educação em serviço, a compreensão no âmbito da

formação técnica da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde. A intersectorialidade com objetivos e saberes em comum é o avanço que faz a diferença para resultados eficazes.

Devemos ainda melhorar e qualificar a informação da notificação compulsória que é o instrumento para dados estatísticos passíveis de retratar o diagnóstico situacional dos agravos de notificações obrigatórias e assim identificar como, quando e onde devemos intervir. Uma ferramenta que nos leva a elaboração de estratégias para áreas e situações de risco.

Outro meio de informação necessária é a formulação de boletins epidemiológicos onde a população tenha ciência do perfil epidemiológico de sua cidade, esses boletins devem trazer também informações como sinais, sintomas e tratamento de doenças de interesse público. A organização de palestras para grupos da comunidade nas unidades de saúde e no hospital é um meio de promoção e prevenção para a saúde da população, é através desses informes, sejam verbais, em boletins, em folders, em mídia que as pessoas terão conhecimentos de como ocorre o processo de algumas doenças, assim como sua prevenção e cura.

O presente trabalho me mostrou a grandiosidade de como um projeto ajuda no planejamento de ações e que a tarefa dos gestores em saúde é um trabalho árduo, pois temos vieses que nem sempre favorecem um bom resultado, mas percebe-se que muitas ações dependem mais de comprometimento dos trabalhadores do que propriamente questões administrativas e ou políticas. O mínimo que se possa fazer entre os gestores em saúde e suas equipes de trabalho, como clareza de objetivos, comunicação aberta e constante, estabelecimento de vínculos relacionais, e liderança com capacidade transformadora remeterá a uma grande diferença em um processo de trabalho, conseqüentemente em vidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós- vacinação**. Brasília, DF, 2008.

BRITO, Rossana C. et. al. **Recomendações da Assessoria de Pneumologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para o controle da Tuberculose em hospitais gerais**. Pulmão, RJ. Volume 12. n.3 – Jul – Ago-Set/ 2003.

CALIARI, Juliano S.; FIGUEIREDO, Rosely M. **Tuberculose**: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. Publicado em 2011. Disponível em <http://www.unifesp.br/denf/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=1&item=8> Acesso em 27 de julho de 2013; as 18h16min

CARDOZO, G.R; *et al.* **Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família**. Pelotas, RS: 2011. Disponível em <http://www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/38/49> Acesso em 17 de outubro de 2013; as 23h51min

FAÇANHA, Mônica Cardoso. *et al.* **Investigação de contatos de tuberculose em local de trabalho**. Bol Pneumol Sanit: 2004

GABARDO, Betina Mendez Alcântara. **Atenção Primária à Saúde**. Ordenadora da Atenção ao Cidadão com Tuberculose no Paraná. Oficina do APSUS 7. Coordenação PECT: Paraná, 2013.

GONÇALVES, MLC. **Transmissão nosocomial de tuberculose**: diminuindo o risco. Bol Pneum Sanit: 2001.

KUSCHNIR, Rosana Chigres. et. al. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração – UFSC. CAPES: UAB, 2010

NOAS/ SUS. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Sistema Único de Saúde. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em 18.Dez.2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Formação e Qualificação Profissional em Atenção Primária à Saúde. **Vigilância em Saúde na Atenção Primária em Saúde**: Oficina 7. Governo do Paraná: Setembro, 2013.

ANEXOS

TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença TUBERCULOSE		Código (CID10) A 16.9	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação				Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)				Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)				24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência				27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso							
Antecedentes Epidemiológicos	31 Nº do Prontuário			32 Ocupação				
	33 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência				34 Institucionalizado 1 - Não 2 - Presídio 3 - Asilo 4 - Orfanato 5 - Hospital Psiquiátrico 6 - Outro 9 - Ignorado			
Dados Clínicos	35 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado			36 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado				
	37 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar			38 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra				
	39 Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Outras _____							
Dados do Laboratório	40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) <input type="checkbox"/> 1ª amostra 1 - Positiva <input type="checkbox"/> 2ª amostra 2 - Negativa 3 - Não Realizada			41 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		42 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		
	43 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		44 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado		45 Histopatologia 1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB			
Tratamento	46 Data de início do Tratamento Atual		47 Drogas <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etionamida 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomicina <input type="checkbox"/> Outras _____					
	48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			49 Número de Contatos Registrados		50 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Investigador	Município/Unidade de Saúde					Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura			
	Tuberculose		Sinan NET		SVS 18/05/2006			

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - FLUXO DE ATENDIMENTO PARA SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

FLUXO DE ATENDIMENTO PARA SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO BRANCO DO SUL		
Passos	Ação	Recomendação
Passo 1	Recepção do paciente no guichê	Preenchimento de cadastro: queixa e identificação do paciente
Passo 2	Triagem: identificar características de TB	Ação realizada pelo Auxiliar/Técnico de Enfermagem
Passo 3	Procedimento para evitar contágio	Oferecer máscara cirúrgica ao paciente com características de TB
Passo 4	Encaminhar para consulta médica	Informar a suspeita clínica ao médico
Passo 5	Realizar/ Solicitar exames de investigação	Anamnese; exame físico; Raio X (feito no próprio hospital); Baar (2 a 3 amostras)
Passo 6	Avaliação dos exames/ diagnóstico	
Passo 7	Preenchimento da Notificação Compulsória e encaminhamento para a Vigilância Epidemiológica	
Passo 8	Iniciar tratamento	Internamento ou tratamento domiciliar
Passo 9	Procedimento de isolamento	Leito isolado em caso de internamento
Passo 10	Avaliação dos contatos intradomiciliares	Prova tuberculínica. Em caso de resultado reator, prosseguir investigação.