



**Registro de pacientes
e acompanhamento de tratamento
dos casos de tuberculose**

Programa Nacional de Controle de Tuberculose

Programa Nacional de Controle da Tuberculose

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

Considerações gerais

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

contra danos e extravios. Devem ser registrados apenas os dados dos pacientes que tiverem seu diagnóstico firmado segundo definição de caso de tuberculose, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica – Tuberculose-Funasa/MS, 2002¹.

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

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

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

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

Como preencher as colunas

IDENTIFICAÇÃO

Nº do Prontuário (Nº do Pront.)

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

Nº do Sinan

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

Nome do paciente

Registrar de forma legível o nome completo do paciente.

Idade

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

Sexo

Assinalar:

M para masculino

F para feminino

EXAMES DE DIAGNÓSTICO

Baciloscopia de escarro (Bacil. de escarro)

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

+, ++, +++ para os positivos

NEG para os negativos

N/Re quando o exame de baciloscopia não for realizado

Cultura

Registrar resultado:

cultura do escarro – na primeira coluna;

cultura de outros espécimes (urina, líquidos, sangue, tecidos, etc.) – na coluna “Outros”.

Assinalar:

POS para o positivo

NEG para negativo

N/Re quando não realizada

PPD

Registrar o resultado da prova tuberculínica usando a sigla:

NR (0 a 4mm) para não reator

RF (5 a 9mm) para reator fraco

RF (10mm e mais) para reator forte

N/Re quando não realizada

Histopatologia

Registrar:

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

SUG quando o resultado referir achados sugestivos de tuberculose;

NEG quando os achados não forem sugestivos de tuberculose;

N/Re quando não realizado.

RX do Tórax

Registrar:

N – quando o aspecto radiológico for normal;

S – quando a imagem radiológica for sugestiva/suspeita de tuberculose;

SEQ – seqüela, quando apresentar imagem radiológica sugestiva de cicatricial;

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

N/Re – quando o RX não for realizado.

Outros exames

Transcrever um outro tipo de exame que foi utilizado para auxiliar no diagnóstico:

BIO – para a Bioquímica;

US – para Ultra-sonografia;

T – para Tomografia;

RXO – para RX de outros órgãos;

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

N/Re – quando não realizado.

HIV

Registrar:

POS quando o resultado da sorologia para HIV for positiva

NEG quando negativa

N/Re quando não realizado

¹BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. *Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília, 2002.

FORMA CLÍNICA

Pulmonar

Registrar:

- P+ para tuberculose pulmonar positiva
- P- para tuberculose pulmonar negativa
- P quando não realizada a baciloscopia

Extrapulmonar

Assinalar a localização conforme categorização do Sinan e Guia de Vigilância Epidemiológica – Tuberculose – Funasa/MS (2002):

- PL pleural
- Gp ganglionar periférica
- Oa osteoarticular
- Oc ocular
- Gu gênito-urinária
- Me meningite
- Mi miliar
- O outras localizações

TIPO DE ENTRADA

Registrar:

- CN caso novo
- RR retratamento por recidiva
- RA retorno após abandono
- RF retratamento nos casos de falência

TRATAMENTO

Esquema

Registrar:

- I para os casos novos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar;
- II para a forma meningoencefálica;
- IR para os casos de retratamento por recidiva ou retorno após abandono do Esquema I;
- III para os casos de falência aos esquemas I e IR;
- EE para esquemas especiais.

Data de início

Registrar a data do início do tratamento (dia, mês e ano). Em caso de paciente transferido, registra-se a data do início do tratamento na unidade de origem.

Forma de tratamento (Forma de trat.)

Assinalar:

- S tratamento supervisionado
- A auto-administrado

Considera-se tratamento supervisionado quando a observação da tomada dos medicamentos for realizada pelo menos três vezes por semana, na primeira fase, e duas vezes por semana na segunda fase (segundo as normas do Ministério da Saúde).

BACILOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO

MÊS

Registrar o resultado na coluna correspondente ao mês de tratamento em que o exame foi realizado. Transcrever o resultado da baciloscopia de acordo com o seguinte critério:

- +, ++, +++ para os positivos
- NEG para os negativos
- N/Re quando não realizada

SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO

Motivo

Cura

Será dada a alta por cura quando os pacientes pulmonares, inicialmente positivos, apresentarem, durante o tratamento, pelo menos duas baciloscopias, negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento.

Completo o tratamento (CT)

Será dada alta após completar o tratamento com base em critérios clínicos e radiológico:

- quando o paciente não tiver realizado o exame de escarro por ausência de expectoração e tiver alta com base em dados clínicos e exames complementares;
- nos casos de tuberculose pulmonar inicialmente negativos;
- nos casos de tuberculose extrapulmonares.

Êxito do tratamento (Ex. trat.)

É a soma dos casos de cura mais os casos que completaram o tratamento

Abandono (Aband.)

Será dado ao doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias é contado a partir da última tomada da droga.

Transferência (Transf.)

Será dada quando o doente for transferido para outro serviço de saúde.

A transferência deve ser efetuada por documento específico com informações sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. Deve-se buscar a confirmação de que o paciente compareceu à unidade de saúde para a qual foi transferido, bem como o resultado do tratamento no momento da avaliação de coorte.

Deverá ser assinalado no campo **Observações** se a transferência é para o mesmo município (outra unidade de saúde), para outro município (mesma UF), para outro estado ou para outro país.

Óbito

Será dado por ocasião do conhecimento da morte do paciente durante o tratamento. Deverá ser assinalado no campo **Observações** se o óbito por tuberculose ou por outras causas.

Falência (Fal.)

Será dada quando houver persistência da positividade do escarro do tratamento. São também classificados como falência os doentes início do tratamento são fortemente positivos (++ ou +++), e man situação até o quarto mês, ou aqueles com positividade inicial se negatização e nova positividade por dois meses consecutivos, a 1 quarto mês de tratamento.

Mudança de Diagnóstico (M. Diag.)

Será dada quando for constatado erro de diagnóstico de tuberculose

Data

Registrar a data do encerramento (dia, mês e ano).

NÚMERO DE CONTATOS

Registrados (Reg.)

Anotar o número total de pessoas que coabitam com um paciente tuberculoso. Esta informação deve ser solicitada e registrada na primeira consulta.

Examinados (Exam.)

Anotar o número de pessoas que coabitam com um paciente tuberculoso que foram examinados na unidade de saúde, segundo as normas do Ministério da Saúde.

OBSERVAÇÕES

Registrar ocorrências não especificadas, como:

Intolerância medicamentosa, interrupção do tratamento por irre (justificar), hospitalização, resultado de RX para encerramento data da mudança de esquema terapêutico, toxicidade ou falência paciente é institucionalizado (presídio, asilo, orfanato, hospital psiquiátrico), informação de agravos associados e outras situações não e na planilha.

Atenção

1. Quando for colocado o resultado da cultura de outros espécimes, especificar em observações qual o tipo de espécime.
2. Quando o caso for encerrado por falência, o paciente deve ser novamente registrado neste livro, como caso de retratamento, mantendo o mesmo número do Sinan.

Avaliação do Resultado do Tratamento

Estudo de Coorte

Forma de tratamento: Supervisionado Auto-administrado

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Período analisado: __/__/__ a __/__/__

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

Instruções

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

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

Estudo de coorte

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

Preencher: Casos notificados

Mudança de diagnóstico

Casos avaliados

