

# Tuberculose

Perguntas

e  
Respostas



# Tuberculose



## **PERGUNTAS E RESPOSTAS**

Elaboração:

Divisão de Tuberculose – CVE

Av.Dr. Arnaldo 351, 6ºAndar

Fone: 3066-8294

3066-8291

Internet : [www.cve.saude.sp.gov.br](http://www.cve.saude.sp.gov.br)

Capa - Projeto Gráfico e Arte Final: *Marcos Rosado*

São Paulo, maio de 2000.

Reimpressão 2001.

**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



GOVERNO DO ESTADO DE  
**SÃO PAULO**

## PERGUNTAS E RESPOSTAS

**30 questões para entender e atuar no atendimento de tuberculose nos Serviços de Saúde**

**Material destinado a treinamento de pessoal auxiliar.**

# Índice de perguntas

## O PROBLEMA DA TUBERCULOSE

1. O que é tuberculose?
2. A tuberculose ainda é um problema?
3. Como está a tuberculose em nosso meio?
4. A tuberculose é grave?

## CONTÁGIO. A DEFESA. O ADOECIMENTO

5. Como a tuberculose passa de uma pessoa para outra?
6. Quem transmite e quem não transmite a tuberculose?
7. Quem está mais arriscado a contrair tuberculose?
8. O que é mais provável: resistir ou adoecer?
9. Como o organismo se defende da tuberculose?

## DIAGNÓSTICO

10. Como se faz a suspeita de tuberculose?

11. Quais são os exames para o diagnóstico ?
12. Em que consistem a baciloscopia de escarro e a cultura?
13. Qual a utilidade do exame de Raios X de Tórax?
14. Para que serve o teste de PPD?
15. Onde procurar o doente de tuberculose?

### **TRATAMENTO**

16. Como é o tratamento e o que é DOTS?
17. Quais são os medicamentos utilizados?
18. É necessário algum cuidado especial?
19. O que deve ser feito na 1ª consulta?
20. Como fazer o controle do tratamento na Unidade de Saúde ?
21. O que é doente faltoso?
22. O que fazer com o doente faltoso?
23. Como melhorar a adesão ao tratamento?
24. Quais são os cuidados com a família do doente?

### **PREVENÇÃO**

25. Pode-se prevenir a tuberculose?
26. O que é vacina BCG?
27. Em que consiste a quimioprofilaxia?

### **PROGRAMA DE CONTROLE E SEU IMPACTO**

28. Como melhorar o controle da tuberculose em sua Unidade de Saúde?
29. Para que servem as notificações?
30. Qual é o impacto do Programa de Controle da Tuberculose?

## 1. O QUE É A TUBERCULOSE?

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que atinge principalmente os pulmões. Ela existe desde a antigüidade e até em múmias do antigo Egito foram encontradas lesões características da TB. Mas só em 1882 o médico alemão Robert Koch conseguiu identificar o tipo de micróbio que causa esta doença.

O micróbio responsável pela tuberculose é uma bactéria em forma de pequenos bastões. Seu nome científico é *Mycobacterium tuberculosis*, mas popularmente, é conhecida e chamada de Bacilo de Koch (B.K.), em homenagem ao seu descobridor.

Na maioria dos casos, as lesões da TB se localizam nos pulmões, mas a doença também pode ocorrer nos gânglios, rins, ossos, meninges ou outros locais do organismo.

## 2. A TUBERCULOSE AINDA É UM PROBLEMA?

Antigamente a TB era considerada quase uma condenação na vida de uma pessoa. Grande parte dos que contraíam a doença morria, porque não existia tratamento eficaz. Quando o doente morria, muitas vezes eram queimadas todas as suas roupas, objetos e até colchões, pelo medo do contágio. Dizia-se também que a TB era um castigo, porque freqüentemente atingia pessoas que não se alimentavam bem e se enfraqueciam devido a uma vida “desregrada” e “muita bebida”. Criaram-se então tabus a respeito da doença, o que ainda hoje dificulta o seu combate.

Hoje em dia já se sabe que a **TB é curável**, desde que o doente faça o tratamento correto. No entanto, apesar de existirem meios de prevenção, de diagnóstico e tratamento eficazes, ainda morrem cerca de 3 milhões de pessoas por ano no mundo.

Mas a distribuição da doença não é igual em todos os lugares. A grande maioria desses casos acontecem nos países mais pobres. Desnutrição, más condições de habitação e de vida em geral, são fatores que facilitam o contágio e favorecem o adoecimento. Por outro lado, nesses países é freqüente haver dificuldades para se fazer o

diagnóstico e o tratamento dos doentes. Tudo isso explica porque nos países desenvolvidos é cada vez mais raro acontecer um caso de TB, enquanto na África, América Latina e boa parte da Ásia, a doença está longe de ser controlada.

### **3. COMO ESTÁ A TUBERCULOSE EM NOSSO MEIO?**

No Brasil, são notificados anualmente cerca de 80 mil casos de TB. Quase um quinto desses casos ocorrem no Estado de São Paulo. Em 1998, por exemplo, tivemos em São Paulo 18.975 casos notificados. Estima-se que mais ou menos 20% dos doentes não são descobertos pelo Sistema de Saúde e continuam sem tratamento, espalhando a doença pela população. Por outro lado, muitos daqueles que iniciam o tratamento não completam, permanecendo também como fontes de infecção na comunidade.

É preciso reverter essa situação. Melhorando a organização dos serviços de saúde, os casos que estão passando despercebidos podem ser descobertos e conduzidos com segurança até a cura. Para isso, é importante a participação de todos os funcionários da área de saúde.

#### **4. TUBERCULOSE É GRAVE?**

Se uma pessoa com TB não se tratar adequadamente a sua probabilidade de morrer é grande. Isto foi constatado em uma pesquisa realizada na Índia (na década de 60) onde foi feito um amplo trabalho de procura de casos de TB. Porém, por uma série de razões, esses doentes não foram tratados. Dois anos depois, procurou-se saber como estavam eles : dos 121 doentes bacilíferos que existiam inicialmente, 1/4 havia se curado espontaneamente, 1/4 estava ainda doente (crônicos) e metade havia morrido no decorrer desses 2 anos. Essa pesquisa está de acordo com as observações feitas na época em que ainda não tinham sido descobertos os medicamentos contra a TB, quando se sabia que cerca de metade dos doentes morria em pouco tempo.



## **5. COMO A TUBERCULOSE PASSA DE UMA PESSOA PARA OUTRA?**

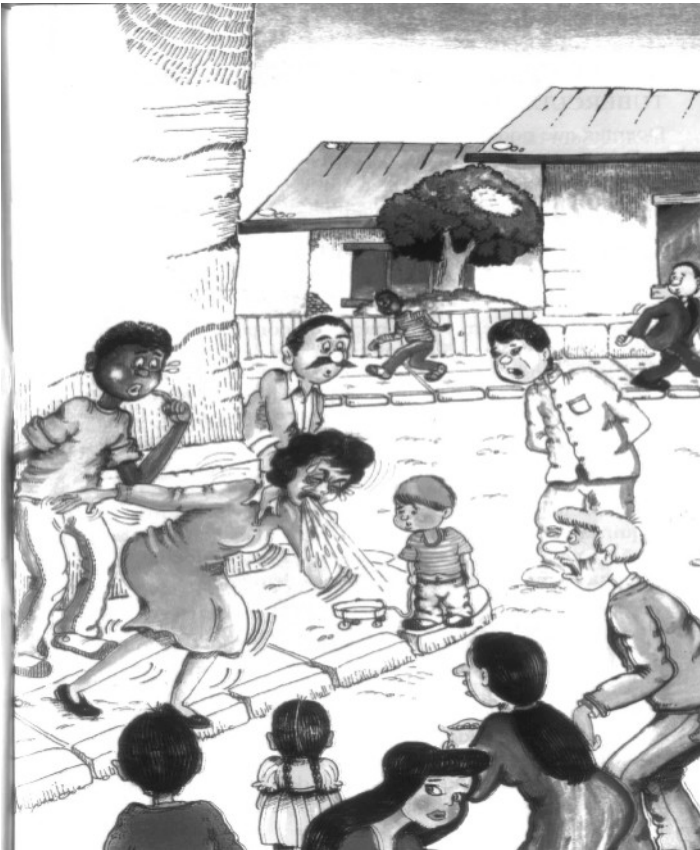
A pessoa que tem TB no pulmão pode passá-la para outras pessoas pela tosse, pela fala ou pelo espirro.

Quando o doente tosse, fala ou espirra ele espalha no ar minúsculas gotas com o micróbio da TB. Essas gotículas podem chegar aos pulmões das outras pessoas pela respiração.

É assim que acontece o contágio, isto é, o micróbio da TB penetra no organismo das pessoas. Isso não quer dizer que todas as pessoas que estão contagiadas vão adoecer. Na maior parte das vezes o organismo resiste e a pessoa não fica doente. Às vezes, mesmo que o organismo resista no momento, o micróbio fica “guardado” e a pessoa pode adoecer anos mais tarde, se estiver enfraquecida ou desgastada pelo cansaço físico, pelo alcoolismo ou por outras doenças, como AIDS, diabetes, etc.

As gotas maiores, que se depositam no chão ou sobre os objetos, não oferecem perigo. Isso porque elas não conseguem atingir a parte mais profunda dos pulmões (os alvéolos). Caso essas gotas caiam no chão ou nos objetos, como pratos ou copos, os bacilos poderão ser, no máximo,

ingeridos pelo indivíduo sadio, mas dificilmente os bacilos conseguem vencer as barreiras do sistema digestivo humano. Já as gotículas menores, contendo no seu interior o bacilo de Koch, têm maior chance de chegar aos alvéolos pulmonares. Lá chegando, o bacilo encontra condições propícias para se instalar e se multiplicar. Portanto, na imensa maioria das vezes, o contágio se faz pela via respiratória.



## **6. QUEM TRANSMITE E QUEM NÃO TRANSMITE A TUBERCULOSE?**

### **Doentes que podem transmitir a TB:**

- Doentes com TB no pulmão em cujo exame direto de escarro são encontrados os bacilos de Koch (doentes bacilíferos) são as fontes de contágio da tuberculose.

### **Doentes que não transmitem a TB:**

- Quem tem TB no pulmão sem ser bacilífero, isto é, se o exame de baciloscopia de escarro é negativo, tem chance quase nula de contagiar outras pessoas.

- Quem tem TB em outras partes do corpo não transmite a doença, porque não elimina bacilos de Koch pela tosse. A possibilidade de contágio por outras vias, que não respiratória, é extremamente rara.

- Crianças pequenas, mesmo tendo TB no pulmão, não eliminam bacilos pela tosse devido às características das lesões da TB infantil.

- Doentes de TB que já estão em tratamento não oferecem perigo de contágio. Depois dos primeiros quinze dias de tratamento os bacilos já estão fracos e não contagiam outras pessoas, desde que o doente esteja tomando os medicamentos adequados.

**ATENÇÃO:**

É freqüente perguntarem se a pessoa infectada pelo BK, mesmo que não esteja doente, pode transmitir a TB. Evidentemente que não, tendo em vista que para haver o contágio é preciso que haja lesões de tuberculose (doença) das quais os bacilos sejam eliminados para o ar. Também não há perigo em se levar bacilos nas roupas após o contato com doentes, vistos que são necessárias grandes quantidades de bacilos em suspensão no ar para haver risco de transmissão da TB.

## **7. QUEM ESTÁ MAIS ARRISCADO A CONTRAIR A TUBERCULOSE?**

A maior fonte de transmissão da infecção tuberculose é o doente com TB no pulmão, que elimina muitos bacilos pela tosse (doente bacilífero). Assim sendo as pessoas que convivem com ele, principalmente na mesma residência, constituem o grupo de maior risco de ser infectado.

O risco de adoecer é maior nos dois primeiros anos após o contágio. Das pessoas que forem infectadas, o risco de adoecer é maior nas crianças, especialmente os bebês.

É por isso que se dá ênfase ao controle dos contactantes domiciliares dos doentes bacilíferos, com especial atenção às crianças pequenas.

Aqueles que têm alguma deficiência do sistema de defesa do organismo também apresentam maior risco de adoecerem.

## **8. O QUE É MAIS PROVÁVEL, RESISTIR OU ADOECER?**

Cerca de 90% das pessoas, mesmo tendo sido infectadas nunca vêm a adoecer. Ainda não se sabe por que algumas pessoas resistem à doença e outras não. No entanto é sabido que, em situações de imunodepressão, o risco de uma pessoa infectada pelo BK desenvolver tuberculose doença é maior. Os portadores do HIV que são infectados pela TB, por exemplo, têm um risco de adoecimento de tuberculose cerca de dezenas de vezes maior que as outras pessoas.

## **9. COMO O ORGANISMO SE DEFENDE DA TUBERCULOSE?**

Quando o organismo entra em contato com o bacilo da tuberculose pela primeira vez, ele custa a se aperceber do perigo que o bacilo apresenta. Ao contrário das outras bactérias, que logo de imediato provocam uma inflamação no local em que penetram, o bacilo de Koch começa a se multiplicar sem “irritar” os alvéolos pulmonares, onde costuma se instalar.

Com o passar dos dias, começa a haver então a mobilização das defesas do indivíduo. Somente depois de duas semanas mais ou menos, é que o organismo está

plenamente capacitado a reconhecer o bacilo de Koch como invasor e reagir contra ele.

Essa reação é realizada por células sanguíneas que têm a capacidade de englobar os bacilos e destruí-los ou, pelo menos, impedir que eles continuem se multiplicando.

Dependendo da quantidade de bacilo e de sua “força” (a capacidade de agressão dos micróbios, que é chamada virulência), bem como dependendo da capacidade do organismo mobilizar suas células de defesa, podem acontecer duas coisas:

- a) O organismo consegue se defender e bloquear os bacilos. Nesse caso, dizemos que o indivíduo não é mais virgem da infecção ele é um infectado, mas não adoeceu.
- b) O organismo não consegue bloquear a infecção, e ela progride para um estado de doença tuberculose.

## 10. COMO SE FAZ A SUSPEITA DE TUBERCULOSE?

O sinal mais freqüente da TB no adulto é a tosse. Toda pessoa que apresente tosse persistente, que dure mais de 3 semanas (**Sintomático respiratório**), deve ser encaminhada ao médico para pesquisa de TB.

O médico provavelmente pedirá exame de escarro e outros exames que forem necessários. É pelo exame de escarro que se comprova se o indivíduo tem TB no pulmão e se ele pode transmitir a doença aos outros.

Além da tosse, o doente pode apresentar: febre, emagrecimento, fraqueza, perda de apetite, suores noturnos, dores no peito e nas costas. Pode aparecer também escarro com sangue. O sangramento pode ser intenso, por rompimento de vasos sangüíneos devido às lesões no pulmão (hemoptise).

O doente pode apresentar todos esses sintomas, mas pode também ter somente uma tosse que às vezes até passa despercebida. Muitas vezes as pessoas pensam que sua tosse é “comum”, porque são fumantes, ou que é uma bronquite ou gripe mal curada, e não dão importância. Enquanto isso podem estar espalhando a TB. Cerca de dez por cento dos casos, a TB ocorre em outros órgãos, fora do pulmão. Os sintomas então variam conforme o órgão atingido e a intensidade das lesões, mas em geral o doente apresenta também febre, fraqueza e emagrecimento.



Como os doentes que transmitem a TB são aqueles que apresentam a doença no pulmão e eliminam grande quantidade de bacilos pela tosse e escarro, a atenção dos profissionais de saúde deve se concentrar em detectar a TB entre as pessoas que têm tosse persistente. É preciso estar alerta para providenciar o exame de escarro para todos os indivíduos que têm tosse há 3 semanas ou mais.

### **PRINCIPAIS SINAIS DE TUBERCULOSE PULMONAR:**

- \* Tosse persistente.
- \* Febre vespertina.
- \* Suores noturnos.
- \* Falta de apetite.
- \* Perda de peso.
- \* Fraqueza.
- \* Dor no tórax.
- \* Escarro com sangue.

### **11. QUAIS SÃO OS EXAMES PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE?**

Se há suspeita de tuberculose, podem ser feitos os seguintes exames:

- a) Baciloscopia do escarro (também chamada de BAAR, isto é, bacilos álcool-ácido resistentes).

- b) Cultura de escarro.
- c) Raio X de tórax.
- d) Teste tuberculínico com PPD.
- e) Outros exames, conforme o caso e a localização da doença (por exemplo: biópsia de gânglio, punção-biópsia pleural, exame do líquido, etc.).

## **12. EM QUE CONSISTE A BACILOSCOPIA E A CULTURA DE ESCARRO?**

A baciloscopia é o exame direto do escarro do doente ao microscópio, corado pelo método de Ziehl-Nielsen, na tentativa de visualizar a presença do bacilo de Koch. Quando o doente tem muitos bacilos no escarro, a ponto de que eles sejam encontrados pela baciloscopia direta, ele é chamado doente bacilífero. Os doentes bacilíferos são a maior fonte de transmissão da doença na comunidade, por isso esse exame é o mais importante para o Programa de Controle da Tuberculose.

O resultado é dado em cruzes (+++, ++, + ou negativo) conforme a quantidade de bacilos encontrados.

A cultura do escarro é um exame indicado para os doentes que continuam com sintomas respiratórios, apesar de duas baciloscopias diretas de escarro serem negativas. Isso porque pode haver poucos bacilos no escarro e eles não serão detectados pelo exame direto do material. Para realizar a cultura, o escarro é colocado em um meio com substâncias nutritivas que permitem a multiplicação dos bacilos. Existindo bacilos vivos, eles irão formar “colônias” com características próprias, permitindo a confirmação da presença do bacilo de Koch. Desde a sementeira até a formação das colônias decorrem aproximadamente 45 dias.

Este método, embora seja mais sensível, tem a desvantagem da demora, enquanto a baciloscopia direta pode ser feita no mesmo dia. Além disso, exige laboratório mais bem equipado e é mais caro.

### **ATENÇÃO:**

É muito importante a colheita adequada do escarro, para que se garanta a qualidade dos exames de baciloscopia e cultura.

### **13. QUAL A UTILIDADE DO EXAME DE RAIOS-X DE TORÁX?**

O exame radiológico pode revelar imagens no pulmão sugestivas de TB, mas não é suficiente para confirmar a doença. Somente o encontro do bacilo pela baciloscopia ou a cultura dá a certeza do diagnóstico. É especialmente útil em crianças, onde o encontro de bacilos no escarro é muito raro.

### **14. PARA QUE SERVE O TESTE COM PPD?**

Outro exame que também ajuda na suspeita de TB é o teste tuberculínico com PPD.

PPD é uma substância extraída de proteínas do bacilo de Koch, que é injetada na pele. Se o organismo já foi infectado pelo bacilo, isto é se já o conhece, ele irá reagir, determinando que o local da injeção fique vermelho e entumecido. Isso não quer dizer que a pessoa já esteja doente, mas somente que seu organismo já tomou contato com o bacilo (foi infectado) anteriormente.

O teste tuberculínico é também conhecido como reação de Mantoux.

## **15. ONDE PROCURAR O DOENTE DE TUBERCULOSE?**

O diagnóstico, principalmente dos casos bacilíferos, é o primeiro ponto para se cortar a cadeia de transmissão. As medidas para se conseguir melhorar esse ponto dependem fundamentalmente de uma boa, ampla e acessível assistência médica à população. O grupo prioritário para pesquisa de TB é o das pessoas que tem tosse há 3 semanas ou mais, os sintomáticos respiratórios. Estas pessoas devem ser submetidas ao exame baciloscópico de escarro. Todos os serviços de saúde devem ter condições de realizar este exame e de obter o resultado com rapidez.

Esta atividade, a busca de casos através do exame baciloscópico de escarro dos sintomáticos, depende naturalmente de que os serviços de saúde, trabalhem de “portas abertas”, de forma integrada e planejada.

Deve ser colhida uma amostra de escarro na Unidade de Saúde no momento da consulta e solicitada outra amostra a ser colhida no dia seguinte, de manhã, em jejum.

Outro grupo de risco para a busca de casos é o dos contactantes domiciliares dos doentes bacilíferos, que devem ser convocados para consulta médica e orientação.

Estima-se que os serviços de saúde estejam descobrindo cerca de 80% dos casos existentes, porém há indícios de que esta descoberta se dá muito tarde, depois que o doente já teve oportunidade de infectar muitas pessoas.

## **16. COMO É O TRATAMENTO E O QUE É DOTS?**

O tratamento da TB é feito com medicamentos que devem ser tomados todos os dias de manhã, durante 6 meses.

É fundamental garantir que o tratamento não seja interrompido. Se o doente não tomar rigorosamente os remédios pode ser que os micróbios fiquem resistentes a esses medicamentos e não se consiga a cura. A recaída então pode ser muito grave. O tratamento deverá ser acompanhado através de consultas médicas pelo menos duas vezes por mês na fase de ataque e 1 vez por mês na fase de manutenção na unidade de saúde mais próxima à residência do doente.

Na maioria das vezes não é necessário internar o doente. Somente os casos mais complicados precisam ser encaminhados ao hospital.

Os medicamentos às vezes provocam reações indesejáveis, sendo necessária avaliação médica. A consulta então deve ser providenciada no mesmo dia.

Um efeito esperado é a coloração avermelhada da urina, que deve ser avisada porque assusta alguns doentes, apesar de normal. O aparecimento de náuseas, diarréias e até vômitos ocorre com certa freqüência e quase sempre pode ser contornado com medicação sintomática ou alteração no horário de tomada dos medicamentos específicos. Raramente haverá reações mais graves, que implicarão na suspensão dos medicamentos. Tudo isso será decidido pelo médico.

É bom lembrar que os medicamentos contra a TB não são vendidos nas farmácias, sendo portanto de responsabilidade exclusiva do setor público de saúde. Como o tratamento não pode de maneira nenhuma ser interrompido, é extremamente necessário que haja organizações e esforços para que o doente não deixe de receber todos os medicamentos prescritos.

O DOTS é traduzido como tratamento de curta duração diretamente observado ou simplesmente tratamento supervisionado. ***O tratamento supervisionado significa uma mudança na forma de se administrar os medicamentos sem mudanças no esquema terapêutico.***

Assim nesse tratamento o profissional de saúde passa a observar o paciente “engolir” os medicamentos durante o período do tratamento, desde o início até a sua cura.

*Os princípios básicos do tratamento supervisionado são:*

**1-Flexibilidade de atendimento:**

- Pacientes comparecem na unidade
  - a) diariamente ( segunda a sexta-feira);
  - b) no mínimo 3 vezes por semana nos dois primeiros meses.
- Profissionais de saúde tratam no domicílio
  - a) visita de profissionais de saúde ou agentes comunitários de saúde (PSF/PACS) para realizar o tratamento supervisionado.

**2-Equipe de trabalho treinada e interessada.**

**3-Oferecer incentivos ao paciente para encorajar sua adesão.**

**4-Rede laboratorial equipada e treinada.**

**5-Sistema de informação para monitorar os casos, tratamento, evolução e resultados.**

**17) QUAIS SÃO OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS?**

No Brasil, o tratamento da TB é padronizado e tem a duração de 6 meses.



Os medicamentos utilizados são a isoniazida (também chamada hidrazida), a rifampicina e a pirazinamida, durante os 2 primeiros meses, ao fim dos quais se suspende a pirazinamida e se continua com isoniazida e rifampicina mais 4 meses. Este é o chamado esquema 1. Esse esquema também deverá ser utilizado nos pacientes HIV positivo.

O esquema 1 pode ser prolongado até um ano em alguns casos de TB extra-pulmonar. Na meningite tuberculose usa-se o esquema para meningites (as mesmas drogas em doses diferentes e com duração de 9 meses).

Como outros antibióticos, os medicamentos ativos contra TB podem causar alguns efeitos indesejáveis. Esses efeitos são freqüentes e, na maioria das vezes, o médico tem condição de contorná-los sem mudar as drogas prescritas. Quando os exames de escarro não indicam melhora, o médico investiga em primeiro lugar se o doente está tomando os remédios corretamente. Muitas vezes os bacilos ainda são sensíveis aos medicamentos e corrigindo a irregularidade pode-se conseguir a cura. Caso o doente esteja tomando os remédios corretamente e não esteja negativando o exame de escarro, o médico poderá concluir que seja necessário mudar o esquema de tratamento e substituí-lo pelo esquema de “falência” também padronizado e com duração de um ano.

Nenhum dos esquemas para o tratamento de TB usa uma droga única. A associação de duas ou mais drogas visa prevenir o aparecimento de resistência dos bacilos.

É muito importante conseguir que o doente siga rigorosamente o tratamento e consiga logo a cura, com o esquema 1. Alteração nas doses, interrupção e abandono da medicação sem ordem médica levam ao fracasso do tratamento e ao aparecimento de resistência dos bacilos aos medicamentos, tornando mais difícil a cura dos doentes.

## **ESQUEMA 1**

**Para adultos com peso maior que 45 quilos:**

### **2 Meses**

- 2 cápsulas (vermelhas) de Rifampicina + Isoniazida.(devem ser tomadas juntas ao mesmo tempo, de preferência em jejum);
- 4 comprimidos (brancos) de Pirazinamida. (também devem ser tomados juntos ao mesmo tempo, de manhã por exemplo após o café da manhã).

#### **4 Meses**

- 2 cápsulas (vermelhas) de Rifampicina + Isoniazida (de preferência em jejum).

**JAMAIS FRACIONAR AS DOSES DOS MEDICAMENTOS**

### **18. É NECESSÁRIO ALGUM CUIDADO ESPECIAL?**

Depois de poucos dias do início do tratamento correto já não há mais perigo de contágio, porque os bacilos já estão fracos e não contaminam mais as pessoas. O doente pode levar uma vida normal.

O afastamento do trabalho vai depender das suas condições físicas. O médico responsável terá condições de decidir e encaminhar o doente para licença no trabalho, caso seja necessário.

O doente não precisa ser isolado, nem separar seus utensílios como: copo, prato, toalha e outros objetos. Não precisa também, dormir separado.

A pessoa com TB pode comer de tudo, sem restrições, devendo reduzir ao máximo o fumo e bebidas alcoólicas.

## **19) QUE DEVE SER FEITO NA 1ª CONSULTA?**

Na primeira consulta, quando o doente toma conhecimento de seu diagnóstico, muitas informações serão passadas para ele. Isso num momento em que ele provavelmente estará preocupado com muitas coisas referentes à sua doença, sua família e seu trabalho. É importante que, após a consulta médica, um funcionário possa reforçar as orientações de maneira amigável, compreensiva e segura. Para isso o funcionário deve em primeiro lugar ouvir atentamente as dúvidas do doente.

Não adianta por exemplo, falar o dia marcado para retorno se o paciente estiver preocupado com outras coisas. Deve-se transmitir confiança e esclarecimentos nos pontos de maior ansiedade. CUIDADO para não sugestionar ou assustar o paciente, procure não falar na 1ª consulta todas as possíveis reações aos medicamentos, procure apenas orientar a respeito da coloração avermelhada da urina e que se se sentir mal deverá retornar ao serviço de saúde.

## ROTEIRO PARA 1ª CONSULTA

- Perguntar sobre conhecimentos e atitudes do doente em relação à TB e seu tratamento.
- Explicar como as pessoas adoecem de TB.
- Oferecer e orientar sobre o tratamento supervisionado.
- Quais os medicamentos, doses, possíveis efeitos indesejáveis, coloração avermelhada da urina pela rifampicina e duração prevista do tratamento.
- Comparecimento mensal para consulta.
- Retorno fora do agendamento, se necessário.
- Perigo de interromper o tratamento por conta própria.
- Orientar sobre os hábitos de vida do cliente.
- Orientar se o doente pode continuar trabalhando e sobre o auxílio doença, conforme indicação médica.
- Anotar o nome dos contatos e convocá-los para consulta.
- Orientar sobre a coleta de escarro (anexo 1).
- Registrar no prontuário as principais anotações, notificar o caso e registrar no livro preto.

## 20. COMO FAZER O CONTROLE DO TRATAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE?

O doente deve ser agendado mensalmente para consulta médica.

**Os seguintes passos devem ser seguidos sempre:**

- Consulta médica.
  - a - Esclarecer se o doente já fez tratamento de tuberculose e com que drogas.
  - b - Pesar o doente e registrar o peso.
  - c - Anotar a data do início de tratamento.
  - d - Perguntar pelo uso de outros medicamentos devido a possíveis interações medicamentosas.
  - e - Colocar e organizar no prontuário os resultados de exames bacteriológicos.
  - f - Oferecer teste anti-HIV.
  - g - Verificar adesão e registrar no prontuário.
- Orientação após a consulta médica.
- Controle dos contatos do paciente.
- Controlar e convocar faltosos.
- Visita domiciliar.

## **21. O QUE É DOENTE FALTOSO?**

É o paciente que não compareceu à Unidade de Saúde até 30 dias após a última consulta agendada. Por exemplo: o paciente tem retorno agendado para o dia 7 de julho e não compareceu à consulta na data marcada, então até 7 de agosto ele é considerado faltoso. No dia 8 de agosto ele já é classificado como caso de abandono e, se voltar, deverá ser reiniciado novo tratamento e renotificado.

## **22. O QUE FAZER COM O DOENTE FALTOSO?**

Certificar-se do motivo da falta à unidade de saúde:

- a- Perguntar porque não compareceu à unidade;
- b- Observar se o cliente mostra-se preocupado ou indiferente, no momento de falar os motivos que o levaram a faltar.

Os problemas freqüentemente apresentados pelos clientes são:

- distância da casa e dificuldades de transporte;
- não ter como faltar ao trabalho;
- alegar que os medicamentos fazem mal;
- não sentir melhora, pensar que não está doente;
- não sentir-se bem quando atendido no serviço.

Certificar-se da causa real do não comparecimento à unidade e discutir os problemas apresentados procurando ajudá-lo a encontrar soluções.

*Explicar as possibilidades e limitações do serviço:*

- a- Informar que o serviço de saúde ajudará o paciente a curar-se, oferecendo-lhe medicamentos e exames.
- b- Explicar que a sua cura depende da ingestão regular dos medicamentos e do seu comparecimento na data agendada.

*Incentivar o cliente a continuar o tratamento:*

- a- Explicar que a coisa mais importante no momento é o seu tratamento.
- b- Explicar que necessita ter boa vontade para superar as dificuldades e tratar-se corretamente até a sua cura.

## **23. COMO MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO?**

É muito importante que o doente sinta que a Unidade de Saúde está de portas abertas para ele. Os grandes responsáveis pelo fracasso do tratamento são a interrupções e a irregularidade na tomada dos medicamentos.

É difícil para qualquer pessoa tomar os remédios diariamente sem esquecer, durante 6 meses, ainda mais que logo o doente começa a se sentir melhor, e pensa que já está curado.



Só é possível conseguir a adesão e colaboração do doente até a sua cura se ele tiver confiança no remédio e no pessoal da Unidade de Saúde. Para isso é fundamental que se comece a estabelecer esse vínculo desde a primeira consulta.

Todas as explicações devem ser dadas em linguagem simples para que o doente possa entender. Verificar se ele compreende as orientações.

O próximo retorno deve ser agendado em dia e hora que o doente possa comparecer e ele deve ser avisado que, se por acaso tiver dúvidas ou sentir qualquer problema, poderá comparecer antes da data marcada em qualquer dia, para uma consulta eventual. Deve-se calcular sempre a quantidade de medicamento de acordo com o prazo do agendamento, e não agendar consulta em prazo maior que 30 dias.

O tratamento supervisionado deve ser oferecido à **todos os pacientes** e não somente para os que aparentemente tem maior chance de abandonar o tratamento como os alcoólatras, doentes que abandonaram o tratamento anteriormente, pessoas que têm dificuldades de compreender as orientações, etc.

O tratamento supervisionado é a estratégia recomendada pela OMS para aumentar a adesão ao tratamento da tuberculose.

## **24. QUAIS SÃO OS CUIDADOS COM A FAMÍLIA DO DOENTE?**

Com o início do tratamento correto, o perigo de contágio cai praticamente a zero em questão de 15 dias. No entanto todas as pessoas que moram na mesma casa que o doente de tuberculose precisam ser examinadas. Isso porque elas podem ter sido infectadas antes do começo do tratamento do doente.

O médico irá examinar, encaminhar para exame se for necessário e dirá quais as providências que cada pessoa vai precisar para ser protegida ou, se já estiver doente, para ser tratada.

É importante ficar atento. Se mesmo depois de muito tempo, alguma pessoa da família apresentar tosse persistente ou outros sintomas de tuberculose, devem procurar um Centro de Saúde porque às vezes a tuberculose leva vários anos para se manifestar.

As pessoas vacinadas com BCG intradérmico estão mais protegidas contra a TB. Elas têm menor risco de adoecer, mesmo se tiverem contato com doente de tuberculose na mesma casa.

Não é necessário o doente se afastar da família, desde que tome a medicação. Não há perigo de contágio da tuberculose pelo beijo, abraço ou relações sexuais.

A família pode ajudar o doente, dando apoio para que ele cumpra o tratamento até o fim, até ficar completamente curado.

## **25. PODE-SE PREVENIR A TUBERCULOSE?**

A tuberculose está muito ligada à pobreza. A melhoria das condições de vida, por si só previne muitos casos de tuberculose. Veja dois exemplos:

1- Melhorando a nutrição - A resistência das pessoas aumenta e mesmo se elas forem infectadas pelo bacilo, terão menor risco de adoecer.

2- Melhorando as condições de habitação, torna-se menos provável o contágio. Isso porque quanto mais íntimo e prolongado é o contato com o doente bacilífero, maior a chance de que os contactantes venham a se infectar pelo bacilo da tuberculose. Se há muitas pessoas dormindo no mesmo quarto, em casas mal ventiladas e onde não bate sol, o risco de contágio é muito maior.

*Há também medidas de proteção individual. São elas:*

- Vacinação com BCG - intradérmico, aplicada a todas as crianças a partir do nascimento.
- Quimioprofilaxia - indicada para alguns indivíduos que, tendo sido infectados pelo bacilo de Koch, estejam sujeitos a maior risco de adoecer.

## **26. EM QUE CONSISTE A QUIMIOPROFILAXIA?**

A quimioprofilaxia consiste em se administrar um medicamento para indivíduos que embora não estejam doentes, tenham sido infectados pelo bacilo de Koch e estejam sujeitos a grande risco de adoecer. O medicamento normalmente utilizado é a isoniazida, durante 6 meses.

Como exemplo de caso que deve fazer quimioprofilaxia, temos a criança menor de 5 anos que é contactante de um doente bacilífero, não tem sintomas, tem exame de raios-X de tórax normal e não foi vacinada com BCG-ID. Em alguns outros casos, a critério médico, também será indicada a quimioprofilaxia.

## **27. O QUE É A VACINA BCG?**

O nome desta vacina vem das iniciais do bacilo de Calmette-Guerin. Esses pesquisadores descobriram um processo que “enfraquece” os bacilos da tuberculose bovina, tornando-os incapazes de produzir doença. Com esses bacilos “enfraquecidos” é que se prepara a vacina, que tem a capacidade de aumentar a resistência do indivíduo vacinado em relação à tuberculose. O risco de adoecimento de uma pessoa vacinada é cerca de 5 vezes menor do que se ela não fosse vacinada, caso venha a ser infectada pelo bacilo de Koch. A vacina BCG dá uma proteção de 80% .

A vacina BCG é aplicada por injeção intradérmica, na parte superior do braço direito, provocando uma reação química local que dura cerca de 10 semanas até a cicatrização. Nesse período, deve-se evitar coçar a lesão para não infeccionar.

A vacina BCG deve ser dada a todas as crianças, a partir do nascimento. Poderá ser aplicada ao mesmo tempo com outras vacinas, como a anti-polio (Sabin), anti-sarampo e tríplice.

## **28. COMO MELHORAR O CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SUA UNIDADE DE SAÚDE?**

Melhorando a descoberta de casos. Facilitando horários de atendimento do doente de tuberculose. Por exemplo: Se um doente novo chega, ele deve ser atendido no mesmo dia. Se for impossível uma consulta médica, pelo menos será matriculado e atendido individualmente por outro profissional, tendo sua consulta médica marcada com a máxima urgência.

Caso um doente compareça fora do dia marcado, deverá ser priorizado o seu atendimento, mesmo que possa parecer “pouco caso” com sua própria saúde o fato de ter perdido o dia da consulta. Analise com ele o porque de seu atraso, propondo-se ajudá-lo a superar as dificuldades. Aja com compreensão e firmeza.

Organizando o controle de faltosos ( ver: como se controla o comparecimento dos doentes?).

Melhorando o relacionamento das equipes de saúde com o doente. Uma relação de confiança deve se estabelecer desde a chegada do paciente em todas as consultas (ver: como melhorar a adesão ao tratamento?).

- Controlando o comparecimento dos comunicantes.
- Organizando o suprimento de medicamentos.
- Notificando os casos corretamente.
- Verificando se está descobrindo o número de casos previsto e conseguindo curá-los.
- Colaborando na orientação à população e aos seu colegas.

## **29. PARA QUE SERVE A NOTIFICAÇÃO?**

O sistema de informação é um instrumento importante para quem vai avaliar e planejar as atividades e recursos para o Programa de Controle nos vários níveis.

É pelas fichas que se pode ter idéia do número de casos descobertos, se a incidência da tuberculose está aumentando ou diminuindo.

É necessário que as fichas sejam bem preenchidas e encaminhadas nos prazos estabelecidos, porque nesses dados se baseia a decisão sobre as providências a tomar e o cálculo de medicamentos necessários. Pelas altas notificadas se avalia como está o resultado do tratamento: casos curados e abandonos, etc.

### **30. QUAL É O IMPACTO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE?**

O impacto na redução da tuberculose é dado através da anulação das fontes de infecção. Isso depende de um Programa bem organizado.

Por exemplo se uma região consegue descobrir 70% dos doentes bacilíferos existentes e, destes, só a metade chega à cura, então esta região tem um programa que só está atingindo estes 35% do total de doentes.



Os outros que não foram descobertos, ou que não chegaram ao fim do tratamento continuam a espalhar a tuberculose na comunidade.

Além disso, os que abandonaram o tratamento podem vir a se tornar doentes crônicos e resistentes aos medicamentos e transmitir os bacilos dessa tuberculose resistente.

A vacinação com BCG é utilizada para evitar casos de tuberculose, mas tem pouco efeito quanto a interromper a cadeia de transmissão da doença. Isso porque, pelas próprias características da tuberculose, os casos de tuberculose em crianças raramente são fontes de infecção (não são bacilíferos). Ou seja, a importância da vacinação é a proteção individual a cada criança, não a proteção da comunidade, porque de toda forma os casos evitados não seriam fontes de contágio.

É melhorando o diagnóstico da tuberculose e aumentando a adesão dos pacientes ao tratamento que se conseguirá o controle da doença.

## Anexo 1

### **Orientação para coleta de material para realização de Baciloscopia e cultura**

#### *Procedimentos para a colheita:*

##### 1 – Quantidade e qualidade

Lembrar que uma boa colheita de escarro é a que provem da árvore brônquica obtida após esforço de tosse, e não a que se obtêm da faringe ( normalmente saliva ) ou ainda por aspiração das secreções nasais. O volume ideal deverá ser de 5 a 10 ml.

##### 2 - Recipiente

O material deve ser colhido em potes plásticos de preferência com as seguintes características: descartáveis, transparentes, boca larga (50 mm de diâmetro, tampa de rosca, altura de 40 mm e com capacidade de 30 a 50 ml). O pote deve ser identificado onde será escrito o nome do paciente e a data da colheita. Esta identificação deverá ser feita no corpo do pote e nunca na tampa.

##### 3 - Local da colheita

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

#### 4 - Número de amostras e momento da colheita

A baciloscopia com a finalidade de diagnóstico deve ser feita a partir de pelo menos duas amostras. Normalmente a primeira amostra é colhida no momento da consulta, para aproveitar a presença do doente; a segunda amostra deve ser colhida no dia seguinte ao despertar. O horário do despertar auxilia a obter uma amostra mais abundante devido às secreções acumuladas na árvore brônquica durante a noite.

#### 5 - Orientação para o paciente

O pessoal da Unidade de Saúde deve orientar o paciente de modo claro e simples quanto à colheita de escarro, seguindo os seguintes passos:

**OBS :** antes de entregar o pote ao paciente deve-se verificar se o frasco esta fechando **bem e** se o mesmo já está devidamente identificado com o nome e data fixado no corpo do pote.

- a) ao despertar pela manhã o paciente deverá inspirar profundamente retendo por alguns instantes o ar nos pulmões tossir e lançar o material no pote; essa operação deve ser repetida até a obtenção de 3 eliminações de escarro ( evitar que escorra na parede externa do frasco ).
- b) o paciente deve, então, tampar o pote firmemente e em seguida lavar as mãos. Em seguida deve prepará-lo para o transporte até a unidade ou laboratório, colocando-o em um saco plástico ou em uma caixa com a tampa para cima e firmando-o para não virar durante o trajeto.

## **Procedimentos para conservação e transporte**

*A amostra de escarro deve ser armazenada sob refrigeração, em geladeira comum, podendo ser conservada por até 5 dias. No caso de cultura o procedimento para a colheita e conservação deverá ser o mesmo da baciloscopia de escarro, porém deve ser encaminhada ao laboratório no tempo mais curto possível.*

*Quando a amostra permanecer em temperatura ambiente deve ser armazenada em um local fresco, sem exposição à luz solar sendo conservada por no máximo 24 horas. No entanto no Estado de S. Paulo, não há justificativa nem para armazenar fora da geladeira nem para essa demora de 5 dias, recomenda-se armazenar no máximo um dia no refrigerador.*

*Para o transporte de amostras deve-se considerar três condições importantes:*

- manter sob refrigeração*
- proteger da luz solar*
- acondicionar de forma adequada para que não haja derramamento. Recomenda-se para o transporte das baciloscopias da unidade para o laboratório a utilização de caixas de isopor por serem isolantes térmicas, laváveis e leves. Os potes deverão estar dispostos no interior das caixas térmicas com algum tipo de suporte para evitar o derramamento dos mesmos.*



***OBSERVAÇÕES:***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



capa MR 23/11/2001

**CVE** CENTRO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA  
Prof. "Alexandre Vranjac"

  
DIVISÃO DE TUBERCULOSE

SECRETARIA  
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO  
SÃO PAULO