

- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS.

5.24.5 Auxiliares de Enfermagem

- Solicitar o retorno do paciente após o término do tratamento e, em situações especiais, realizar o tratamento supervisionado;
- Identificar sinais e sintomas de malária grave e referenciar o doente grave a Unidade de Referência;
- Identificar sinais e sintomas de malária e coletar a lâmina para o diagnóstico;
- Realizar procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão;
- Acompanhar os pacientes em tratamento;
- Orientar o paciente quanto à necessidade de concluir o tratamento;
- Investigar a existência de outros casos na comunidade, quando da constatação de um caso de malária, encaminhar à Unidade Básica de Saúde;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Notificar os casos suspeitos e confirmados;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.

6 TRACOMA

É uma inflamação crônica da conjuntiva ocular e da córnea - uma ceratoconjuntivite recidivante, cujo agente etiológico é a bactéria *Chlamydia trachomatis*. É considerada a principal causa de cegueira evitável do mundo.

Nos períodos iniciais da infecção o tracoma aparece sob a forma de uma conjuntivite folicular, com hipertrofia papilar e infiltração inflamatória que atinge toda a conjuntiva especialmente a da pálpebra superior. Com as re-infecções e infecções bacterianas associadas, os folículos evoluem para cicatrizes na conjuntiva da pálpebra superior. As principais seqüelas do tracoma são: a triquiase (direção anormal dos cílios que tocam a conjuntiva e a córnea) e o entrópion (deformação interna da margem da pálpebra). Os cílios em posição anormal atritam a córnea produzindo a sua ulceração e opacidade, que obscurecem as margens da pupila e podem levar à perda da visão.

6.1 AGENTE ETIOLÓGICO

A doença é causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, sorotipos A, B, Ba e C.

6.2 MODOS DE TRANSMISSÃO

A principal forma de transmissão é a direta, de olho a olho, ou indireta, através de objetos contaminados (toalhas, lenços, lençóis e/ou fronhas). Alguns insetos como a mosca doméstica (*Musca domestica*) e ou a lambe-olhos (*Hippelates sp.*) podem atuar como vetores mecânicos. A transmissão só ocorre na fase ativa (formas inflamatórias) da doença. O racionamento, a falta de água, a eliminação inadequada de dejetos, associadas às deficientes condições sanitárias e de higiene propiciam a disseminação da doença.

6.3 MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA

A doença tem duas fases e cinco formas clínicas:

- 1- Fase inflamatória (que é transmissível);
- 2- Fase seqüelar (que não é transmissível).

6.3.1 Fase inflamatória

Para fazer o diagnóstico é necessário realizar a eversão da pálpebra superior do olho e observar sinais do tracoma inflamatório



1.a - Tracoma Inflamatório Folicular - TF

Quando estão presentes no mínimo 5 folículos (formação arredondadas e mais claras) com pelo menos 0,5 mm de diâmetro, na conjuntiva da pálpebra superior do olho em sua região central.



1.b - Tracoma Inflamatório Intenso - TI

Quando ocorre espessamento da conjuntiva da pálpebra superior que se apresenta enrugada e avermelhada, não permitindo a visualização de mais de 50% dos vasos tarsais profundos.

6.3.2 Fase Seqüelar



2.a - Tracoma Cicatricial - TS

Quando se encontram presentes cicatrizes na conjuntiva da pálpebra superior. A conjuntiva tem uma aparência esbranquiçada, fibrosa com bordas retas, angulares ou estreladas.



2.b - Triquíase Tracomatosa - TT

Quando pelo menos um dos cílios atrita o globo ocular, ou quando há evidências de remoção recente de cílios invertidos, associados à presença de cicatrizes na conjuntiva da pálpebra superior.

2.c - Opacificação Cornena - CO de origem tracomatosa

Quando ocorre um obscurecimento de pelo menos uma parte da borda da pupila.

6.4 SINTOMAS

1. Nas formas clínicas inflamatórias do tracoma (Tracoma Inflamatório Folicular -TF e Tracoma Inflamatório Intenso -TI) os sintomas mais comuns são: lacrimejamento, sensação de corpo estranho no olho, discreta fotofobia (sensibilidade à luz), prurido e sinais de secreção purulenta, em pequena quantidade.

Porém, uma proporção de casos de tracoma é assintomático.

2. Nas formas clínicas seqüelares, especialmente a Triquíase Tracomatosa - TT e a Opacificação Corneana - CO os sintomas mais comuns são: dor causada pelo atrito do cílio no globo ocular, fotofobia intensa, olho seco e diminuição da acuidade visual.

6.5 DIAGNÓSTICO

É essencialmente clínico-epidemiológico e é realizado através do exame ocular externo, por profissional de saúde capacitado, utilizando-se lupa binocular de 2,5 vezes de aumento e iluminação adequada, com luz do dia ou foco luminoso.

Cada olho deve ser examinado cuidadosamente para a detecção de anormalidades. Examinar as pálpebras, os cílios, a conjuntiva e a córnea. Os sinais de tracoma devem ser claramente visualizados para serem considerados presentes. Na dúvida considera-se sinal ausente.

As pálpebras superiores devem ser delicadamente evertidas à procura de sinais de inflamação tracomatosa (TF e TI) na área central da conjuntiva tarsal, excluindo-se os ângulos e as bordas. Cada olho deve ser examinado separadamente.

O diagnóstico de tracoma foi padronizado pela Organização Mundial de Saúde em 5 formas clínicas - TF, TI, TS, TT e CO descritas anteriormente.

6.6 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

É utilizado para a constatação da circulação do agente etiológico (*Chlamydia trachomatis*) no ambiente e consiste na coleta de raspado conjuntival da pálpebra superior do olho e fixação em lâmina específica. A técnica mais utilizada, pela facilidade de recursos, é a Imunofluorescência Direta para *Chlamydia trachomatis*.

6.7 TRATAMENTO

O objetivo do tratamento do tracoma é a cura da infecção e a interrupção da cadeia de transmissão da doença.

Podem ser usados vários tipos de antibióticos de uso local/tópico - pomadas e colírios e de uso sistêmico - comprimidos e suspensões.

6.7.1 Tratamento tópico:

- Tetraciclina a 1% - pomada oftálmica usada duas vezes ao dia durante seis semanas.
- Sulfá - colírio usado quatro vezes ao dia durante seis semanas

6.7.2 Tratamento Sistêmico:

Atualmente está sendo utilizado em dose única oral o antibiótico Azitromicina. O tratamento deve ser administrado nas seguintes dosagens:

I - Azitromicina Suspensão - dose de 20 mg por Kg de peso, em dose única oral. (pessoas < 12 anos de idade, até 45 Kg/peso);

II - Azitromicina Comprimido - 500 mg = 1g em dose única oral (pessoas > ou igual a 12 anos de idade e acima de 45 Kg). - 2 comprimidos de 500 mg/pessoa

Observar antes da administração medicamentosa, os seguintes procedimentos:

- Medir o peso da criança sem sapato e calcular a dose necessária. A medicação deverá ser administrada, no mínimo 1 (uma) hora antes da refeição ou 2 (duas) horas após a refeição;
- Verificar se o indivíduo tem outras doenças ou se está fazendo uso de outra medicação. Neste caso deve ser avaliado e analisado o caso com o máximo critério;

O Ministério da Saúde regulamentou o uso da azitromicina para tratamento do tracoma, conforme Portaria do Ministério da Saúde Nº 67 - de 22/12/2005.

6.7.3 Tratamento em massa

A Organização Mundial de Saúde orienta a utilização de tratamento em massa da população quando as prevalências de tracoma inflamatório em crianças de 1 a 9 anos de idade são maiores ou iguais a 10%, em localidades, comunidades, distritos.

6.7.4 Tratamento Cirúrgico

Os casos de Entrópio e/ou de Triquíase Tracomatosa devem ser encaminhados para referência oftalmológica para correção cirúrgica.

6.7.5 Controle e Alta Clínica do Caso

- Todos os casos positivos de tracoma inflamatório, devem ser examinados aos 6 e aos 12 meses após o início tratamento.

- A alta clínica do caso ativo ocorre quando transcorridos 6 (seis) meses após o início do tratamento não se evidenciam sinais clínicos do Tracoma Inflamatório (TF/TI).
- A alta curado(a) sem cicatrizes ocorre quando após 12 meses de início do tratamento não se evidenciam sinais clínicos do tracoma ativo - TF/TI. O critério para encerramento do caso é o da alta curado(a) sem cicatrizes, quando o indivíduo sai do sistema de informação.
- Indivíduos que apresentam formas clínicas seqüelares - TS, TT e/ou CO sempre serão casos de tracoma e permanecem em registro no sistema de informações.

6.8 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.8.1 Caso suspeito

Deve ser considerado caso suspeito de tracoma os indivíduos que apresentam história prolongada de conjuntivites ou referem sintomas oculares de longa duração (prurido, fotofobia, etc.). Os comunicantes de casos confirmados também devem ser considerados casos suspeitos.

6.8.2 Notificação

O tracoma não é uma doença de notificação compulsória, entretanto é uma doença sob vigilância epidemiológica de interesse nacional, sendo orientado o registro de todos os casos confirmados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan NET, sob a forma de modulo agregado, em boletim específico (Ficha VI, pág. 192). Além do Sinan NET, o registro dos casos deve ocorrer em fichas específicas do agravo, no nível local, para acompanhamento e controle.

6.8.3 Investigação epidemiológica

Desde que haja a confirmação da existência de um ou vários casos numa comunidade deverão ser desencadeadas medidas de vigilância epidemiológica, visando a busca ativa de outros casos.

Não é comum a existência de casos de tracoma isolados. Um caso diagnosticado deve ser acompanhado de investigação epidemiológica dos seus comunicantes.

A investigação epidemiológica deve dirigir-se prioritariamente aos domicílios e às instituições educacionais e/ou assistenciais que constituem locais onde existe maior probabilidade de transmissão da doença.

6.8.4 Investigação domiciliar

A investigação domiciliar deve ser realizada para todos os casos novos de Tracoma Inflamatório (TF/TI) de forma a identificar casos associados ao caso índice.

6.8.5 Investigação em Instituições Educacionais

A busca ativa em escolas e creches deve ser sistemática nos locais onde haja suspeita de casos de tracoma. Medidas de educação em saúde envolvendo pais, professores, funcionários e crianças são fundamentais para o controle do tracoma

6.8.6 Medidas de Vigilância e Controle

As medidas de vigilância epidemiológica e de controle são:

1 - Busca ativa de casos e comunicantes, tratamento precoce, monitoramento do tratamento e da situação epidemiológica;

2 - Ações educativas destinadas à promoção da saúde, prevenção e controle da doença;

3 - Articulação com setores de saneamento básico, educação e habitacional para garantir melhorias nas condições de vida, habitação, acesso ao abastecimento de água e saneamento básico.

6.8.7 Competências

Para diagnosticar e classificar as formas clínicas do tracoma o profissional da equipe de saúde deve ser treinado em capacitação específica para desenvolver ações/atribuições de examinador, de acordo com orientações de padronização de diagnóstico definida pela Organização Mundial de Saúde.

6.9 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DO TRACOMA

6.9.1 Do Agente Comunitário de Saúde

- Identificar casos de triquíase tracomatosa (cílios tocando o globo ocular), pessoas com sinais e sintomas como lacrimejamento, sensação de corpo estranho no olho, prurido, discreta fotofobia (sensibilidade à luz) e secreção purulenta e encaminhar à UBS;

- Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-los quanto à importância da necessidade de sua conclusão;
- Orientá-los quanto à necessidade de adotar medidas para prevenção do tracoma como lavar a face várias vezes ao dia, evitar dormir em camas com várias pessoas e compartilhar lençóis e toalhas;
- Realizar busca de casos, após a notificação do caso índice, em domicílio, escolas, creches, orfanatos, entre outros;
- Registrar os casos confirmados, em ficha específica – e no Sinan NET, informando à Secretaria Municipal de Saúde, que deverá seguir o fluxo definido neste Caderno.
- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde nas visitas de controle de casos positivos após o tratamento, para avaliação da sua evolução:
- 1ª visita de controle do caso - deve ser realizada após 6 (seis) meses do início do tratamento.
- 2ª visita de controle do caso - deve ser realizada após 12 (doze) meses do início do tratamento.
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à promoção da saúde, prevenção e ao controle do tracoma em sua área de abrangência;
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de higiene, especialmente orientar a lavagem freqüente do rosto das crianças e de melhorias de hábitos no cuidado com o corpo e das condições sanitárias e ambientais.

6.9.2 Do Agente de Controle de Endemias

- Identificar casos de triquíase tracomatosa (cílios tocando o globo ocular), pessoas com sinais e sintomas como lacrimejamento, sensação de corpo estranho no olho, prurido, discreta fotofobia (sensibilidade à luz) e secreção purulenta e encaminhar à UBS;
- Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-los quanto à importância da necessidade de sua conclusão;
- Orientá-los quanto à necessidade de adotar medidas para prevenção do tracoma como lavar a face várias vezes ao dia, evitar dormir em camas com várias pessoas e compartilhar lençóis e toalhas;
- Realizar busca de casos, após a notificação do caso índice, em domicílio, escolas, creches, orfanatos, entre outros;
- Registrar os casos confirmados, em ficha específica – e no SINAN NET, informando à Secretaria Municipal de Saúde, que deverá seguir o fluxo definido neste Caderno;

- Acompanhar a equipe de saúde nas visitas de controle de casos positivos após o tratamento, para avaliação da sua evolução:
- 1ª visita de controle do caso – deve ser realizada após 6 (seis) meses do início do tratamento.
- 2ª visita de controle do caso – deve ser realizada após 12 (doze) meses do início do tratamento.
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à promoção da saúde, prevenção e ao controle do tracoma em sua área de abrangência;
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de higiene, especialmente orientar a lavagem freqüente do rosto das crianças e de melhorias de hábitos no cuidado com o corpo e das condições sanitárias e ambientais.

6.9.3 Do Médico

- Diagnosticar e tratar precocemente as pessoas acometidas por tracoma, conforme as orientações contidas neste Caderno;
- Solicitar exames complementares, quando necessário;
- Realizar tratamento imediato e adequado, de acordo com esquema terapêutico preconizado pelo Ministério da Saúde, Portaria GM nº 67 de 22/12/2005;
- Encaminhar, quando necessário, os casos que necessitam de um atendimento em Unidade de Referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento;
- Registrar os casos confirmados, em ficha específica – e no Sinan NET, informando à Secretaria Municipal de Saúde, que seguirá o fluxo definido neste Caderno;
- Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento;
- Capacitar e supervisionar membros da equipe quanto às ações de vigilância epidemiológica e controle do tracoma.

6.9.4 Do Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos auxiliares / técnicos de enfermagem e ACS;
- Registrar os casos confirmados, em ficha específica – e no Sinan NET, informando à Secretaria Municipal de Saúde, que seguirá o fluxo definido neste Caderno;
- Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento;
- Capacitar e supervisionar membros da equipe quanto às ações de vigilância epidemiológica e controle do tracoma.

6.9.5 Do Auxiliar/Técnico de Enfermagem

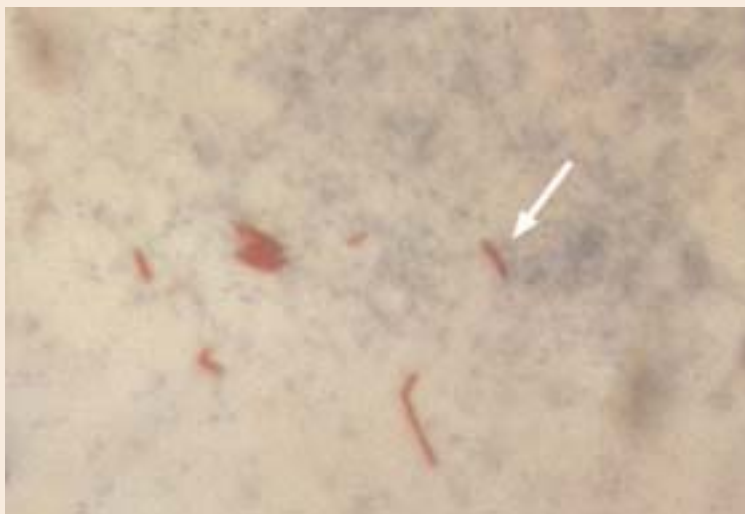
- Realizar procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão;
- Registrar os casos confirmados, em ficha específica - e no SINAN NET, informando à Secretarias Municipal de Saúde, que seguirá o fluxo definido neste Caderno;
- Identificar casos de triquíase tracomatosa (cílios tocando o globo ocular), pessoas com sinais e sintomas como lacrimejamento, sensação de corpo estranho no olho, prurido, discreta fotofobia (sensibilidade à luz) e secreção purulenta e encaminhar à consulta médica.

7 TUBERCULOSE

É uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch (BK). O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos.

7.1 MODOS DE TRANSMISSÃO

A transmissão ocorre por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, podem provocar a infecção tuberculosa.



Mycobacterium tuberculosis

A propagação do bacilo da tuberculose está associada principalmente às condições de vida da população. Prolifera em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. Por isso, a sua incidência é maior nas periferias das grandes cidades, podendo, porém, acometer qualquer pessoa, inclusive em áreas rurais. A transmissão ocorre geralmente em ambientes fechados, nos quais as partículas expelidas pelo doente de Tuberculose (TB) podem permanecer no ar, principalmente em locais escuros e pouco ventilados, por longos períodos.

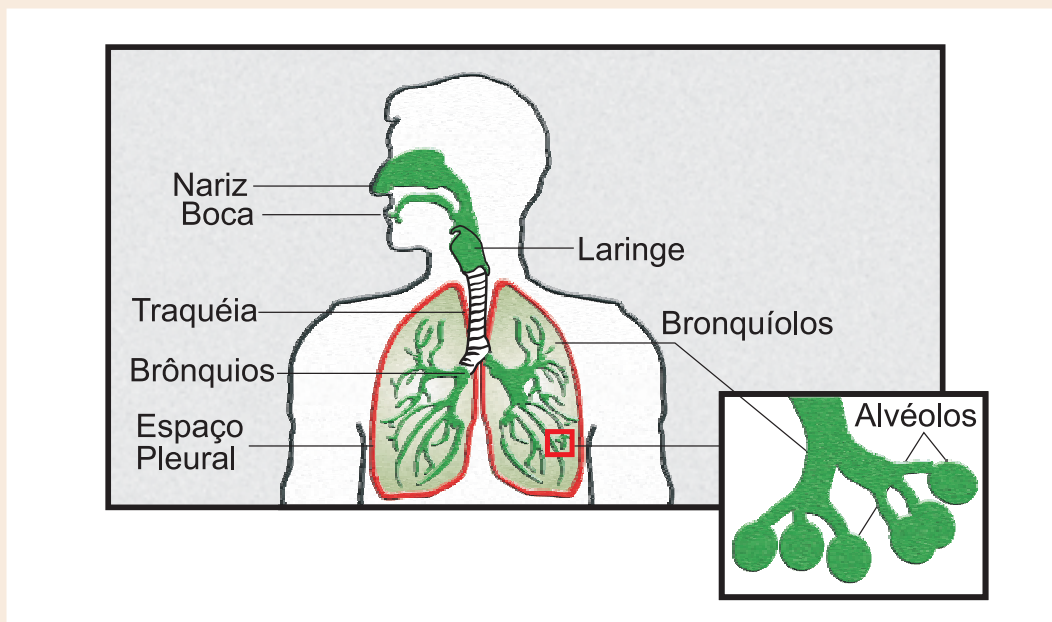
A ventilação constante e a luz solar direta removem as partículas e matam rapidamente os bacilos.

A infecção pode ocorrer em qualquer idade, mas no Brasil, geralmente acontece na infância. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose se infectam, assim como nem todas as pessoas infectadas desenvolvem a doença. A probabilidade de que a TB seja transmitida depende de alguns fatores:

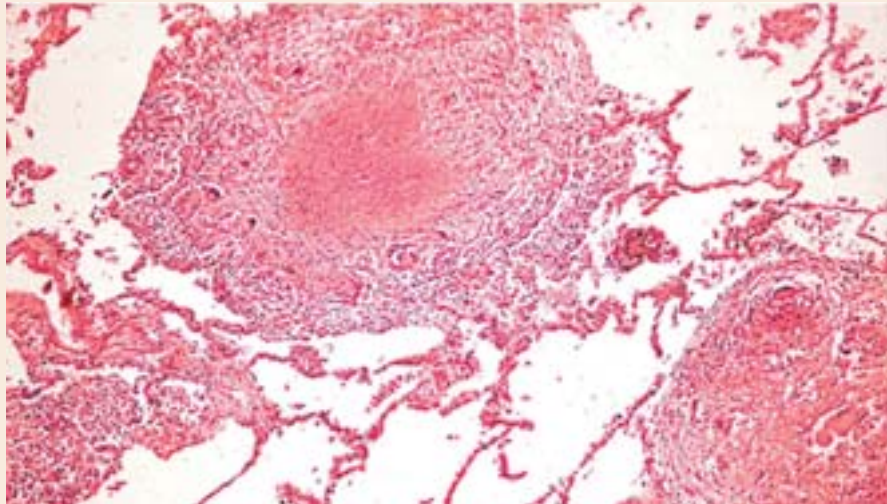
- O potencial de contágio do caso índice: o doente bacilífero, isto é, com baciloscopia direta positiva, é a principal fonte de infecção;
- A concentração de bacilos no ar contaminado: determinada pelo tipo de ambiente em que a exposição ocorreu: ambientes fechados, escuros ou com pouca ventilação;
- Duração da exposição: o tempo que o doente e seus contatos respiram nesse ambiente;
- A suscetibilidade genética ou predisposição dos contatos.

Quando uma pessoa inala as gotículas contendo os bacilos, muitos deles ficam retidos no trato respiratório superior (garganta e nariz). Se chegarem aos brônquios, os bacilos são aprisionados na secreção (catarro) e eliminados pelo movimento ciliar. Contudo, quando os bacilos atingem os alvéolos, a infecção pode se estabelecer.

7.2 OS PULMÕES E OS ALVÉOLOS



Nos alvéolos, os bacilos multiplicam-se e um pequeno número entra na circulação sanguínea, disseminando-se por todo o corpo. Dentro de 2 a 10 semanas, no entanto, o sistema imunológico intervém, principalmente por meio das células brancas sanguíneas, chamadas linfócitos e macrófagos, as quais impedem que os bacilos continuem a se multiplicar, bloqueando, assim, a evolução da infecção para tuberculose-doença. Os linfócitos e macrófagos formam o granuloma, uma espécie de barreira em torno dos bacilos provocando sua destruição por meio da fagocitose. Graças à formação do granuloma, a pessoa pode permanecer infectada, não desenvolvendo a doença e, portanto, não transmitindo o germe para as pessoas suscetíveis.



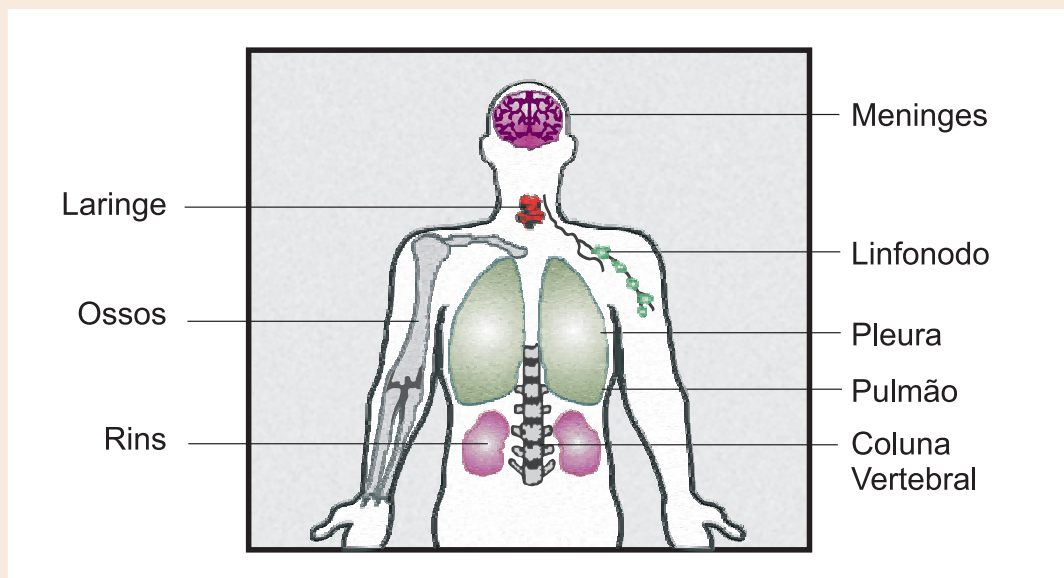
Granuloma

7.2.1 Formas Clínicas

Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver tuberculose doença em qualquer fase da vida. Isso acontece quando o sistema imunológico não pode mais manter os bacilos sob controle, permitindo que eles se multipliquem rapidamente.

Qualquer órgão pode ser atingido pela tuberculose; mais frequentemente pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos. Apenas cerca de 10% das pessoas infectadas adoecem, mais da metade delas durante os dois primeiros anos após a infecção, e o restante ao longo da vida.

Órgãos mais frequentemente acometidos pela tuberculose doença



Algumas condições que debilitam o sistema imunitário podem contribuir para o adoecimento pela tuberculose como, por exemplo:

- Infecção pelo HIV;
- Diabetes;
- Tratamento prolongado com corticosteróides;
- Terapia imunossupressora;
- Doenças renais crônicas;
- Neoplasias;
- Desnutrição protéico-calórica.

7.2.2 Detecção de Casos

Quanto maior o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de profissionais capacitados desenvolvendo ações de controle da tuberculose, mais abrangente será a busca, maior será a detecção de casos, mais rápido o início do tratamento e mais eficiente a supervisão do tratamento, o que favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão.

A busca de casos deve ser feita principalmente entre:

- Sintomáticos respiratórios, isto é, portadores de tosse com expectoração há pelo menos três semanas.
- Portadores que apresentem sintomatologia compatível com tuberculose: além da tosse com expectoração, febre vespertina, suores noturnos, perda de peso, escarro sanguíneo (hemoptóico) e/ou dor torácica.
- Pacientes com história de tratamento anterior para tuberculose;
- Contatos de casos de tuberculose (pessoas parentes ou não que coabitam com um paciente de tuberculose);
- Populações de risco: pessoas privadas de liberdade, asilos, instituições psiquiátricas, abrigos;
- Portadores de doenças debilitantes (diabetes, neoplasias);
- Imunodeprimidos por uso de medicamentos;
- Imunodeprimidos por infecções, como o HIV;
- Usuários de drogas;
- Moradores de rua;
- Trabalhadores da área de saúde.

As equipes de saúde devem mobilizar a comunidade para identificar aqueles que têm tosse crônica nas famílias, clubes, igrejas e comunidades fechadas referidas anteriormente, com o objetivo de encaminhá-los para fazer exame de escarro.

As UBS devem contar com o apoio de uma unidade de referência de média complexidade, mas devem manter a sua autonomia na descoberta e no tratamento de casos de tuberculose.

7.2.3 Diagnóstico

Exame Bacteriológico Direto do Escarro

É método fundamental para o diagnóstico. Esse exame, quando executado corretamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar em uma comunidade.

A baciloscopia direta do escarro deve sempre ser solicitada para:

- pacientes adultos que procurem o serviço de saúde por apresentarem queixas respiratórias ou, informarem ter tosse e expectoração há três semanas ou mais;
- pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax;
- contatos de casos de tuberculose pulmonar bacilíferos que apresentem queixas respiratórias.

7.2.4 Coleta do Escarro

Qualidade e quantidade da amostra

Uma boa amostra de escarro é a 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.

Quando o paciente referir que não tem expectoração, o profissional deve orientá-lo sobre como obter a amostra de escarro (ver instruções abaixo) e fazer que ele tente fornecer material para o exame. Caso obtenha êxito, deve enviar a amostra ao laboratório para ser examinado, independentemente da qualidade e quantidade.

Recomenda-se, para o diagnóstico, a coleta de duas amostras de escarro:

- A primeira, coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, aproveitando sua presença e garantindo, assim, a realização do exame laboratorial. Não é necessário estar em jejum.
- A segunda, coletada na manhã do dia seguinte, assim que o paciente despertar. pela manhã; deve lavar a boca, sem escovar os dentes, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter duas eliminações de escarro, evitando que esse escorra pela parede externa do pote. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite.

7.2.5 Recipiente para coleta de escarro para exame bacteriológico

O material deve ser coletado em potes plásticos com as seguintes características: descartáveis, com boca larga (50 mm de diâmetro), transparente, com tampa de rosca, capacidade entre 35 e 50 ml. A identificação (nome do paciente e data da coleta) deve ser feita no corpo do pote e nunca na tampa, utilizando-se, para tal, fita gomada ou caneta para retroprojeter.



Recipiente para coleta de escarro para exame bacteriológico

7.2.6 Local da coleta

As amostras devem ser coletadas em local aberto, de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada.

Orientações aos profissionais da unidade

A fase inicial do exame, que compreende coleta, conservação e transporte do escarro, é de responsabilidade do profissional da UBS.

As equipes das unidades de saúde devem orientar o paciente com informações simples e claras em relação à coleta do escarro, devendo proceder da seguinte forma:

- Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado (nome do paciente e a data da coleta no corpo do pote);
- Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta;
- Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição;
- Orientar o paciente a lavar as mãos após esse procedimento.

7.2.7 Conservação e transporte

As amostras devem ser preferencialmente enviadas e processadas no laboratório imediatamente após a coleta. Para aquelas amostras coletadas fora da unidade de saúde, esta deverá recebê-las em qualquer hora de seu período de funcionamento e conservá-la, se possível, sob refrigeração até o seu processamento. Para o transporte de amostras, deve-se considerar duas condições importantes: 1. proteção contra a luz solar; 2. acondicionamento adequado para que não haja risco de derramamento.

Para transportar potes de escarro de uma UBS a outra de maior complexidade, as amostras de escarro poderão ficar em temperatura ambiente, protegidas da luz solar, por um período máximo de 24 horas para que a baciloscopia seja confiável.

Se a demora para o envio ao laboratório for no máximo de 7(sete) dias, as amostras de escarro deverão ser mantidas refrigeradas entre 2°C e 8°C, em geladeira exclusiva para armazenar material contaminado.

Nunca colocar a requisição de exame junto com o pote, dentro do isopor.

Com vistas à padronização e, portanto, à confiabilidade dos resultados da baciloscopia, os laboratórios, tanto públicos como privados, devem estar credenciados pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) do estado ou do município e devem observar as instruções relativas ao material e ao fornecimento dos resultados (em cruces para as lâminas positivas), bem como ao controle de qualidade, tanto do esfregaço como da microscopia.

7.2.8 Cultura do Bacilo de Koch (BK)

É indicada para:

- Os casos suspeitos de tuberculose pulmonar negativos ao exame direto do escarro;
- O diagnóstico das formas extrapulmonares, como: meningoencefálica, renal, pleural, óssea ou ganglionar;
- Os casos com suspeita de resistência bacteriana às drogas; nestes deve ser realizado o teste de sensibilidade;
- Os casos com suspeita de infecção por micobactérias não-tuberculosas, notadamente nos doentes HIV positivos ou com Aids, nos quais deverá ser realizada a tipificação do bacilo;
- Em pacientes com história de tratamento anterior para tuberculose, com imagens radiológicas sugestivas, porém com baciloscopia persistentemente negativa; nestes casos o objetivo é de afastar a possibilidade de seqüela.

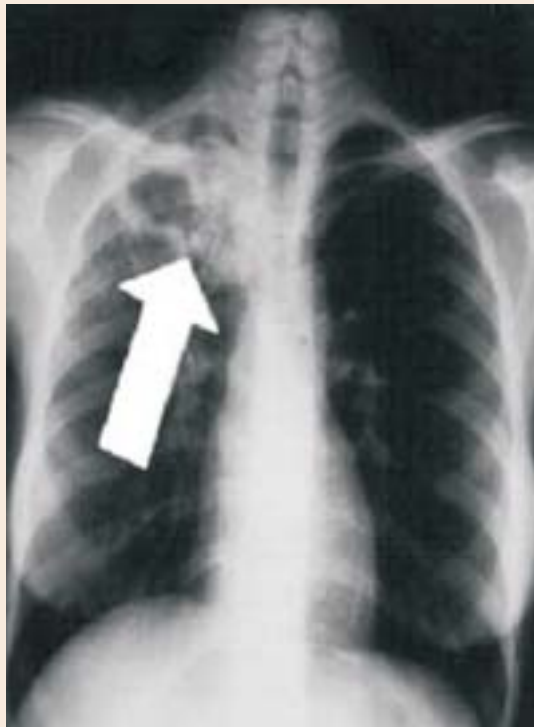
7.2.9 O exame radiológico

É auxiliar no diagnóstico da tuberculose, justificando-se sua utilização, se possível, nos casos suspeitos. É sempre indispensável realizar o exame bacteriológico para um diagnóstico correto:

- O exame radiológico permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de tuberculose ou de outras patologias;
- O exame radiológico, em pacientes com baciloscopia positiva, tem como função principal a exclusão de outra doença pulmonar associada, que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica dos pacientes, sobretudo naqueles que não responderam à quimioterapia.

Os resultados das radiografias de tórax deverão obedecer à seguinte classificação:

- Normal: não apresenta imagens patológicas nos campos pleuro-pulmonares;
- Suspeito: apresenta imagens sugestivas de tuberculose;
- Seqüela: apresenta imagens sugestivas de lesões cicatriciais;
- Outras doenças: o exame radiológico apresenta imagens sugestivas de pneumopatias não-tuberculosas (infecções bacterianas, micoses, abscessos ou neoplasias).



7.2.10 Prova Tuberculínica

A prova tuberculínica é indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose. Pessoa reatora ao teste isoladamente é um indicativo tão somente da presença de infecção, não sendo suficiente para o diagnóstico da doença tuberculose.

No Brasil, a tuberculina usada é o PPD RT23, aplicado por via intradérmica, no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1 ml, equivalente a 2 UT (unidades de tuberculina). A tuberculina mantém-se ativa por 6 meses, conservada a uma temperatura de 4° a 8° C. Não deve ser, entretanto, congelada ou exposta à luz solar direta. A injeção do líquido faz aparecer uma pequena pápula de limites imprecisos, pálida e de aspecto pontilhado como casca de laranja.



A - Injeção intradérmica da tuberculina



B - Formação de pápula de inoculação

A leitura da prova tuberculínica é realizada 72 a 96 horas após a aplicação, medindo-se com régua milimetrada o maior diâmetro transverso da área de endurecimento palpável. O resultado, registrado em milímetros, classifica-se como:

- 0 a 4 mm - não reator - indivíduo não infectado pelo *M. tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida;
- 5 a 9 mm - reator fraco - indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias;
- 10 mm ou mais - reator forte - indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar ou não doente, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.



Mensuração Correta

7.2.11 Observações em relação à Prova Tuberculínica:

- Algumas circunstâncias podem interferir no resultado da prova tuberculínica como, por exemplo: desnutrição, Aids, sarcoidose, neoplasias, doenças linfoproliferativas, tratamentos com corticosteróides, drogas imunodepressoras, gravidez, etc.
- Todos os indivíduos infectados pelo HIV devem ser submetidos ao teste tuberculínico. Nesses casos, considera-se reator aquele que apresenta endurecimento de 5 mm ou mais e não reator, aquele com endurecimento entre 0 e 4 mm. Para pacientes não reatores e em uso de terapia anti-retroviral, recomenda-se fazer o teste seis meses após o início da terapia, devido a possibilidade de restauração da resposta tuberculínica.

- Nos indivíduos vacinados com BCG, sobretudo entre aqueles imunizados há até dois anos, a prova tuberculínica deve ser interpretada com cautela porque, em geral, apresenta reações de tamanho médio, podendo alcançar 10 mm ou mais.
- Recomenda-se realizar o teste tuberculínico em todos os profissionais dos serviços de saúde por ocasião de sua admissão.

7.2.12 O exame sorológico anti-HIV

A todo doente com diagnóstico de tuberculose confirmado, deve ser oferecido o teste sorológico anti-HIV. O profissional de saúde deve conversar com o doente sobre a possibilidade de associação das duas infecções e dos benefícios do diagnóstico precoce e tratamento da infecção pelo HIV.

Caso o exame seja positivo, o doente deve ser encaminhado à unidade de saúde de média complexidade (ou de referência para AIDS) mais próxima de sua residência e que esteja capacitada a tratar as duas infecções.

7.3 DEFINIÇÃO DE CASO DE TUBERCULOSE

7.3.1 Tuberculose pulmonar positiva

- Duas baciloscopias diretas positivas; ou,
- Uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva; ou,
- Uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose; ou,
- Duas ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva.

7.3.2 Tuberculose pulmonar negativa

Quando apresenta duas baciloscopias negativas, com imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares que permitam ao médico efetuar o diagnóstico de tuberculose.

7.3.3 Tuberculose extrapulmonar

Com base nos achados clínicos e em exames complementares a tuberculose pode ainda se expressar por formas disseminadas, como a miliar, ou formas extrapulmonares, classificadas segundo a localização: pleural, ganglionar periférica, ósteo-articular, geniturinária, meningoencefálica e outras.

7.4 TRATAMENTO

A tuberculose é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. A associação medicamentosa adequada, doses corretas, uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos, são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando assim a cura do paciente.

Nas UBS deverá ser considerado para tratamento imediato o paciente com diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera que estiver enquadrado nos seguintes casos:

1. Se uma das amostras for positiva e a outra negativa e não houver disponibilidade de Raio X de tórax pelo SUS, deve-se realizar o exame de uma 3.^a amostra, com todo o cuidado para a obtenção de material adequado (escarro e não saliva). Se essa 3.^a amostra for positiva, deve-se considerar como tuberculose pulmonar. Se for negativa, o paciente deverá ser encaminhado para uma unidade de referência para investigação e diagnóstico. Quando houver disponibilidade para realização de Raio X de tórax pelo SUS, esse deve ser solicitado para investigação e solicitação de parecer da unidade de referência;

2. Se as duas (ou três) amostras forem negativas, o paciente deverá ser encaminhado para consulta médica na unidade de referência;

3. Pacientes com suspeita de TB extra-pulmonar devem ser encaminhados a uma unidade de referência para investigação diagnóstica e tratamento;

4. Serão encaminhados à consulta médica ou de enfermagem os indivíduos com sintomas respiratórios.

O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária no controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção. Poucos dias após o início da quimioterapia correta, os bacilos da tuberculose praticamente perdem seu poder infectante. Assim, os doentes pulmonares positivos não precisam nem devem ser segregados do convívio familiar e da comunidade.

O tratamento para casos suspeitos de tuberculose sem comprovação bacteriológica deve ser iniciado após tentativa de tratamento inespecífico com antibiótico de largo espectro, apenas quando não houver melhora dos sintomas. Uma vez iniciado o tratamento, ele não deve ser interrompido, salvo após uma rigorosa revisão clínica e laboratorial que determine mudança de diagnóstico.

Os casos suspeitos de tuberculose que tiverem o diagnóstico confirmado além daqueles com baciloscopias persistentemente negativas (ou sem escarro) e os casos de tuberculose extra-pulmonar deverão ser encaminhados às respectivas UBS de origem, para aí receberem acompanhamento e orientações até a alta.

7.4.1 Regimes de tratamento

Antes de iniciar a quimioterapia, é necessário orientar o paciente quanto ao tratamento. Para isso, deve-se explicar, em uma entrevista inicial e em linguagem acessível:

- As características da doença;
- O esquema de tratamento que será seguido (drogas, duração e benefícios do uso regular da medicação);
- Conseqüências advindas do abandono do tratamento e;
- Possíveis efeitos adversos dos medicamentos.

A Estratégia do Tratamento Supervisionado (DOTS, em inglês), preconizada pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo principal a supervisão da tomada da medicação por um profissional de saúde, garantindo adesão ao tratamento e reduzindo o risco de transmissão da doença na comunidade.

A administração dessa estratégia de tratamento requer a supervisão da ingestão dos medicamentos, na unidade de saúde, na residência ou no local de trabalho, assegurando-se que o doente os tome de acordo com os esquemas detalhados abaixo.

A ingestão dos medicamentos deve ser assistida no local de escolha do doente pelo profissional de saúde ou outra pessoa desde que devidamente preparada para essa atividade. A supervisão da tomada da medicação deverá ser feita diariamente, ou pelo menos, três observações semanais, nos primeiros dois meses e duas observações por semana nos quatros meses subseqüentes.

Compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que todo indivíduo com diagnóstico de tuberculose possa, sem atraso, ser adequadamente tratado.



7.5 ESQUEMAS DE TRATAMENTO E POSOLOGIA

7.5.1 Casos novos de todas as formas de tuberculose

ESQUEMA BÁSICO (ESQUEMA I) - 2RHZ/4RH

| Fases do tratamento | Drogas | Peso do doente | | | |
|---|--------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| | | Até 20 kg (mg/kg/dia) | Mais de 20 kg e até 35 kg (mg/kg/dia) | Mais de 35 kg e até 45 kg (mg/kg/dia) | Mais de 45 kg (mg/kg/dia) |
| 1. ^a fase (2 meses - RHZ) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | Z | 35 | 1.000 | 1.500 | 2.000 |
| 2. ^a fase (4 meses - RH) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |

Siglas: Rifampicina = R; Isoniazida = H; Pirazinamida = Z.

As drogas deverão ser administradas preferencialmente em jejum, em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição.

Em casos individualizados cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória, a administração dos medicamentos deverá ser feita com a orientação de especialistas; o tempo de tratamento poderá ser prolongado, na sua 2.^a fase, por mais três meses (2RHZ/7RH).

Os casos de tuberculose associados ao HIV devem ser encaminhados para unidades de referência, em seu município ou em municípios vizinhos, para serem tratados para os dois agravos (TB/HIV).

7.5.2 Casos de Tuberculose meningoencefálica

(ESQUEMA II) - 2 RHZ/7RH

| Fases do tratamento | Drogas | Peso do doente | | | |
|---|--------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| | | Doses para todas as idades mg/kg/dia | Mais de 20 kg e até 35 kg (mg/kg/dia) | Mais de 35 kg e até 45 kg (mg/kg/dia) | Mais de 45 kg (mg/kg/dia) |
| 1. ^a fase (2 meses - RHZ) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | Z | 35 | 1.000 | 1.500 | 2.000 |
| 2. ^a fase (4 meses - RH) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |

Siglas: Rifampicina = R; Isoniazida = H; Pirazinamida = Z.

Nos casos de concomitância entre tuberculose meningoencefálica e qualquer outra localização, usar o esquema II.

A internação é mandatória sempre que se suspeitar do diagnóstico de tuberculose meningoencefálica.

Nos casos de tuberculose meningoencefálica em qualquer idade, recomenda-se o uso de corticosteróides (prednisona, dexametasona ou outros) por um período de 1 a 4 meses, no início do tratamento.

Na criança, a prednisona é administrada na dose de 1 a 2 mg/kg de peso corporal, até a dose máxima de 30 mg/dia. No caso de se utilizar outro corticosteróide, aplicar a tabela de equivalência entre eles.

A fisioterapia na tuberculose meningoencefálica deverá ser iniciada o mais cedo possível.

7.5.3 Casos de recidiva após cura ou retorno após abandono

ESQUEMA BÁSICO + ETAMBUTOL (ESQUEMA IR) - 2RHZE/4RHE

| Fases do tratamento | Drogas | Peso do doente | | | |
|--|--------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| | | Até 20 kg (mg/kg/dia) | Mais de 20 kg e até 35 kg (mg/kg/dia) | Mais de 35 kg e até 45 kg (mg/kg/dia) | Mais de 45 kg (mg/kg/dia) |
| 1. ^a fase (2 meses - RHZE) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | Z | 35 | 1.000 | 1.500 | 2.000 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1.200 |
| 2. ^a fase (4 meses - RHE) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1.200 |

Siglas: Rifampicina = R; Isoniazida = H; Pirazinamida = Z; Etambutol = E.

Os casos de recidiva de esquemas alternativos por toxicidade ao esquema I devem ser avaliados em unidades de referência para prescrição de esquema individualizado.

O paciente que apresentar alteração da visão deverá ser encaminhado para uma unidade de referência com o objetivo de avaliar o uso do etambutol.

7.5.4 Casos de falência de tratamento

ESQUEMA PARA FALÊNCIA (ESQUEMA III) - 3SZEet/9EEt

| Fases do tratamento | Drogas | Peso do doente | | | |
|-------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| | | Até 20 kg (mg/kg/dia) | Mais de 20 kg e até 35 kg (mg/kg/dia) | Mais de 35 kg e até 45 kg (mg/kg/dia) | Mais de 45 kg (mg/kg/dia) |
| 1.ª fase (3 meses – SZEet) | S | 20 | 500 | 1.000 | 1.000 |
| | Z | 35 | 1.000 | 1.500 | 2.000 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1.200 |
| | Et | 12 | 250 | 500 | 750 |
| 2.ª fase (9 meses – EEt) | E | 25 | 600 | 800 | 1.200 |
| | Et | 12 | 250 | 500 | 750 |

Siglas: Estreptomicina = S; Pirazinamida = Z; Etambutol = E; Etionamida = Et.

Os casos de suspeita de falência aos esquemas I ou IR devem ser encaminhados à unidade de referência para avaliação.

A estreptomicina deve ser usada IM. Em situações especiais, pode ser aplicada IV, diluída a 50 ou 100 ml de soro fisiológico, correndo por um mínimo de ½ hora.

Em casos especiais com dificuldades de aceitação de droga injetável ou para facilitar seu uso supervisionado na unidade de saúde, o regime de uso da estreptomicina pode ser alterado para aplicações de 2.ª a 6.ª feira, por dois meses, e duas vezes semanais, por mais 4 meses.

Em pessoas maiores de 60 anos, a estreptomicina deve ser administrada na dose de 500 mg/dia.

A estreptomicina pode levar a quadros de ototoxicidade; nesses casos encaminhar imediatamente para unidade de saúde de média complexidade (referência).

7.5.5 Tratamento da tuberculose multirresistente (TBMR)

Pacientes que não se curam após tratamento com os esquemas padronizados e portadores de bacilos resistentes a mais de duas drogas, dentre as quais a rifampicina e a isoniazida, constituem um grupo de doentes classificados no último Consenso Brasileiro de Tuberculose como portadores de tuberculose multirresistente (TBMR).

Esses pacientes e seus familiares serão atendidos por equipe multiprofissional especializada, em centros de referência que cumpram as normas de biossegurança e estejam credenciados no Centro de Referência Professor Hélio Fraga.

7.5.6 Esquemas de tratamento segundo a situação do caso

Considera-se, caso novo ou sem tratamento anterior, os pacientes que nunca se submeteram à quimioterapia antituberculosa; que fizeram tratamento por menos de 30 dias ou há mais de cinco anos. Verificar insistentemente com o paciente e seus familiares, se não houve tratamento antituberculoso prévio, superior a 30 dias.

Define-se como retratamento, a prescrição de um esquema de drogas para o doente já tratado por mais de 30 dias, que venha a necessitar de nova terapia por recidiva após cura (RC), retorno após abandono (RA) ou por falência do esquema I ou esquema IR.

Considera-se caso de abandono, o doente que, após iniciado o tratamento para tuberculose, deixou de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data apazada para seu retorno.

Para o tratamento supervisionado, a definição de abandono é: considera-se caso de abandono, o doente que, após iniciado o tratamento para tuberculose, não tomou a medicação, por mais de 30 dias consecutivos após a data da última observação da ingestão do medicamento.

Considera-se caso de recidiva, o doente com tuberculose em atividade que já se tratou anteriormente e recebeu alta por cura, desde que a data da cura e a data do diagnóstico de recidiva não ultrapassem cinco anos. Se esse intervalo exceder cinco anos, o caso é considerado como caso novo e o tratamento preconizado é o esquema básico.

Entende-se por falência, a persistência da positividade do escarro ao final do 4º ou 5º mês de tratamento, tendo havido ou não negatificação anterior do exame. São aqueles doentes que, no início do tratamento, são fortemente positivos (++ ou +++) e mantêm essa situação até o 4º mês, ou aqueles com positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento.

O aparecimento de poucos bacilos no exame direto do escarro, na altura do 5º ou 6º mês, isoladamente, não significa, necessariamente, falência do esquema, em especial se acompanhado de melhora clínico-radiológica.

| SITUAÇÃO | ESQUEMA INDICADO |
|---|--|
| Caso novo: caso sem tratamento anterior, ou com tratamento por menos de 30 dias, ou com tratamento anterior, mesmo que completo, há mais de 5 anos. | Esquema básico |
| Com tratamento anterior (retratamento): recidiva após cura com cura com esquema básico ou retorno após abandono do esquema básico | Esquema básico + etambutol (esquema IR) |
| Tuberculose meningoencefálica | Esquema para Tuberculose meningoencefálica (esquema III) |
| Falência dos esquemas básicas ou básico + etambutol | Esquema para falência (esquema III) |

a) Importante:

- A associação de, pelo menos, três drogas, usadas por tempo nunca inferior a seis meses, sob supervisão direta, é orientação fundamental para evitar o desenvolvimento de resistência bacteriana e a persistência bacteriana, que favorecem as recaídas.
- As drogas deverão ser administradas preferencialmente em jejum, em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição.
- No tratamento da associação tuberculose e HIV, independente da fase de evolução da infecção viral, o tratamento será de seis meses.
- Atenção especial deve ser dada ao tratamento dos grupos considerados de alto risco de intoxicação, como pessoas com mais de 60 anos ou em mal estado geral ou alcoólatras.
- A rifampicina interfere na ação dos contraceptivos orais, devendo as mulheres em idade fértil em uso dessas drogas, receber orientação para utilizar outros métodos anticoncepcionais.
- O esquema I (básico) e o esquema básico + etambutol (indicado para os casos de retratamento) podem ser usados pelas gestantes em qualquer período da gestação, em dose plena.
- O esquema III deve ser realizado em unidades mais complexas. Sempre que possível, deve-se realizar o teste de sensibilidade às drogas, no início do tratamento, para definir claramente a possibilidade de sucesso desse esquema ou sua modificação.
- Casos de falência do esquema III devem ser considerados como portadores de tuberculose multirresistente (TBMR) e encaminhados para unidades de referência credenciadas para o acompanhamento desse tipo de paciente.
- Nos casos de concomitância entre tuberculose meningoencefálica e qualquer outra localização, usar o esquema II.
- Na tuberculose meningoencefálica, em qualquer idade, recomenda-se o uso de corticosteróides (prednisona, dexametazona ou outros) por um período de 1 a 4 meses, no início do tratamento.
- A prednisona é administrada na dose de 1 a 2 mg/kg de peso corporal; em crianças, a dose máxima é de 30 mg/dia. No caso de se utilizar outro corticosteróide, aplicar a tabela de equivalência entre eles.
- A estreptomicina deve ser usada por via intramuscular (IM). Em situações especiais, pode ser aplicada por via intravenosa (IV), diluída em 50 ou 100 ml de soro fisiológico, correndo em pelo menos meia hora.

- Em casos especiais com dificuldades de aceitação de droga injetável ou para facilitar seu uso supervisionado na Unidade de Saúde, o regime de uso da estreptomicina pode ser alterado para aplicações de 2ª a 6ª feira por 2 meses e duas vezes semanais, por mais 4 meses. Em pessoas maiores de 60 anos, a estreptomicina deve ser administrada na dose de 500 mg/dia.

7.5.7 Acompanhamento do tratamento

Condições básicas para o êxito do tratamento:

- Tratamento descentralizado, realizado na UBS sob supervisão direta.
- Unidade de saúde com pessoal treinado para fazer o diagnóstico e acompanhamento do doente.
- Acesso fácil do paciente ao serviço de saúde.
- Laboratório municipal para realização de baciloscopia visando o diagnóstico e o acompanhamento dos casos.
- Fornecimento gratuito e ininterrupto de medicação específica.
- Realização mensal da baciloscopia de controle, sendo indispensáveis as do 2.º, 4º e 6º meses de tratamento, no esquema básico (esquema I) e esquema básico + etambutol (esquema IR) e no 3º, 6º, 9º e 12º meses, nos casos do esquema III e esquemas especiais.
- São importantes, nas consultas médicas mensais e/ou de enfermagem, a identificação de queixas e de sintomas, que possam avaliar a evolução da doença com a introdução dos medicamentos, e a detecção de manifestações adversas com seu uso. A avaliação do peso do doente é um bom indicador de resposta ao tratamento para os doentes com TB pulmonar e baciloscopias negativas e para aqueles com formas de TB extrapulmonar. Nas unidades com recursos de exame radiológico, esse pode ser utilizado, se necessário, para acompanhar a regressão ou o agravamento das lesões na forma pulmonar da doença, em especial na ausência de expectoração.

A adesão ao tratamento, o compromisso do paciente com o seu tratamento e conseqüentemente a regularidade na tomada dos medicamentos, vão depender, em grande parte, da maneira como o doente é atendido no serviço de saúde. Estabelecer uma relação de confiança com o paciente é um dever do profissional de saúde. Essa é uma atividade de educação para a saúde que deve ser desenvolvida durante as consultas e entrevistas, tanto iniciais como subseqüentes.

Estudos também demonstram que a adesão do paciente ao tratamento depende do seu conhecimento sobre:

- A doença;
- A duração do tratamento prescrito;
- A importância da regularidade no uso das drogas;
- As graves consequências advindas da interrupção ou do abandono do tratamento.

7.5.8 Reações adversas ao uso de drogas antituberculose

A grande maioria dos pacientes submetidos a tratamento para tuberculose apresenta boa tolerância aos medicamentos e completa o tempo recomendado sem sentir qualquer efeito colateral. Todavia, os maiores determinantes dessas reações se referem à dose, horários de administração da medicação, além daqueles fatores predisponentes, como alcoolismo, idade avançada, estado nutricional comprometido, doença hepática ou renal ou infecção pelo HIV.

Intolerância gástrica, manifestações cutâneas variadas, icterícia e dores articulares são os efeitos mais frequentemente descritos durante o tratamento com o esquema I. Os pacientes devem ser advertidos sobre estas possibilidades; caso ocorram, devem ser orientados a procurar o serviço de saúde para consulta, o mais rapidamente possível.

A conduta adequada está apresentada de forma esquemática nos quadros abaixo, conforme a classificação: efeitos menores e efeitos maiores. Os efeitos menores ocorrem entre 5% a 20% dos casos e são assim classificados porque não implicam em modificação imediata do esquema padronizado; os efeitos maiores são aqueles que implicam interrupção ou alteração do tratamento e são menos frequentes, ocorrendo em torno de 2%, podendo chegar a 8% em serviços especializados.

Os efeitos adversos menores, em sua maioria, requerem condutas que podem ser resolvidas em Unidades Básicas de Saúde enquanto os casos de efeitos adversos maiores demandam atendimento especializado e devem ser enviados para as unidades de referência.

EFEITOS MENORES

| EFEITOS | DROGAS CAUSADORAS | CONDUTAS |
|--|---|--|
| Irritação gástrica (náusea, vômito) Epigastralgia e dor abdominal | Rifampicina Isoniazida Pirazinamida | Reformular os horários de administração da medicação e avaliar a função hepática |
| Artralgia ou artrite | Pirazinamida Isoniazida | Medicar com ácido acetilsalicílico |
| Neuropatia periférica (queimação das extremidades) | Isoniazida Etambutol | Medicar com piridoxina (vit. B6) |
| Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência) | Isoniazida | Substituir de acordo com orientações abaixo |
| Suor e urina de cor de alaranjada | Rifampicina | Substituir de acordo com orientações abaixo |
| Prurido cutâneo | Isoniazida Rifampicina | Medicar com anti-histamínico |
| Hiperuricemia (com ou sem sintomas) | Pirazinamida Etambutol | Orientação dietética (dieta hipopurínica) |
| Febre | Rifampicina Isoniazida | Substituir de acordo com orientações abaixo |

EFEITOS MAIORES

| EFEITOS | DROGAS CAUSADORAS | CONDUTA |
|---|---|---|
| Exanternas | Estreptomicina Rifampicina | Suspender o tratamento; reintroduzir o tratamento droga a droga após resolução; substituir de acordo com orientações abaixo nos casos graves ou reincidentes. |
| Vertigem e nistagmo | Estreptomicina | Suspender a droga e substituir de acordo com orientações abaixo. |
| Hipoacusia | Estreptomicina | Suspender a droga e substituir de acordo com orientações abaixo. |
| Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma | Isoniazida | Substituir de acordo com orientações abaixo. |
| Neurite ótica | Etambutol Isoniazida | Substituir de acordo com orientações abaixo. |
| Hepatotoxicidade (vômitos, hepatite, alteração das provas de função hepática) | Todas as drogas | Suspender o tratamento temporariamente até resolução. |
| Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, agranulocitose, vasculite | Rifampicina Isoniazida | Dependendo da gravidade, suspender o tratamento e reavaliar o esquema de tratamento. |
| Nefrite intersticial | Rifampicina principalmente intermitente | Suspender o tratamento e encaminhar para referência. |
| Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal | Pirazinamida | Suspender o tratamento e encaminhar para referência. |

Não é raro que pacientes que apresentem efeitos adversos menores ao uso dos medicamentos, passem a tolerar o esquema após alguns dias de suspensão, acompanhada de reidratação venosa. Aconselha-se em caso de irritação gástrica:

- Suspender o tratamento por 48 a 72 horas, recomendando o uso de sintomáticos. Reiniciar o tratamento com a tomada da pirazinamida, após o almoço, e da rifampicina + isoniazida, após o desjejum;
- Persistindo as queixas, suspender todas as drogas por mais 24 horas e reiniciar o tratamento utilizando uma droga a cada 48 horas, na seguinte ordem: pirazinamida, isoniazida e, finalmente, a rifampicina (associada à isoniazida).

7.5.9 Substituição de Drogas Frente aos Efeitos Adversos

Uma vez identificada a droga que está produzindo os sintomas, substituí-la da seguinte maneira:

- Intolerância à pirazinamida: substituir pelo etambutol, durante os dois meses previstos para o uso da pirazinamida (2 RHE/4RH);
- Intolerância à isoniazida: substituir pelo etambutol e pela estreptomicina, nos 2 primeiros meses, e etambutol, durante os quatro últimos meses (2 RESZ/4RE);
- Intolerância à rifampicina: substituir pela estreptomicina e etambutol, durante os dois primeiros meses, e pelo etambutol, durante os 10 meses restantes, devendo o período de tratamento passar a ser de 12 meses (2 SEHZ/10 HE).

Obs.: ao estimar o tempo total de tratamento, considerar, inclusive, o que antecedeu a intolerância medicamentosa.

7.5.10 Hepatotoxidade

As drogas usadas nos esquemas de tratamento da tuberculose apresentam interação com outras drogas e entre si, que aumentam o risco de hepatotoxicidade. Em pequeno percentual dos pacientes, observa-se, nos dois primeiros meses de tratamento, elevação assintomática dos níveis séricos das enzimas hepáticas, seguida de normalização espontânea, sem qualquer manifestação clínica e sem necessidade de interrupção ou alteração do esquema terapêutico. É importante considerar o peso do paciente, quando indicar a dose do medicamento.

Conduta: O tratamento só deve ser interrompido quando as enzimas atingirem três vezes o valor normal, com início de sintomas logo se manifestando a icterícia. Deve-se, então, encaminhar o doente a uma unidade de referência para acompanhamento clínico e laboratorial, além da adequação do tratamento, caso seja necessário.

7.5.11 Hiperuricemia e artralgia

A hiperuricemia é causa de graves problemas renais: nefrolitíase, nefropatia por uratos ou por ácido úrico, que podem evoluir para insuficiência renal. A hiperuricemia assintomática é um efeito adverso, freqüente durante o uso da pirazinamida e, em menor freqüência, com o uso do etambutol, sendo, nesses casos, a gota uma manifestação rara. As artralguas, quando não relacionadas à hiperuricemia, são freqüentemente associadas ao uso da pirazinamida. A artrite é descrita com uso de isoniazida; no entanto, não se caracteriza como efeito adverso comum.

Conduta: na presença de hiperuricemia, deve-se fazer orientação dietética (dieta hipopurínica). A artralgia e a artrite costumam responder ao uso de antiinflamatórios não esteróides.

7.5.12 Manifestações neurológicas e psiquiátricas

A neuropatia periférica é associada ao uso da isoniazida em cerca de 17% dos pacientes que utilizam doses maiores de 300 mg/dia e, em menor frequência, ao uso do etambutol. A neurite ótica se manifesta com redução do campo visual ou redução da acuidade ou da visão de cores; é incomum durante o uso da isoniazida e está relacionada ao etambutol, em geral, em doses altas ou por uso prolongado.

Os distúrbios do comportamento, as alterações do ritmo do sono, a redução da memória e as psicoses foram descritas durante o uso da isoniazida. Crise convulsiva e coma foram referidos pela ingestão excessiva da isoniazida.

A toxicidade acústica (ou vestibular) é complicação relacionada ao uso da estreptomicina. O alcoolismo, o diabetes, a desnutrição e a uremia são fatores predisponentes para todas as manifestações neurológicas e psiquiátricas aqui relacionadas.

Conduta: a suplementação de piridoxina (vitamina B6) pode amenizar os sintomas de neuropatia periférica, sem interferir com o efeito antibacteriano. Nos casos de efeitos mais graves como, por exemplo, crise convulsiva, o paciente deve ter a medicação imediatamente interrompida e ser encaminhado à unidade de maior complexidade.

Paciente em uso de etambutol deve ser orientado a procurar a unidade de saúde, caso perceba qualquer alteração na acuidade visual, e aquele paciente em uso de estreptomicina deve informar sobre perda de equilíbrio, zumbidos ou redução da acuidade auditiva.

7.5.13 Nefrotoxicidade

A nefrite intersticial, descrita durante o uso da rifampicina ou da pirazinamida (por depósito de cristais de uratos), e a rabdomiólise, com conseqüente mioglobinúria, observada como complicação ao uso da pirazinamida, são causas de insuficiência renal aguda, identificada por oligúria e, algumas vezes, por exantema e febre. Exame do sedimento urinário, bioquímica sérica e hemograma, realizados regularmente, podem auxiliar na identificação precoce do problema. A nefrotoxicidade, devida ao uso de estreptomicina, é menos freqüente do que com outros aminoglicosídeos.

7.5.14 Alterações hematológicas

A trombocitopenia, a leucopenia, a eosinofilia, a agranulocitose, a anemia e a vasculite, com formação de anticorpos antinucleares, são alterações relacionadas à hipersensibilidade ao uso da isoniazida ou à adoção do esquema intermitente com rifampicina.

7.5.15 Outras reações

Febre, adenomegalia, exantema, acne, síndrome semelhante ao do lupus eritematoso sistêmico foram descritas durante o uso da isoniazida. Pacientes que usam rifampicina irregularmente podem queixar-se de falta de ar ou de uma síndrome semelhante à gripe, caracterizada por cefaléia, mialgia, tonteira, febre com calafrios e dor nos ossos ou choque.

Conduta: nos casos de falta de ar ou choque, a rifampicina deve ser imediatamente interrompida. Em geral, a síndrome gripal regride com a regularização das doses; em casos graves, recomenda-se a interrupção do antimicrobiano.

7.5.16 Critérios para encerramento do tratamento

a) Alta por cura

- Será dada 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.
- **Completo tratamento:** quando a alta for dada após completar o tratamento, com base em critérios clínicos e radiológicos:
 - Quando o paciente não tiver realizado os exames de escarro de controle por ausência de expectoração e obtiver alta com base em dados clínicos e exames complementares;
 - Em caso de tuberculose pulmonar inicialmente negativa;
 - Em caso de tuberculose extrapulmonar.

b) Alta por abandono

- Paciente, após uso dos medicamentos por mais de um mês, deixa de tomá-los por um período superior a trinta dias da data do último aprazamento.

c) Alta por óbito por TB:

- Paciente morre durante o tratamento, em consequência da tuberculose ou em decorrência dos efeitos adversos das drogas utilizadas nos esquemas terapêuticos.

d) Alta por óbito por outra causa

- Paciente morre durante o tratamento em decorrência de fatores alheios à doença e/ou ao tratamento.

e) Alta por mudança de diagnóstico

- Constatado erro no diagnóstico durante o tratamento.

f) Alta por transferência

- A alta por transferência ocorre quando o paciente é formalmente transferido para outro município; ou quando o paciente, durante o tratamento, é formalmente transferido para outro serviço, onde é comprovadamente acolhido, fora da abrangência da unidade de origem.

Observação: A transferência de um paciente atendido em uma Unidade Básica de Saúde para outra, dentro do mesmo município, não deve ser considerada alta por transferência.

g) Encaminhamento para unidade de referência

- Quando houver antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda (hepatite) ou crônica (cirrose, hepatopatia alcoólica);
- Se o paciente está vivendo com HIV/AIDS;
- Quando houver antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias (insuficiência renal crônica, pacientes em regime de diálise).

7.5.17 Hospitalização

A hospitalização é admitida somente em casos especiais e de acordo com as seguintes prioridades:

- Meningoencefalite;
- Indicações cirúrgicas em decorrência da tuberculose;
- Complicações graves da tuberculose;
- Intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório;
- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas graves;
- Estado geral que não permita tratamento em ambulatório;
- Em casos de exclusão social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento ou falência.

O teste de sensibilidade às drogas não é rotineiro no País. Quando realizado e apresentar resistência a apenas um dos medicamentos em uso, com o paciente apresentando boa evolução clínica e laboratorial, o regime não deve ser alterado. A associação medicamentosa de três drogas é proposta, entre outras razões, justamente para contemplar essa possibilidade.

7.5.18 A criança com suspeita de tuberculose

- As manifestações clínicas sugestivas de tuberculose na criança e adolescente podem ser variadas. Os dados que chamam atenção na maioria dos casos é a febre, habitualmente moderada, persistente por mais de 15 dias e freqüentemente vespertina. São comuns irritabilidade, tosse, perda de peso, sudorese noturna, às vezes profusa.
- Muitas vezes a suspeita de tuberculose é feita em casos de pneumonia de evolução lenta que não vêm apresentando melhora com o uso de antimicrobianos para bactérias comuns. Em crianças e adolescentes, há predomínio da localização pulmonar sobre as formas de tuberculose extrapulmonares.
- Deve-se também suspeitar de tuberculose quando a criança apresentar linfadenopatia cervical ou axilar, após excluir adenite infecciosa aguda com evidentes sinais flogísticos. Na presença de reação forte ao PPD, está indicado o tratamento.
- Os achados radiográficos mais sugestivos de tuberculose nessa faixa etária são: adenomegalias hilares e/ou paratraqueais (gânglios mediastínicos aumentados de volume); pneumonias com qualquer aspecto radiológico, de evolução lenta, às vezes associada a adenomegalias mediastínicas, ou que cavitam durante a evolução e o infiltrado nodular difuso (padrão miliar).
- Deve-se sempre investigar se houve contato prolongado com adulto doente de tuberculose pulmonar bacilífera ou com história de tosse por três semanas ou mais.
- Os casos suspeitos de tuberculose em crianças e adolescentes devem ser encaminhados para a unidade de referência para investigação e confirmação do diagnóstico.
- Após definição do diagnóstico e estabelecido o tratamento, a criança deverá voltar para acompanhamento na UBS.
- Em crianças menores de cinco anos, que apresentem dificuldade para ingerir os comprimidos, recomenda-se o uso das drogas na forma de xarope ou suspensão.

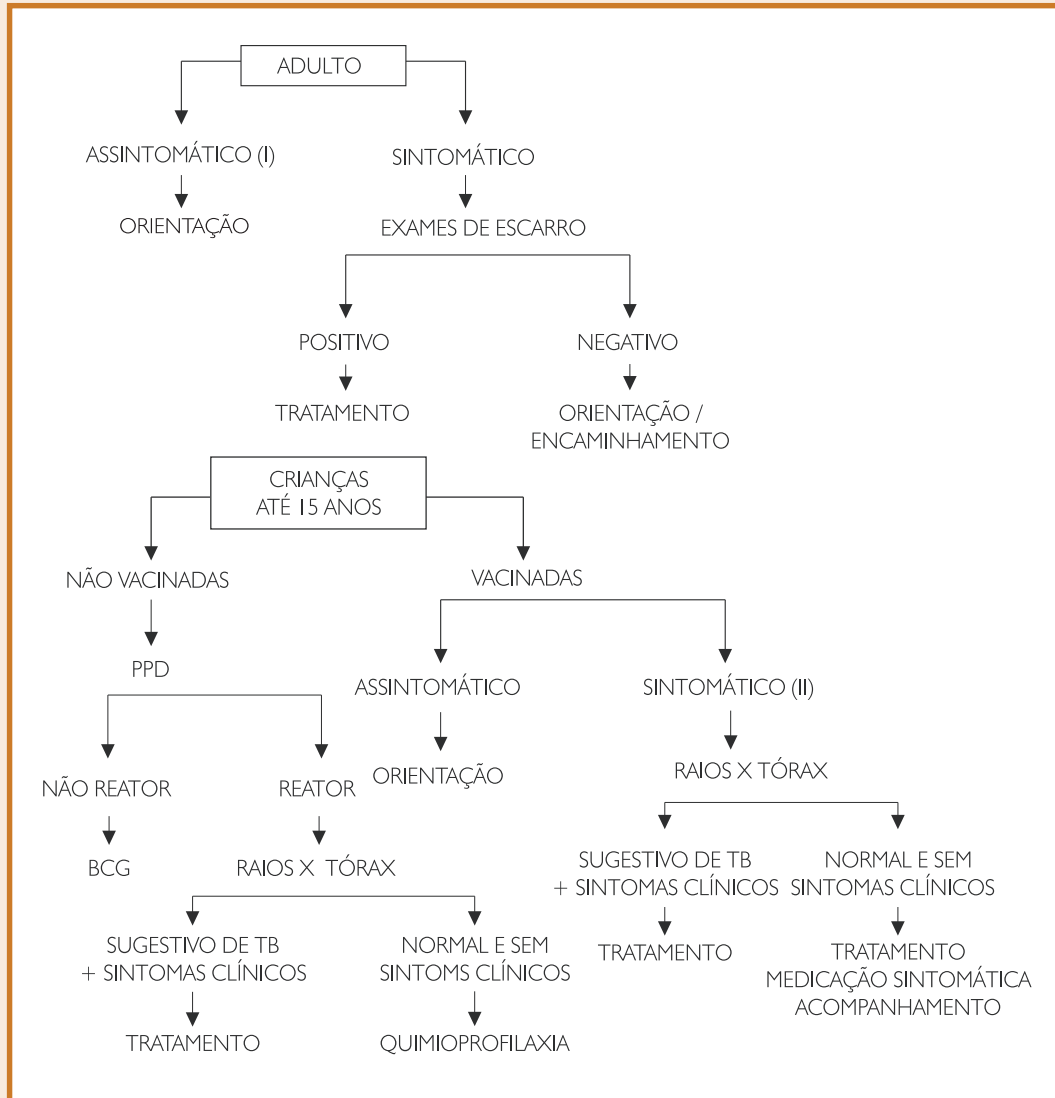
7.5.19 Prevenção

a) Exame de contatos

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

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

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



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

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

O meio mais eficaz de prevenir a tuberculose é a detecção precoce dos casos existentes na comunidade e o seu tratamento correto, principalmente dos casos positivos na baciloscopia do escarro, que são a principal fonte de infecção e de adoecimento pela enfermidade.

7.5.20 Vacinação BCG

A vacina BCG oferece proteção contra as manifestações da tuberculose primária, como as disseminações hematogênicas (TB miliar) e a meningite tuberculosa. Essa proteção se mantém por cerca de 10 a 15 anos. A vacina, entretanto, não protege as pessoas já infectadas pelo *M. tuberculosis*.

A vacina BCG está indicada para crianças na faixa de 0 a 4 anos, desde que não exiba cicatriz vacinal. É obrigatória para menores de 1 ano. Pessoas com PPD reator não necessitam ser vacinadas por já estarem infectadas.

A aplicação da vacina é intradérmica, no braço direito, na altura da inserção inferior do músculo deltóide. Ela pode ser aplicada com outras vacinas, inclusive as de vírus vivos.

7.5.21 Contra-indicações da vacina BCG

a) Relativa

- Recém-nascidos com peso inferior a 2 kg;
- Afecções dermatológicas generalizadas ou no local da aplicação;
- Uso de imunossupressores;
- OBS: nesses casos, superada a causa, superada a contra-indicação.

b) Absoluta

- Adulto HIV+ (sintomático ou não) e crianças HIV+ sintomáticas;
- Portadores de imunodeficiência congênita.

c) Vacinação e Cicatriz da Vacina BCG



O enfartamento ganglionar axilar não supurado pode ocorrer durante a evolução normal da lesão vacinal, desaparecendo espontaneamente, sem tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico.

A maior parte das complicações da aplicação da vacina BCG resulta de erro de técnica, como aplicação profunda, dose excessiva ou contaminação. Os efeitos adversos mais freqüentes são abscesso no local da aplicação, úlcera de tamanho exagerado e gânglios regionais flutuantes e fistulizados.

O tratamento dessas complicações é feito com a administração de isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia, até o máximo de 300 mg, até a regressão da lesão, o que ocorre, geralmente, no prazo de 45 dias. Os abscessos frios e gânglios enfartados podem ser puncionados, quando flutuantes, mas não devem ser incisados.

Cicatriz quelóide pode ocorrer em indivíduos geneticamente predispostos, independentemente da técnica de aplicação. Outras complicações, como lupus vulgaris e osteomielite, são raras e, em geral, associadas à deficiência imunológica.

7.5.22 Quimioprofilaxia

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

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

7.5.23 Indicações da quimioprofilaxia

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

b) Crianças menores de 15 anos, não vacinadas com BCG, que tiveram contato com um caso de tuberculose pulmonar bacilífera, sem sinais compatíveis de tuberculose doença, reatores à tuberculina de 10mm ou mais. Na eventualidade de contágio recente, a sensibilidade à tuberculina pode não estar exteriorizada, sendo negativa a resposta à tuberculina. Deve-se, portanto, nesse caso, repetir a prova tuberculínica entre 40 e 60 dias. Se a resposta for positiva, indica-se a quimioprofilaxia; se negativa, vacina-se com BCG.

c) Indivíduos com viragem tuberculínica recente (até 12 meses), isto é, que tiveram um aumento na resposta tuberculínica de, no mínimo, 10 mm.

d) População indígena: neste grupo, a quimioprofilaxia está indicada em todo o contato de tuberculose bacífero, reator forte ao PPD, independente da idade e do estado vacinal, após avaliação clínica e afastada a possibilidade de tuberculose-doença, através de baciloscopia e do exame radiológico.

e) Imunodeprimidos por uso de drogas ou por doenças imunodepressoras e contatos

f) Intradomiciliares de tuberculosos, sob criteriosa decisão médica.

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

h) Reatores fortes à tuberculina, sem sinais de tuberculose ativa, mas com condições clínicas associadas a alto risco de desenvolvê-la (encaminhar para referência), como:

- Alcoolismo;
- Diabetes insulino dependente;
- Silicose;
- Nefropatias graves;
- Sarcoidose;
- Linfomas;
- Pacientes com uso prolongado de corticoesteróides em dose de imunodepressão;
- Pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica;
- Pacientes submetidos a tratamento com imunodepressores;
- Portadores de imagens radiográficas compatíveis com tuberculose inativa, sem história de quimioterapia prévia.

Quimioprofilaxia para tuberculose em pacientes HIV+**INDICAÇÕES** ⁽¹⁾⁽²⁾

Indivíduo sem sinais ou sintomas sugestivos de tuberculose:

A. Com radiografia de tórax normal e: 1) reação ao PPD maior ou igual a 5 mm⁽³⁾; 2) contatos intradomiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera, ou 3) PPD não reator ou com endureção entre 0-4 mm, com registro documental de ter sido reator ao teste tuberculínico e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.

B. Com radiografia de tórax anormal: presença de cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior (afastada possibilidade de TB ativa através de exames de escarro e radiografias anteriores), independentemente do resultado do teste tuberculínico (PPD).

ESQUEMA ⁽⁴⁾

Isoniazida, VO, 5 - 10 mg/kg/dia (dose máxima: 300 mg/dia) por seis meses consecutivos.

(1) O teste tuberculínico (PPD) deve ser sempre realizado na avaliação inicial do paciente HIV+, independente do seu estado clínico ou laboratorial (contagem de células CD4+ e carga viral), devendo ser repetido anualmente nos indivíduos não reatores. Nos pacientes não reatores e em uso de terapia antiretroviral, recomenda-se fazer o teste a cada seis meses no primeiro ano de tratamento, devido à possibilidade de restauração da resposta tuberculínica.

(2) A quimioprofilaxia com isoniazida (H) reduz o risco de adoecimento a partir da reativação endógena do bacilo, mas não protege contra exposição exógena após a sua suspensão. Portanto, em situações de possível re-exposição ao bacilo da tuberculose, o paciente deverá ser reavaliado quanto à necessidade de prolongamento da quimioprofilaxia, caso esteja em uso de isoniazida ou de instauração de nova quimioprofilaxia, diante da suspensão da mesma.

(3) Em pacientes com imunodeficiência moderada/grave e reação ao PPD > 10 mm, sugere-se investigar cuidadosamente a tuberculose ativa (pulmonar ou extrapulmonar), antes de se iniciar a quimioprofilaxia.

(4) Indivíduos HIV+, contatos de pacientes bacilíferos com tuberculose isoniazida - resistente documentada, deverão ser encaminhados a uma unidade de referência para realizar quimioprofilaxia com rifampicina.

Observações:

a) Não se recomenda a utilização da quimioprofilaxia nos HIV positivos, não reatores à tuberculina, com ou sem evidências de imunodeficiência avançada. Deve-se repetir a prova tuberculínica, a cada seis meses;

b) Em pacientes com Raios X normal, reatores à tuberculina, deve-se investigar outras doenças ligadas à infecção pelo HIV antes de iniciar a quimioprofilaxia, devido à concomitância de agentes oportunistas e micobacteriose atípica;

c) Recomenda-se suspender imediatamente a quimioprofilaxia, no surgimento de qualquer sinal de tuberculose ativa, monitorá-la nos casos de hepatotoxicidade e administrá-la com cautela nos alcoólicos.

d) Nos indivíduos HIV positivos e tuberculino-positivos com Raio X normal, sem sinais e sem sintomas de tuberculose, devem-se destacar (investigar) os contatos institucionais (casas de apoio, presídios, asilos, etc.)

7.5.24 Sistema de Informação

a) Notificação do caso de tuberculose

Os casos novos, os reingressos após abandono, as recidivas e os casos que são transferidos oficialmente ou não, para tratamento em outra unidade de saúde devem ser notificados utilizando a Ficha Individual de Notificação/Investigação de Tuberculose (Ficha 6, pág. 183), segundo o fluxo e a periodicidade estabelecidos por portaria nacional e complementados por portarias estaduais/municipais.

b) Acompanhamento do Caso de TB

Os dados referentes às baciloscopias de controle e outros exames realizados, o número de contatos examinados, a situação do tratamento até o 9º ou 12º mês (se meningite) e no encerramento, bem como a data de encerramento, compõem as informações do acompanhamento do tratamento e possibilitam a avaliação do resultado do tratamento. Portanto, é importante que esses dados sejam registrados pela Unidade de Saúde.

O instrumento de coleta dos dados de acompanhamento do tratamento (pág. 184) para digitação no SINAN é o Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose. Esse deverá ser emitido pelo primeiro nível informatizado do sistema e enviado às unidades de saúde, pelo menos quatro vezes ao ano (janeiro, abril, julho e outubro), para preenchimento e digitação.

c) Atividades de Controle da TB nas Unidades Básicas de Saúde

A avaliação das atividades de tuberculose compreende a avaliação da situação epidemiológica da tuberculose e das medidas de controle que são utilizadas. A avaliação das medidas de controle permite estimar a extensão do alcance das metas e objetivos planejados e, para tal, é importante que esses tenham sido definidos previamente e que indicadores epidemiológicos e operacionais tenham sido estabelecidos para a estimativa das metas. O PNCT recomenda o acompanhamento contínuo e permanente das metas estabelecidas no Plano Nacional de Controle da Tuberculose, por meio dos indicadores de busca, diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose e dos indicadores de resultado de tratamento, a partir de dados provenientes das unidades de saúde dos municípios (ver quadros a seguir).

INDICADORES DE BUSCA, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TB

| VARIÁVEL | INDICADOR | OBJETIVO E OPERACIONALIZAÇÃO |
|---|--|--|
| <p>DETECÇÃO: Número e proporção de adultos sintomáticos respiratórios detectados que realizaram baciloscopia de escarro.</p> | <p>I.1 Número de sintomáticos respiratórios detectados entre todos os adultos que se consultam na UBS por qualquer motivo;</p> <p>I.2 Percentual de pacientes com baciloscopia positiva entre todos os sintomáticos respiratórios examinados.</p> | <p>Necessário para dar idéia de cobertura do Programa e para o planejamento de recursos para os serviços.</p> <p>Dados do Registro Geral das UBSs e do Livro de Laboratório.</p> |
| <p>II QUALIDADE DO DIAGNÓSTICO: Número de casos de tuberculose diagnosticados no último trimestre segundo localização, resultado da baciloscopia e tratamento anterior.</p> <p>A avaliação dessa variável é adequada quando: Mais de 50% dos casos diagnosticados são de localização pulmonar e com baciloscopia positiva;</p> <p>Todos os casos pulmonares em adultos realizaram baciloskopias</p> | <p>2.1 Localização:</p> <ul style="list-style-type: none"> percentual de casos pulmonares; percentual de casos extrapulmonares. <p>2.2 Baciloscopia:</p> <ul style="list-style-type: none"> percentual de positivos; percentual de negativos. <p>2.3 Tratamento anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> percentual de casos novos; percentual de casos de retratamento. | <p>Verificar se os profissionais de saúde estão utilizando, prioritariamente, a baciloscopia para efetuar o diagnóstico.</p> <p>Verificar a tendência do percentual de casos de retratamento (indicador de acompanhamento dos casos).</p> <p>Dados do Livro de Registro e Acompanhamento dos casos de tuberculose.</p> |

INDICADORES DE RESULTADO DO TRATAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

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

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

7.5.25 Atribuições específicas dos profissionais de Atenção Básica/Saúde da Família no controle da tuberculose

a) Agente Comunitário de Saúde

- Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade;
- Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe;
- Orientar e encaminhar os contatos à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário;

- Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios;
- Supervisionar a tomada da medicação, conforme planejamento da equipe;
- Fazer visita domiciliar de acordo com a programação da equipe, usando a ficha do SIAB (B-TB) e mantendo-a atualizada;
- Verificar, no Cartão da Criança, a sua situação vacinal: se faltoso, encaminhar à UBS;
- Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento;
- Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja comprovante no Cartão, encaminhar a criança para vacinação;
- Realizar ações educativas junto à comunidade;
- Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle da tuberculose na comunidade.

b) Agente de Controle de Endemias

- Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade;
- Encaminhar casos suspeitos e contatos para avaliação na UBS;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle da tuberculose, em sua área de abrangência.

c) Médico

- Identificar os sintomáticos respiratórios;
- Solicitar baciloscopia do sintomático respiratório para diagnóstico (duas amostras);
- Orientar quanto à coleta de escarro;
- Solicitar Raio X de tórax segundo critérios definidos neste caderno;
- Aconselhar a todo paciente com diagnóstico de tuberculose confirmado, o teste sorológico anti-HIV;
- Iniciar e acompanhar o tratamento para tuberculose dos pacientes com tuberculose pulmonar;
- Explicar ao paciente porque o tratamento supervisionado é necessário e quem vai realizar a supervisão;
- Convocar os contatos para consulta;
- Iniciar quimioprevenção para os contatos de acordo com este Caderno;
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas;

- Solicitar baciloscopias para acompanhamento do tratamento;
- Iniciar e acompanhar tratamento dos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopias negativas e dos casos de tuberculose extrapulmonar quando o diagnóstico for confirmado após investigação em uma unidade de referência;
- Dar alta aos pacientes após o tratamento;
- Encaminhar, quando necessário, os casos que necessitam de um atendimento em Unidade de Referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Orientar os Auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;
- Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde;
- Notificar os casos confirmados de tuberculose;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.

e) Enfermeiro

- Identificar os sintomáticos respiratórios;
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;
- Orientar quanto à coleta de escarro;
- Aplicar a vacina BCG;
- Fazer teste tuberculínico. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência;
- Realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- Convocar os contatos para investigação;

- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas;
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- Acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo ACS;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem.;
- Orientar os Auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;
- Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde;
- Notificar os casos confirmados de tuberculose;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.

f) Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Identificar os sintomáticos respiratórios;
- Realizar procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão;
- Convocar os contatos para consulta médica;
- Identificar o pote de coleta do escarro;
- Orientar a coleta do escarro;
- Encaminhar o material ao laboratório;
- Receber o resultados dos exames protocolá-los e anexá-los ao prontuário;
- Aplicar a vacina BCG e fazer teste tuberculínico, após capacitação;
- Supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas de acordo com a rotina da equipe;
- Agendar consulta extra, quando necessário;
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- Dispensar os medicamentos, conforme prescrição;

- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado na Unidade Básica de Saúde, de forma a assegurar o tratamento completo de todos;
- Preencher o Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose na UBS;
- Realizar tratamento supervisionado, quando necessário, conforme orientação do enfermeiro e/ou médico;
- Notificar os casos suspeitos de tuberculose.

8 FICHAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

169

8.1 DENGUE

SINAN
República Federativa do Brasil SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
Ministério da Saúde FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DENGUE** Nº _____

CASO SUSPEITO: Paciente com febre com duração máxima de 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema e com exposição à área com transmissão de dengue ou com presença do *Aedes aegypti* nos últimos quinze dias.

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravotôncia DENGUE | Código (CID10) A 90 | 3 Data de Notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) | | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data dos Primeiros Sintomas | | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Não 2 - De 3 - Mes 4 - Anos | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Constante 1 - Titulares 2 - Titulares 3 - Titulares 4 - Não profissional 5 - Não 6 - Não se aplica | 13 Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado | |
| | 14 Escolaridade 1 - Não sabe ler e escrever 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo anexo ao 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo anexo ao 1º grau) 4 - 9ª a 11ª série incompleta do EF (anexo anexo ao 1º grau) 5 - Ensino Fundamental completo (anexo anexo ao 1º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo anexo ao 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 laboratoriais e conclusão (dengue clássico) | | | | |
| Dados Laboratoriais | 31 Data de Investigação | 32 Ocupação | | | |
| | 33 Exame Sorológico (IgM) Data da Coleta | | 34 Resultado 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado | 35 Isolamento Viral Data da Coleta | |
| | 36 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado | | 37 RT-PCR Data da Coleta | | |
| | 38 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado | | 39 Sorotipo 1 - DEN 1 2 - DEN 2 3 - DEN 3 4 - DEN 4 | | |
| | 40 Histopatologia Resultado | | 41 Imunohistoquímica Resultado | | |
| | 42 Classificação Final 1 - Dengue Clássico 2 - Dengue com Complicações 3 - Febre Hemorrágica do Dengue - FHD 4 - Síndrome do Choque de Dengue - SCD 5 - Descartado | | 43 Critério de Confirmação/Descarta 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico | | |
| Os casos de dengue com complicações, FHD e SCD: preencher a página seguinte. | | | | | |
| Condições | Local Provável de Infecção (no período de 15 dias) | | | | |
| | 44 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado | | | | |
| | 45 Município | Código (IBGE) | 46 Distrito | 47 Bairro | |
| | 48 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 49 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por dengue 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | |
| | 50 Data do Óbito | 51 Data do Encerramento | | | |

Dengue SINAN NET SVS 25/09/2006

8.2 ESQUISTOSSOMOSE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde FICHA DE INVESTIGAÇÃO **ESQUISTOSSOMOSE** Nº _____

CASO CONFIRMADO: todo indivíduo residente ou procedente de área endêmica para esquistossomose, com quadro clínico sugestivo das formas aguda ou crônicas de esquistossomose, história de contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias, e que apresenta ovos viáveis de *Schistosoma mansoni* nas fezes.

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravado/ença ESQUISTOSSOMOSE | Código (CID10) 3 B 65.9 | 3 Data da Notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) | | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data dos Primeiros Sintomas | | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Feme 2 - De 3 - Mãe 4 - Anã | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não gestacional Ignorado 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica | 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado | |
| | 14 Escolaridade 3 - Analfabeto 5 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (anexo integral ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo integral 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 | | | | |
| Aut. Epit. | 31 Data de Investigação | | 32 Ocupação | | |
| | Dados de Laboratório | 33 Data da Coprocopia | 34 Análise Quantitativa 0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos | 35 Análise Qualitativa 1 - positivo 2 - negativo 3 - Não realizado | |
| 36 OUTROS 1 - positivo 2 - negativo 3 - Não realizado | | 37 Outros exames (especificar) | | | |
| Tratamento | 38 Fez Tratamento? 1 - Sim - Praziquantel 3 - Não 2 - Sim - Oxantiquine 9 - Ignorado | | 39 Data do Tratamento | 40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo? 1 - Contra indicação 3 - Ausente 2 - Recusa 9 - Ignorado | |
| | 41 Resultado de Análise de Verificação de Cura 0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos 2 - Não realizado | | 1ª amostra | 2ª amostra | |
| Conclusão | 43 Especificar Forma Clínica 1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5 - Outra (especificar) | | | | |
| | Local Provável de Infecção 44 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado | | | | |
| | 45 UF | 46 País | | | |
| | 47 Município | Código (IBGE) | 48 Distrito | 49 Bairro | |
| | 50 Nome da Propriedade (se área rural) | 51 Nome da Coleção Hídrica | 52 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | |
| Investigador | 53 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Não Cura 3 - Óbito por esquistossomose 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | 54 Data do Óbito | 55 Data do Encerramento | |
| | Município/Unidade de Saúde | | Cód. da Unid. de Saúde | | |
| | Nome | Função | Assinatura | | |

Esquistossomose SINAN NET S/S 29/06/2008

8.3 HANSENÍASE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Nº _____

Caso de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:

- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade;
- acrometramento de nervo (s) com espessamento neural;
- baciloscopia positiva.

| | | | | | |
|------------------------|--|--|--|---|---|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agorvindoença HANSENÍASE | | 3 Código (CID 10) A 30.9 | 4 Data da Notificação |
| | 5 UF | 5 Município de Notificação | | 6 Código (IBGE) | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | 7 Código | 7 Data do Diagnóstico | | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | | |
| | 10 (mul. idade) <input type="checkbox"/> 1 - Não <input type="checkbox"/> 2 - Sim | 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado | 12 Gestante <input type="checkbox"/> 1 - Primeira 2 - 2ª Gravida 3 - 3ª Gravida | 13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado | |
| | 14 Escolaridade 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (anexo integral ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo integral 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 | | 19 Código (IBGE) | 20 Distrito |
| | 21 Bairro | 22 Logradouro (rua, avenida...) | | | 23 Código |
| | 24 Número | 25 Complemento (apto., caixa...) | | 26 Geo campo 1 | |
| | 27 Geo campo 2 | 28 Ponto de Referência | | 29 CEP | |
| | 30 (DDD) Telefone | 31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Penitenciária 9 - Ignorado | 32 País (se residente fora do Brasil) | | |
| | Dados Complementares do Caso | | | | |
| Dados Clínicos | 33 Nº de Lesões Cutâneas | | 34 Forma Clínica <input type="checkbox"/> 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não Classificado | | 35 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico <input type="checkbox"/> 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado |
| | 36 Classificação Operacional <input type="checkbox"/> 1 - PE 2 - MB | | | | |
| Atendimento | 37 Modo de Entrada <input type="checkbox"/> 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado | | | | |
| | 38 Modo de Detecção do Caso Novo <input type="checkbox"/> 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado | | | | |
| Tratamento | 39 Data do Início do Tratamento | | 40 Esquema Terapêutico Inicial <input type="checkbox"/> 1 - POT/PS/6 doses 2 - POT/MB/12 doses | | |
| | 41 Número de Contatos Registrados | | | | |
| Mud. Cont. | 42 Observações: | | | | |
| | | | | | |
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | | | Código da Unid. de Saúde | |
| | Nome | | Função | | Assinatura |
| | Hanseníase | | Sinan NET | | SVS 15/01/2007 |

8.4 MALÁRIA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **MALÁRIA**

Nº _____

CASO SUSPEITO (área não endêmica): Paciente que apresente quadro de paroxismo febril com os seguintes sintomas: calafrios, tremores generalizados, cansaço, malícia, e que seja procedente de área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias, anterior a data dos primeiros sintomas.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravo/doença: **MALÁRIA** Código (CID10): B 5 4 3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código: _____ 7 Data dos Primeiros Sintomas: _____

Notificação Individual

8 Nome do Paciente: _____ 9 Data de Nascimento: _____

10 (ou) Idade: 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Anos 11 Sexo: M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado

12 Gestante: 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

13 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Ignorada 9-Ignorado

14 Escolaridade: 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 colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio 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

31 Data da Investigação: _____ 32 Ocupação: _____

33 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias: 1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-Const.trad.barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros 12 - Motorista 99-Ignorado

34 Tipo de lâmina: 1-BP 2-BA 3-LVC 35 Sintomas: 1-Com sintomas 2-Sem sintomas

Dados do Exame

36 Data do Exame: _____ 37 Resultado do Exame: 1- Negativo; 2- F; 3- F+FG; 4- V; 5- F+V; 6- V+FG; 7- FG; 8- M; 9- F+M; 10- O

38 Parasitos por mm³: _____

39 Parasitemia em "cruzes": 1- < +/2 (menor que meia cruz); 2- +/2 (meia cruz); 3- ++ (uma cruz); 4- +++ (duas cruzes); 5- ++++ (três cruzes); 6- +++++ (quatro cruzes)

Tratamento

40 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária

1- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias;
2- Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia;
3- Infecções mistas por Pv + Pf com Mefloquina em dose única e primaquina em 7 dias;
4- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias;
5- Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias;
6- Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia;
7- Infecções por Pf com Quinina em 7 dias;
8- Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e dose única de Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º dia;
9- Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias;
10- Prevenção de recidiva da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses;
11- Malária grave e complicada;
12- Infecções por Pf com a associação Artemeter+Lumefantrina em 3 dias
99- Outro esquema utilizado (por médico) - descrever: _____

41 Data Início do Tratamento: _____

Conclusão

42 Classificação Final: 1-Confirmado 2-Descartado

Local Provável da Fonte de Infecção

43 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

44 UF provável de infecção: _____ 45 País provável de infecção: _____

46 Município provável da infecção: _____ Código (IBGE): _____ 47 Distrito: _____ 48 Bairro: _____

49 Localidade provável da infecção: _____ 50 Data de Encerramento: _____

Observações adicionais:

SMS-UF Município: _____ Nome do Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: 1-Masculino 2-Feminino

Nº da notificação: _____ Data do exame: _____ Resultado do exame: _____ Matrícula e nome do examinador: _____

Malária Comprovante de resultado do exame para ser entregue ao paciente Sinan NET SVS 30/10/2007

8.5 TRACOMA

174

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | | Nº | |
|--|--|--|---|---|----------------------|
| FICHA DE INVESTIGAÇÃO MALÁRIA | | | | | |
| CASO SUSPEITO (área não endêmica): Paciente que apresente quadro de paroxismo febril com os seguintes sintomas: calafrios, tremores generalizados, cansaço, mialgia, e que seja procedente de área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias, anterior a data dos primeiros sintomas. | | | | | |
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação 2 - Individual | | | |
| | 2 | Agravo/doença MALÁRIA | Código (CID10) B 5 4 | 3 Data da Notificação | |
| | 4 | UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) | |
| | 6 | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | Código | |
| | 7 | Data dos Primeiros Sintomas | | | |
| | 8 | Nome do Paciente | | | 9 Data de Nascimento |
| Notificação Individual | 10 (ou) Idade | 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 9-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 colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio 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 | | | | |
| | Antecedente Epidemiológico | 31 Data da Investigação | 32 Ocupação | | |
| 33 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias: 1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-const.estrad.barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros 12 - Motorista 99-Ignorado | | 34 Tipo de lâmina 1-BP 2-BA 3-LVC | 35 Sintomas: 1-Com sintomas 2-Sem sintomas | | |
| Dados do Exame | 36 Data do Exame: | 37 Resultado do Exame: 1- Negativo; 2- F; 3- F+FG; 4- V; 5- F+V; 6- V+FG; 7- FG; 8- M; 9- F+M; 10- O | | 38 Parasitos por mm³: | |
| | 39 Parasitemia em "cruzes".: 1-< +/2 (menor que meia cruz); 2-+/2 (meia cruz); 3-+ (uma cruz); 4- ++ (duas cruzes); 5- +++ (três cruzes); 6- ++++ (quatro cruzes) | | | | |
| Tratamento | 40 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária 1- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias; 2- Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia; 3- Infecções mistas por Pv + Pf com Mefloquina em dose única e primaquina em 7 dias; 4- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias; 5- Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias; 6- Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia; 7- Infecções por Pf com Quinina em 7 dias; 8- Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e dose única de Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º dia; 9- Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias; 10- Prevenção de recaída da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses; 11- Malária grave e complicada 12- Infecções por Pf com a associação Artemeter+Lumerfantrina em 3 dias 99- Outro esquema utilizado (por médico) - descrever. | | | 41 Data Início do Tratamento: | |
| | Malária Sinan NET SVS 30/10/2007 | | | | |

8.6 TUBERCULOSE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **TUBERCULOSE**

Nº _____

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.

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| 1 | Tipo de Notificação | | 2 - Individual | |
| Dados Gerais | 2 Agravadoença | | TUBERCULOSE | |
| | 3 Código (CID-10) | | 3 Data da Notificação | |
| | A16.9 | | | |
| 4 UF | 5 Município de Notificação | | 6 Código (IBGE) | |
| 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | 7 Código | | 7 Data do Diagnóstico | |
| 8 Nome do Paciente | 9 Data de Nascimento | | | |
| 10 (ou) Idade | 11 Sexo | | 12 Gestante | |
| 1 - Hom 2 - De 3 - Mês 4 - Anos | 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado | 1 - Gestante 2 - 1º Trimestre 3 - 2º Trimestre 4 - 3º Trimestre 5 - Não gestante 6 - Não se aplica 7 - Ignorado | | |
| 14 Escolaridade | 13 Raça/Cor | | | |
| 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 2º grau) 3 - 9ª a 11ª série incompleta do EF (anexo primário ou 3º grau) 4 - Ensino médio completo (anexo completo ou 2º grau) 5 - Ensino médio completo (anexo completo ou 3º grau) 6 - Ensino superior incompleto 7 - Graduação superior incompleta 8 - Graduação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica | 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado | | | |
| 15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe | | | |
| 17 UF | 18 Município de Residência | | 19 Distrito | |
| | Código (IBGE) | | Código | |
| 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida...) | | 22 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 | | 30 País (se residente fora do Brasil) | |
| | 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado | | | |
| Dados Complementares do Caso | | | | |
| Ancoradamentos Epidemiológicos | 31 Nº do Prontuário | | 32 Ocupação | |
| | 33 Tipo de Entrada | | 34 Institucionalizado | |
| | 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência | | 1 - Não 2 - Presídio 3 - Asilo 4 - Orfanato 5 - Hospital Psiquiátrico 6 - Outro 7 - Ignorado | |
| Dados Clínicos | 35 Razo X do Tórax | | 36 Teste Tuberculínico | |
| | 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado | | 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado | |
| | 37 Forma | | 38 Se Extrapulmonar | |
| | 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar | | 1 - Pleural 2 - Gang. Parif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálica 8 - Cutânea 9 - Laringes 10 - Outra | |
| | 39 Agravos Associados | | | |
| | 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Outras _____ | | | |
| Dados de Laboratório | 40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) | | 41 Baciloscopia de Outro Material | |
| | 1ª amostra 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada | | 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada | |
| | 2ª amostra 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada | | 4 - Em Andamento 5 - Não Realizada | |
| | 43 Cultura de Outro Material | | 44 HIV | |
| | 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Em Andamento 4 - Não Realizada | | 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado | |
| | 45 Histopatologia | | 46 Data de Início do Tratamento Atual | |
| | 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB | | 1 - 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado | |
| Tratamento | 47 Drogas | | 48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOIS)? | |
| | 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomicina <input type="checkbox"/> Etonamida <input type="checkbox"/> Outras _____ | | 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado | |
| Investigador | 49 Número de Contatos Registrados | | 50 Doença Relacionada ao Trabalho | |
| | 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado | | 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado | |
| | Município/Unidade de Saúde | | Cód. da Unid. de Saúde | |
| | Nome | | Assinatura | |
| | Tuberculose | | S/S | |
| | Função | | 18/05/2006 | |
| | Sinan NET | | | |

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

| | | | |
|--|----------------------------------|---------------|--|
| 1 UF | 2 Município de Notificação Atual | Código (IBOE) | 3 Nº Notificação Atual |
| 4 Data da Notificação Atual | 5 Unidade de Saúde Atual | Código | |
| 6 UF | 7 Município de Residência Atual | Código (IBOE) | 8 CEP |
| 9 Distrito de Residência Atual | 10 Bairro de Residência Atual | | |
| 11 Baciloscopias de acompanhamento 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada | | | |
| <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 | | | |
| 12 Realizado o Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | <input type="checkbox"/> 13 Data de Mudança de Tratamento <input type="checkbox"/> 14 Nº de Contatos Examinados |
| 15 Situação até o 6º Mês 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por tuberculose 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência p/ mesmo município (outra unidade) <input type="checkbox"/> 6 - Transferência p/ Outro Município (mesma UF) 7 - Transferência p/ Outro Estado 8 - Transferência p/ Outro País 9 - Mudança de Esquema por Intolerância Medicamentosa 10 - Mudança de Diagnóstico 11 - Falência 12 - Continua em Tratamento 13 - TB Multiresistente | | | |
| 16 Situação até o 12º Mês 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por tuberculose 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência p/ mesmo município (outra unidade) <input type="checkbox"/> 6 - Transferência p/ Outro Município (mesma UF) 7 - Transferência p/ Outro Estado 8 - Transferência p/ Outro País 9 - Mudança de Esquema por Intolerância Medicamentosa 10 - Mudança de Diagnóstico 11 - Continua em Tratamento | | | |
| 17 Situação de Encerramento 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por Tuberculose 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB multiresistente | | | |
| 18 Data de Encerramento | | | |

Tuberculose

Sinan NET

SVS 13/09/2006

9 OUTRAS FICHAS




FICHA I – HANSENÍASE - AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

| | | |
|---------------------------------|-------------------|-------------|
| Unidade _____ | Município _____ | UF _____ |
| Nome _____ | Data nasc. _____ | |
| _____/_____/_____ | | |
| Classificação Operacional _____ | Nº Registro _____ | SINAN _____ |
| Ocupação _____ | | |

| FACE | 1ª / / | | 2ª / / | | 3ª / / | |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Nariz | D | E | D | E | D | E |
| Queixa principal | | | | | | |
| Ressecamento (S/N) | | | | | | |
| Ferida (S/N) | | | | | | |
| Perfuração de septo (S/N) | | | | | | |
| Olhos | D | E | D | E | D | E |
| Queixa principal | | | | | | |
| Fecha olhos s/ força (mm) | | | | | | |
| Fecha olhos c/ força (mm) | | | | | | |
| Triquiase(S/N) / Ectrópio(S/N) | | | | | | |
| Diminuição sensibilidade córnea (S/N) | | | | | | |
| Opacidade córnea (S/N) | | | | | | |
| Catarata (S/N) | | | | | | |
| Acuidade Visual | | | | | | |







| Membros Superiores | 1ª / / | | 2ª / / | | 3ª / / | |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Palpação de nervos | D | E | D | E | D | E |
| Queixa principal | | | | | | |
| Ulnar | | | | | | |
| Mediano | | | | | | |
| Radial | | | | | | |

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

| Avaliação da Força | | 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|---|---|----|---|----|---|----|---|
| | | D | E | D | E | D | E |
| Abriu dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) |  | | | | | | |
| Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) |  | | | | | | |
| Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial) |  | | | | | | |

Legenda: F = Forte D = Diminuída P = Paralisado ou 5 = Forte, 4 = Resistência Parcial, 3 = Movimento completo, 2 = Movimento Parcial, 1 = Contração, 0 = Paralisado

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

| 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|--|--|--|--|---|--|
| D | E | D | E | D | E |
|  |  |  |  |  |  |

| MEMBROS INFERIORES | 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|---------------------------|----|---|----|---|----|---|
| | D | E | D | E | D | E |
| Queixa principal | | | | | | |
| Palpação de nervos | | | | | | |
| Fibular | | | | | | |
| Tibial posterior | | | | | | |

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

| LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES | | MONOFILAMENTOS | |
|---|---|----------------|------------|
| GRAU | CARACTERÍSTICAS | COR | Gramas |
| 0 | Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase. | Verde | 0,05 |
| I | Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta) | Azul | 0,2 |
| II | Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caldo; contratura do tornozelo. | Lilás | 2,0 |
| | | Verm. Fechado | 4,0 |
| | | Verm. Cruzado | 10,0 |
| | | Verm. Aberto | 300,0 |
| | | Preto | s/resposta |

FICHA II – DADOS PARA COMPOR FICHA PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA HANSENÍASE

I – Identificação do paciente

Nome: _____ N° prontuário: _____ Data do diagnóstico: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Sexo: ()M ()F Idade: _____ Data de nascimento: _____

II – Tratamento**a) Tratamento padronizado PQT/OMS**

Início de tratamento: _____ Término: _____

b) Esquema terapêutico:

PB adulto () PB criança () MB adulto () MB criança ()

c) Mudança de esquema

Data: _____

Esquema terapêutico: Pba () Pbc () Mba () Mbc ()

d) Controle de blisters

| Data da entrega | Quantitativo | Responsável pela dispensação | Observações |
|-----------------|--------------|------------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

e) Situação do paciente

ALTA

Por cura: _____

Óbito: _____

Data: / /

Data: / /

Transferência: _____

Local: _____

Data: / /

FICHA III

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---------|-------|-----------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|--|
| FICHA B-HAN | | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | | | | | | | | | ANO | | | | | |
| | | SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUNICÍPIO | | SEGMENTO | UNIDADE | ÁREA | MICROÁREA | NOME DO ACS: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo | | Idade | | Meses | | | | | | | | | | | | Outras Informações | |
| | | | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Nº de Comunicantes | |
| | | Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Toma medicação diária | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da última dose superv. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Faz auto-cuidados | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Comunicantes examinados | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Comunicantes recebem BCG | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Toma medicação diária | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da última dose superv. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Faz auto-cuidados | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Comunicantes examinados | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Comunicantes recebem BCG | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FICHA IV

| ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------|-----------|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|--|--|--|--|
| Identificação | Sexo | Município | Meses | | | | | | | | | | | | Outras Informações | | | | |
| | | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Nº de Comunicantes | | | | |
| Nome | | | Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Toma medicação diária | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da última dose superv. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Faz auto-cuidados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Comunicantes examinados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | Comunicantes recebem BCG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Toma medicação diária | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da última dose superv. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Faz auto-cuidados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | Comunicantes examinados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Comunicantes recebem BCG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Toma medicação diária | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da última dose superv. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Faz auto-cuidados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Comunicantes examinados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Comunicantes recebem BCG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Toma medicação diária | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da última dose superv. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Boletins

1. Hanseníase



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SES/RIS TREINA

Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

Página: 1

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Unidade: UNIDADE BASICA DE SAUDE JARDIM PROTASIO ALVES

| Nº da Notificação Atual | Data da Notificação Atual | Nome | Mun. de Residência Atual | Districto de Residência Atual | Bairro de Residência Atual | Data Último Compars. | CO | AI | ET | ND | ER | Data mudança esquema | NC | TS | Data da alta |
|-------------------------|---------------------------|------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------|----|----|----|----|----|----------------------|----|----|--------------|
| | | | | | | / / | 2 | 3 | 2 | | | / / | 2 | | / / |
| 0400020 | 15/05/2008 | | 431490 | | | | | | | | | | | | |

Classificação operacional atual 1-98 (Pseudo) 2-MB (Multibacilar)

CO: Classificação Operacional Atual

AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Muito avaliado

ET: Esquema Terapêutico Atual

NC: Número de Contatos Examinados

ND: Número de Doses Supervisionadas

ER: Episódio recidival durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 3 4- Sem reação

Esquema Terapêutico Atual 1 - PQ7(PBA) doses 2 - PQ7(MB)12 doses 3 - Outros Esquemas substitutos

Tipo de Saída (TS): 1 - Cura 2 - Transf. para o mesmo município 3 - Transf. para outro município 4 - Transf. para outro Estado 5 - Transf. para outro país

8 - Óbito 7 - Abandono 9 - Erro diagnóstico

Emitido em: 11/10/2007

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE (Cidade). Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Esquistossomose mansônica: guia texto*. 4.ed. Belo Horizonte, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados de laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2031063.xml>>

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 44, 03 de janeiro de 2002. Define as atribuições do Agente Comunitário de ACS - prevenção e no controle da malária e da dengue. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jan. 2002. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 518, de 26 de março de 2004. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF), e o programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica; estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle da tuberculose*. Brasília, 2002. (Caderno de Atenção Básica)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006 - 2010*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica: normas e manuais técnicos*. Brasília, 2005. 815 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa n.º 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a portaria n.º 1.172/04, no que se refere as competências da união, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. 6. ed. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ações de Controle de Endemias. *Malária: manual para agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. Brasília, 2004. p. 19 -129. (Cadernos de Atenção Básica)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6.ed. Brasília, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de terapêutica da malária*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Normas e Rotinas do Sinan: normas e manuais técnicos*. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sinanweb-documentação>>. Acesso em: 5 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Esquistossomose mansônica. In: NIETSCHE, E. A. *Guia de vigilância epidemiológica: terminologia emancipatória: possibilidade para prática de enfermagem*. Brasília: IJTUI, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 31 de 31 de julho de 2005. Estabelece indicador epidemiológico para avaliação de prevalência da hanseníase. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 2005. Seção 1, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n.º 67 de 22 de dezembro de 2005. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005. Seção 1, p. 127.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n.º 586 de 06 de abril de 2004. Institui conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005., Seção1, p. 87.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Guia para o controle da hanseníase*. Brasília, 2002. p. 80 - 84.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância e controle de moluscos de importância epidemiológica: diretrizes técnicas*. Brasília, 2006. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. *Esquistossomose mansoni: guia texto*. Brasília, 1988. p. 35-46.

_____. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. *Manual do guarda de epidemiologia: malária*. Brasília, 1985.

BRITO, L. S. F. Sistema de informação de agravos de notificação - Sinan. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 1993. p. 145-146.

DAWSON, C. R.; JONES, B. R.; TARIZZO, M. L. *Guia prática de lucha contra el tracoma, en programas para la prevención de la ceguera*. Ginebra: OMS, 1981. v. 1

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *O processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

_____. *O SUS e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

_____. *O território e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

_____. *Caderno de atividades do trabalho de campo*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (FUNASA). *Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas*. Brasília, 1998.

_____. *Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, 2002.

_____. *Manual de controle do tracoma*. Brasília, 2001. 56 p.

_____. *Vigilância ambiental em saúde*. Brasília, 2002. 44 p.

LAMBERTUCCI J. R, SERUFO J.C., 2001. Esquistossomose mansônica. In: Gayotto LCC & ALVES VAF (eds.) *Doenças do Fígado e Vias Biliares*. Editora Atheneu, São Paulo, pp 815-835.

LUNA, E. J. A.; MEDINA, N. H.; OLIVEIRA, M. B. Vigilância epidemiológica do tracoma no Estado de São Paulo. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*, [S.l.], v. 50, n. 2, p. 70-9, 1987.

LUNA, E. J. A. et al. Epidemiology of trachoma in Bebedouro, State of São Paulo, Brazil: Prevalence and risk factors. *International Journal Epidemiology*, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 169-77, 1992.

MENEZES, M. J. R. *Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da esquistossomose no Estado da Bahia*. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The International Journal of Public Health. *Tuberculosis Control*, [S.l.], v. 85, n. 5, p. 325-420, mai. 2007.

_____. *Manual Clínico para TB/HIV*. Brasília, 1998. (Bulletin of the WHO)

_____. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase 2006-2010: Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase: Plano Anual de Trabalho, Brasília, 2006.

REY, L. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 825 p.

_____. *Parasitologia, Schistosoma e Esquistosomiase: epidemiologia e controle*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. v. 35. p. 455-477.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.. 649 - 686.

ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Manual do agente de saúde pública - esquistossomose: instruções para coproscopia e tratamento*. 3. ed. Belo Horizonte, 2001.

SILVA-JÚNIOR, J. B. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância e Saúde*, 2004. Doutorado (Dissertação em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual

de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas Campinas. Campinas, 2004.

SOUZA, W. V. *A epidemiologia da tuberculose em uma cidade brasileira na última década do século XX: uma abordagem espacial*, 2003. Tese (Doutorado em Saúde pública/ Epidemiologia)-Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, Recife. Recife, 2003.

STEGEN G.; JONES, K.; KAPLAN, P. *Pediatr.*, [S.l.], v. 42: p. 60-3, 1969.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Schistosomiasis. June 15 2006. Updated 2006 June 15. Available from: <<http://www.who.int/tdr/diseases/schisto/files/schisto.poster.pdf>> .

_____. *Report of the 2nd Global Scientific Meeting on Trachoma*. Geneva, 2003. p. 25-27.

EQUIPE TÉCNICA

Supervisão Geral:

Fabiano Geraldo Pimenta – Diretoria Técnica de Gestão/SVS/MS
Luis Fernando Rolim Sampaio – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS
Heloiza Machado de Souza – Gabinete da Secretaria de Vigilância em Saúde

Coordenação Geral:

Antonio Dercy Silveira Filho – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS
Ângela Cristina Pistelli – Diretoria Técnica de Gestão/ SVS/MS

Elaboração Técnica:

Departamento de Atenção Básica/ SAS/MS
Edenice Reis da Silveira
Eduardo Hage Carmo - Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP
Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo
Dr. Eduardo Hage Carmo - Departamento de Vigilância Epidemiológica da SVS
Diretoria Técnica de Gestão/SVS/MS
Ângela Cristina Pistelli – Diretoria Técnica de Gestão/ SVS/MS
Samia Nadaf de Melo – Diretoria Técnica de Gestão/ SVS/MS

Revisão Técnica:

Bruce Bartholow Duncan - UFRGS

Elaboração:

Ana Carolina Faria e Silva Santelli – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária
Carlos José Mangabeira da Silva – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária
Cláudia Maria Escarabel – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
Cor Jesús Fernandes Fontes – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária
Danielle Bandeira Costa Sousa – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
Danusa Benjamin – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
Edmar Cabral da Silva – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária
Eliane Aparecida do Nascimento – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
Elza Alves Pereira – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária
Fabio Moherdau – Coordenação Geral de Doenças Endêmicas – Tuberculose
Giovani Evelim Coelho – Coordenação Geral do Programa Nacional da Dengue
Giselle Hentzy Moraes – Coordenação Geral do Programa Nacional da Dengue
Guilherme Abbad Silveira – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária
Haroldo Sérgio da Silva Bezerra – Coordenação Geral do Programa Nacional da Dengue
Isabela Maria Bernardes Goulart – Centro de Referência em Hanseníase da Universidade Federal de Uberlândia, 2006
Ivanize de Holanda Cunha – Coordenação Geral de Doenças Endêmicas – Tuberculose
Jeann Marie da Rocha Marcelino – Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores / SVS/MS (Esquistossomose e Tracoma)
Jorge Meireles Amarantes (em memória) – Coordenação Geral de Doenças Endêmicas – Tuberculose
José Lázaro de Brito Ladislau – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária
Josenei Santos – Coordenação Geral de Doenças Endêmicas – Tuberculose
Katuscia Cardoso Rodrigues – Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares – MG, 2007
Livia Carla Vinhal – Coordenação Geral do Programa Nacional da Dengue
Magda Levantezi dos Santos – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
Márcio Henrique GarciaEPISUS/ MS

Marcos da Cunha Lopes Virmond – Instituto Lauro de Souza Lima – ILSL

Maria Cândida Motta de Assis – Coordenação Geral de Doenças Endêmicas – Tuberculose

Maria da Paz Luna Pereira – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária

Maria de Fátima Costa Lopes – Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores / SVS/MS (Esquistossomose e Tracoma)

Maria José Rodrigues de Menezes – Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores / SVS/MS (Esquistossomose e Tracoma)

Maria Leide Wan-Del-Rey Oliveira – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Marleide Aurélio da Silva – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Pedro Luiz Tauil – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária

Ronaldo Santos do Amaral – Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores / SVS/MS (Esquistossomose e Tracoma)

Rosa Castália França Ribeiro Soares – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Roseli La Corte dos Santos – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária

Rui Moreira Braz – Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária

Sandra de Sousa Ribeiro Petrus – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Sara Jany Medeiros – Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores / SVS/MS (Esquistossomose e Tracoma)

Tadiana Maria Moreira – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Teresinha de Souza Paiva – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Thais Oliveira – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Tibério César de Moraes Dantas – Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores / SVS/MS (Esquistossomose e Tracoma)

Vera Lúcia Gomes Andrade – Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase e Tracoma)

Colaboradores:

Aécio Meireles de Souza Dantas Filho SES/BA – Colaborou com a Coordenação Geral de Doenças Transmitidas por Vetores/SVS/MS

Hélio Tadashi Yamada Funasa/MG – Colaborou com a Coordenação Geral de Doenças Transmitidas por Vetores/SVS/MS

Sandra Costa Drummond SES/MG – Colaborou com a Coordenação Geral de Doenças Transmitidas por Vetores/SVS/MS

Ruth Glatt Gt-Sinan/SVS – Colaborou com a Coordenação Geral de Doenças Transmitidas por Vetores/SVS/MS

Créditos das fotos:

Manual para Profissionais de Saúde na Atenção Básica – Ações de Controle da Malária pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Samuel Freire da Silva, M.D. - www.atlasdermatologico.com.br

