

13. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE

Seyssa Cristina Pereira e Silva Cintra¹

Aline Sampaio Bello²

Emílio Alves Miranda³

Héline Augusta Marques Barbosa Pessoa⁴

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos, próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações, para os registros de enfermagem, no prontuário do paciente.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Parecer de Conselheiro Federal nº 180/2018/COFEN. Enfermeiro. Prescrição medicamentosa. Solicitação de exames. Tuberculose. Atenção Básica.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos

1. INTRODUÇÃO

Doença infectocontagiosa, a Tuberculose (TB), é causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. Apesar de a forma pulmonar bacilífera ser a mais importante, do ponto de vista epidemiológico, sendo a responsável pela cadeia de transmissão, outras formas de TB também podem ser observadas, como a disseminada miliar ou as extrapulmonares: pleural, ganglionar, osteoarticular, geniturinária, meningoencefálica, entre outras. Também, esta enfermidade pode acometer, ao mesmo tempo, mais de um órgão em um mesmo paciente (BRASIL, 2022).

O Brasil permanece entre os 22 países que concentram 80% dos casos de TB no mundo, ocupando a 20ª posição em número absoluto de casos. Apesar da tendência de queda da incidência dos casos nos últimos 20 anos, a TB ainda é mantida como sério problema de saúde pública (BRASIL, 2019).

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

² Enfermeira Pós-graduação em Saúde pública. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - Gerência de Doenças e Agravos Transmissíveis.

³ Enfermeiro - Especialista em Vigilância Epidemiológica e Análise de Situação de Saúde. Atua como Subcoordenador do Programa de Controle da Tuberculose na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

⁴ Enfermeira. Pós-graduação em Epidemiologia - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

A pandemia de COVID-19 reverteu anos de progresso global no combate à TB e, pela primeira vez em mais de uma década, as mortes pela doença aumentaram, de acordo com o relatório global da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021).

No Brasil, especificamente no estado de Goiás, são notificados, em média, 900 casos novos de TB por ano, correspondendo a uma incidência de 14 por 100.000 habitantes. Embora seja um dos três estados de menor incidência de casos, a taxa de cura permanece abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que é de 85%, e abandono acima do preconizado (menor que 5%), sendo estes, fatores que garantem a manutenção da cadeia de transmissão.

O principal sintoma da TB é a tosse por tempo igual ou superior a três semanas, acompanhado de perda acentuada de peso, falta de apetite, febre ao entardecer e sudorese noturna; e nos casos graves, o paciente pode apresentar episódios de hemoptise.

Através deste protocolo, o profissional de enfermagem poderá subsidiar as ações que realiza nos locais onde atua de forma sistemática, estabelecendo qualidade nos processos realizados, diante de um paciente com suspeita de TB na rede de atenção.

Esse protocolo visa estimular a criatividade dos enfermeiros e contribuir para a ampliação do debate sobre a assistência do enfermeiro e da equipe de enfermagem na prestação do cuidado centrado na pessoa com TB na APS.

2. A DESCOBERTA DE CASOS E A BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS (SR)

Identificar, precocemente, pessoas com tosse por tempo igual ou superior a *três semanas* visa à descoberta dos casos de TB baculíferos, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. A busca ativa do Sintomático Respiratório (SR), é uma estratégia recomendada internacionalmente e deve ser realizada, permanentemente, pelos serviços de saúde.

Cabe ao enfermeiro, dentro de suas atribuições, sistematizar, capacitar profissionais e coordenar as ações de busca do SR em todos os serviços de atendimento à saúde da população.

A operacionalização dessa ação requer da equipe de enfermagem a captação de suspeitos, continuamente, na rotina diária da unidade de saúde, considerando:

- a) Atendimento de livre demanda, para pessoas que procuram as unidades de saúde e os suspeitos encaminhados dos outros serviços, por motivo de tosse por tempo igual ou maior que três semanas;
- b) A busca dos SR deve ter abrangência multiprofissional e envolvimento da totalidade dos profissionais da unidade de saúde;
- c) O estabelecimento de fluxo, para a oferta e realização dos exames laboratoriais nos serviços, com agilidade no retorno dos resultados dos exames de diagnóstico e de acompanhamento. O ideal é entregar à pessoa com suspeita de TB os resultados dos exames em até 48 horas do recebimento da amostra (baciloscopia ou TRM-TB), tanto em laboratórios públicos, quanto naqueles conveniados ao SUS;
- d) Desenvolvimento de ações que facilitem o alcance das metas na sua unidade de saúde de acordo com a programação anual de SR (1% da população) nos serviços de saúde;
- e) Organização de ações voltadas às populações especiais, ou seja, com maior vulnerabilidade de adoecer por TB (Pessoas em Situação de Rua, População Privada de Liberdade, Profissionais de Saúde, Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, Indígenas, Diabéticos e Tabagistas). Para estas populações consideram-se SR independente do tempo de tosse;
- f) Encaminhamento, para a referência secundária ou terciária, os casos que demandam maior capacidade resolutiva.

Dentre as ações de planejamento para a busca ativa do Sintomático Respiratório (SR), caberá ao enfermeiro:

1. Programar metas e monitorar, mês a mês, a descoberta do SR nas unidades de saúde e em populações especiais, utilizando-se do registro no Livro do Sintomático Respiratório, que deverá estar disponível em todas as unidades de saúde;
2. Mobilizar e capacitar os profissionais de saúde e todos os funcionários da unidade de saúde (ex.: vigilantes, serviços administrativos e limpeza), na identificação e no registro do caso de SR;
3. Identificar e priorizar as áreas de maior circulação de pessoas no serviço de saúde na busca do SR (ex.: sala de espera, recepção, farmácia, laboratório, serviço odontológico, grupos de tabagismo, hipertensão e diabetes dentre outros).

Orientação para a coleta de escarro espontâneo:

O enfermeiro tem papel fundamental na condução e orientação da coleta do escarro para a realização do Teste Rápido Molecular (TRM-TB), baciloscopia, ou cultura de escarro. Deverá tirar todas as dúvidas do paciente referente a coleta e perguntar o mesmo sobre a realização do procedimento para testar seu entendimento.

Para maiores informações, quanto ao passo a passo para a coleta do escarro, verifique o Guia de Orientações para a Coleta de Escarro (BRASIL, 2014b).

Frente ao material para exame de escarro enviado ao laboratório e o seu resultado, o enfermeiro deverá:

- a) Atentar para o correto preenchimento do formulário específico para a realização do TRM-TB e o cadastro no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).
- b) Observar se o resultado do exame emitido pelo laboratório chega, no máximo, em 48h nos serviços (cultura de escarro positiva, o período é de 15 a 30 dias, e 60 dias caso negativo); registrar o resultado do exame no prontuário do paciente e no Livro de Registro do Sintomático Respiratório;
- c) Realizar busca ativa dos casos de pacientes com exames positivos de escarro e sem comorbidades que não compareceram à unidade básica de saúde. Iniciar, imediatamente, o tratamento com o esquema básico, com posterior agendamento de consulta médica.

Observação: na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, esta deverá ser conservada em geladeira em uma temperatura entre 2°C e 8°C e, enviada em até 07 dias ao laboratório. As amostras clínicas, encaminhadas ao laboratório, deverão estar acompanhadas da requisição de exames, contendo os dados de identificação do paciente de forma legível, descrição dos achados clínicos do paciente e a natureza do exame solicitado. O frasco de coleta, também, deverá estar identificado com os dados do paciente (corpo do pote, e não na tampa).

3. CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da TB deve identificar informações clínicas epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade, e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico.

Dentre as recomendações para o diagnóstico de TB estão:

1. Anamnese com ausculta qualificada;
2. Exame físico;

3. Solicitação do TRM-TB e/ou baciloscopia (atentar aos algoritmos para o diagnóstico da tuberculose baseado no TRM-TB, disponível no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil – 2019);
4. Solicitação de cultura de escarro ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-GO), para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva e reingresso, após abandono de tratamento);
5. Realização e leitura do teste tuberculínico (PPD), se capacitado e quando necessário;
6. Notificação do caso confirmado na ficha do SINAN (Sistema Nacional de Notificação de Agravos), especificada, conforme prevê a Portaria nº 204/2016;
7. Sistematizar a vigilância da tuberculose baseado nos instrumentos de registro do programa, conforme Fluxograma I (ver final deste capítulo).

4. DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

O diagnóstico laboratorial é o método prioritário para o diagnóstico e o controle do tratamento da TB, uma vez que permite a identificação da fonte de transmissão da infecção (o baculífero). Dentre os exames laboratoriais mais realizados, destaca-se o TRM-TB, a baciloscopia do escarro, seguido da cultura para microbactéria e do teste de sensibilidade aos antimicrobianos (para avaliar a resistência).

O diagnóstico clínico epidemiológico deve ser considerado quando há impossibilidade total de se comprovar a suspeita por meio de exames laboratoriais.

Exames complementares

1. **Radiografia de tórax:** Deve ser solicitada para toda pessoa com suspeita clínica de TB pulmonar, de forma complementar aos exames laboratoriais.
2. **Diagnóstico histopatológico:** É realizado para o diagnóstico das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares difusas de difícil diagnóstico.

O diagnóstico da TB, na infância, deverá ser precedido, preferencialmente, por uma consulta médica especializada para elucidação do diagnóstico e introdução do tratamento previsto no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019).

5. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

O profissional de enfermagem, obedecendo a legislação vigente e diante do diagnóstico confirmado de TB, deverá:

- a) Inscrever o paciente no Livro de Registro de Pessoas com Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento;
- b) Instituir e acompanhar o tratamento básico do paciente com TB pulmonar e sem comorbidades, bem como registrar e examinar os contatos dos casos pulmonares bacilíferos, conforme os fluxogramas disponíveis no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019);

- c) Explicar e instituir o Tratamento Diretamente Observado (TDO), durante todo o tratamento até o seu encerramento;
- d) Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- e) Solicitar baciloscopia de controle mensal para o efetivo acompanhamento do tratamento;
- f) Oferecer orientações gerais aos pacientes e familiares, como por exemplo, em relação à doença e seus mitos, duração e necessidade de realizar o tratamento até o final;
- g) Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, para todos os casos confirmados de TB, bem como para os contatos identificados;
- h) Encaminhar as fichas de notificação/investigação do caso ao NVEM (Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal), para digitação dos casos no SINAN;
- i) Observar os cuidados de biossegurança relativos à redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*, no âmbito da unidade de saúde;
- j) Preencher e devolver o Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose a NVEM;
- k) Zelar pelo sigilo das informações referente ao diagnóstico e acompanhamento do tratamento do paciente.

Em caso de transferência do caso de TB para outra unidade do mesmo município, entre municípios diferentes, estado ou país, o Enfermeiro deverá preencher a ficha específica de transferência, entregar uma via ao paciente com as devidas orientações e encaminhar outra via para o NVEM. O caso só poderá ser encerrado na unidade de origem, após conhecimento de seu destino.

Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes 2RHZE/4RH (6 meses) – Quadro 1:

Indicações:

1. Casos novos em adultos e adolescentes (≥ 10 anos), de todas as formas de TB pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica e osteoarticular), infectados ou não por HIV;
2. Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno, após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (≥ 10 anos) – exceto a forma meningoencefálica e osteoarticular.

QUADRO 1. ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DA TB EM ADULTOS E ADOLESCENTES

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	UNIDADE/DOSE	MESES
2 RHZE* Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg comprimido em dose fixa combinada (4 em 1)	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2 (fase intensiva)
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		51 a 70 kg	4 comprimidos	
		Acima de 70 kg	5 comprimidos	

4RH** Fase de manutenção	RH 300/150 mg ou 150/75 mg Comprimido em dose fixa combinada (2 em 1)	20 kg a 35 kg	1 comprimido de 300/150 mg ou 2 comprimidos de 150/75 mg	4 (fase de manutenção)
		36 kg a 50 kg	1 comprimido de 300/150 + 01 comprimido de 150/75 mg ou 03 comprimidos de 150/75 mg	
		51 kg a 70 kg	2 comprimido de 300/150 mg ou 4 comprimidos de 150/75 mg	
		Acima de 70 kg	2 comprimido de 300/150 + 01 comprimido de 150/75 mg ou 05 comprimidos de 150/75 mg	

Fonte: Brasil (2019).

*Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol

**Rifapicina, Isoniazida

Observação: O esquema com RHZE (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol) pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e, é recomendado o uso de Piridoxina (50 mg/dia) durante a gestação pela toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido.

A equipe deverá observar e orientar, criteriosamente, o surgimento de reações adversas, e tomar as condutas adequadas para cada situação (BRASIL, 2019).

O esquema básico para tratamento da TB meningoencefálica e osteoarticular em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade) 2RHZE/10RH deverão ser consultados no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil – 2019.

Tratamento Diretamente Observado (TDO)

O TDO visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e mortalidade, bem como aumentando a probabilidade de cura. Será considerado TDO, para fins operacionais, a observação de 24 tomadas na fase de ataque e 48 tomadas na fase de manutenção, assistida por um profissional de saúde ou uma pessoa capacitada para tal função.

Recomenda-se a instituição de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), desde o diagnóstico até a alta do paciente no serviço de saúde.

Situações especiais na qual o paciente deve ser encaminhado para uma unidade de referência:

Há situações em que o paciente deve ser referenciado para uma unidade de referência devido à complexidade de seu tratamento e acompanhamento, de acordo com a magnitude do caso, distâncias geográficas e facilidade de acesso. São elas:

- Difícil diagnóstico;
- Presença de efeitos adversos “maiores”;
- Presença de comorbidades (transplantados, imunodeprimidos, infecção pelo HIV, hepatopatias e indivíduos com insuficiência renal crônica);
- Casos de falência ao tratamento;
- Casos que apresentem qualquer tipo de resistência aos fármacos.

Ressalta-se, ainda, que, caso o paciente estenda seu acompanhamento em alguma unidade de referência, a Atenção Básica deverá manter a interface com ela, a fim de garantir a realização do TDO.

6. INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTB)

A susceptibilidade à infecção é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença; no entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção. (BRASIL, 2019)

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primeira infecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e até mesmo décadas. Fatores relacionados a competência do sistema imunológico podem aumentar o risco do adoecimento. Entre eles, destaca-se a infecção pelo HIV, doenças ou tratamentos imunossupressores, idade maior que 2 anos ou maior que 60, diabetes mellitus e desnutrição.

É válido lembrar que, antes de iniciar o tratamento da ILTB, deve-se primeiro investigar sinais e sintomas clínicos sugestivos de tuberculose ativa e, na presença de qualquer suspeita, investigar a tuberculose ativa e não tratar ILTB nesse momento.

O diagnóstico pode ser feito através da prova tuberculínica (PT), que, além de identificar casos de ILTB, também auxilia no diagnóstico de Tuberculose ativa em crianças. Pode ser feito também, através do IGRA (Teste de Liberação do Interferon-gama), como alternativa diagnóstica para detecção de ILTB.

A indicação do tratamento da ILTB depende do resultado da PT ou do IGRA; da idade, da probabilidade de ILTB e do risco de adoecimento, e dos critérios previstos no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - 2019. Dentre as estratégias definidas como prioritárias pela OMS, está a ampliação do acesso ao tratamento da ILTB entre as pessoas vivendo com HIV (PVHIV). O rastreamento regular da TB ativa e o tratamento da ILTB constituem a medida de maior impacto para reduzir a morbimortalidade por TB nas PVHIV (BRASIL, 2019).

6.1. Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose

Atualmente, estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) três esquemas de tratamentos para a ILTB, que são:

1 - Isoniazida (H): 6 ou 9 meses de tempo do tratamento.

Indicados em todos os casos, exceto efeitos adversos graves com H, contatos de monorresistentes à H, hepatopatas e pessoas acima de 50 anos.

2 - Rifampicina (R): 4 meses de tempo do tratamento.

Indicados preferencialmente em indivíduos com mais de 50 anos de idade, crianças menores de 10 anos, hepatopatas, contatos de monorresistência à Isoniazida e intolerância à Isoniazida.

3 - Isoniazida (H) + Rifapentina (P):

Comparado aos demais esquemas para o tratamento da ILTB disponíveis no SUS (Isoniazida e Rifampicina), possui a vantagem da comodidade posológica para o paciente, uma vez que os medicamentos rifapentina e isoniazida são tomados em doses semanais, durante 3 meses, totalizando 12 doses, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento. É considerado também um esquema mais seguro e preferencial, quando comparado ao tratamento usando somente isoniazida.

Indicado para todos os grupos populacionais, exceto em contatos de pessoas com TB monorresistente à isoniazida e casos de intolerância à Isoniazida. Considerando as vantagens e a disponibilidade do tratamento, o esquema 3HP passa a ser o esquema preferencial para tratar ILTB.

Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero. Nesses casos, o recém-nascido não deverá ser vacinado ao nascer. A Isoniazida (H) ou a Rifampicina é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica (PT). Se o resultado da PT for ≥ 5 mm, a quimioprofilaxia (QP) deve ser mantida por mais três meses, se Isoniazida, e mais um mês, caso Rifampicina, e não vacinar com BCG; caso contrário, deve-se interromper o uso da Isoniazida e vacinar com BCG.

1. **Grávidas** – Recomenda-se postergar o tratamento da ILTB para após o parto. Em gestante com infecção pelo HIV, recomenda-se tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação.
2. Na vigilância da ILTB, cabe ao Enfermeiro auxiliar no processo de diagnóstico (solicitar PT e IGRA), não sendo atribuição indicar e escolher o tratamento a ser realizado.

Atenção: Todo caso de ILTB deve ser notificado em ficha específica de notificação de casos de tratamento de ILTB do Estado de Goiás.

7. INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO POR TUBERCULOSE

O óbito por tuberculose é considerado evento sentinela por ser evitável, sendo indicativo de fragilidades na assistência ao paciente pelo serviço de saúde e por ser uma oportunidade concreta de identificação dos determinantes e condicionantes no processo de adoecimento (BRASIL, 2017).

A vigilância do óbito contribui para identificar fatores associados ao óbito e subsidiar as ações de controle e a melhoria dos sistemas de informação de tuberculose, qualificando os dados no SIM e SINAN, tendo como principal objetivo propor medidas que possam reduzir o número de mortes por tuberculose.

Deve ser investigado todo óbito com menção de tuberculose em qualquer parte do atestado de óbito, independentemente de o paciente estar ou não notificado. A investigação deve ser realizada para elucidar as razões de ocorrência do óbito, com vistas a sugerir estratégias de melhoria do serviço prestado ao paciente com tuberculose.

Os instrumentos de coleta de dados e demais informações acerca da investigação de óbito por Tuberculose são encontradas no Protocolo para Vigilância do Óbito com Menção de Tuberculose nas Causas de Morte (BRASIL, 2017).

Os profissionais de enfermagem da Atenção Primária têm um importante papel na investigação, por conhecer seu território de atuação e a população adstrita. Dessa forma, deverão ser solicitados a realizar, conjuntamente, a investigação dos óbitos por tuberculose, como também coordenar e acompanhar o cuidado dos contatos existentes no território de abrangência quando houver.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de orientações para coleta de escarro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, 20 p.

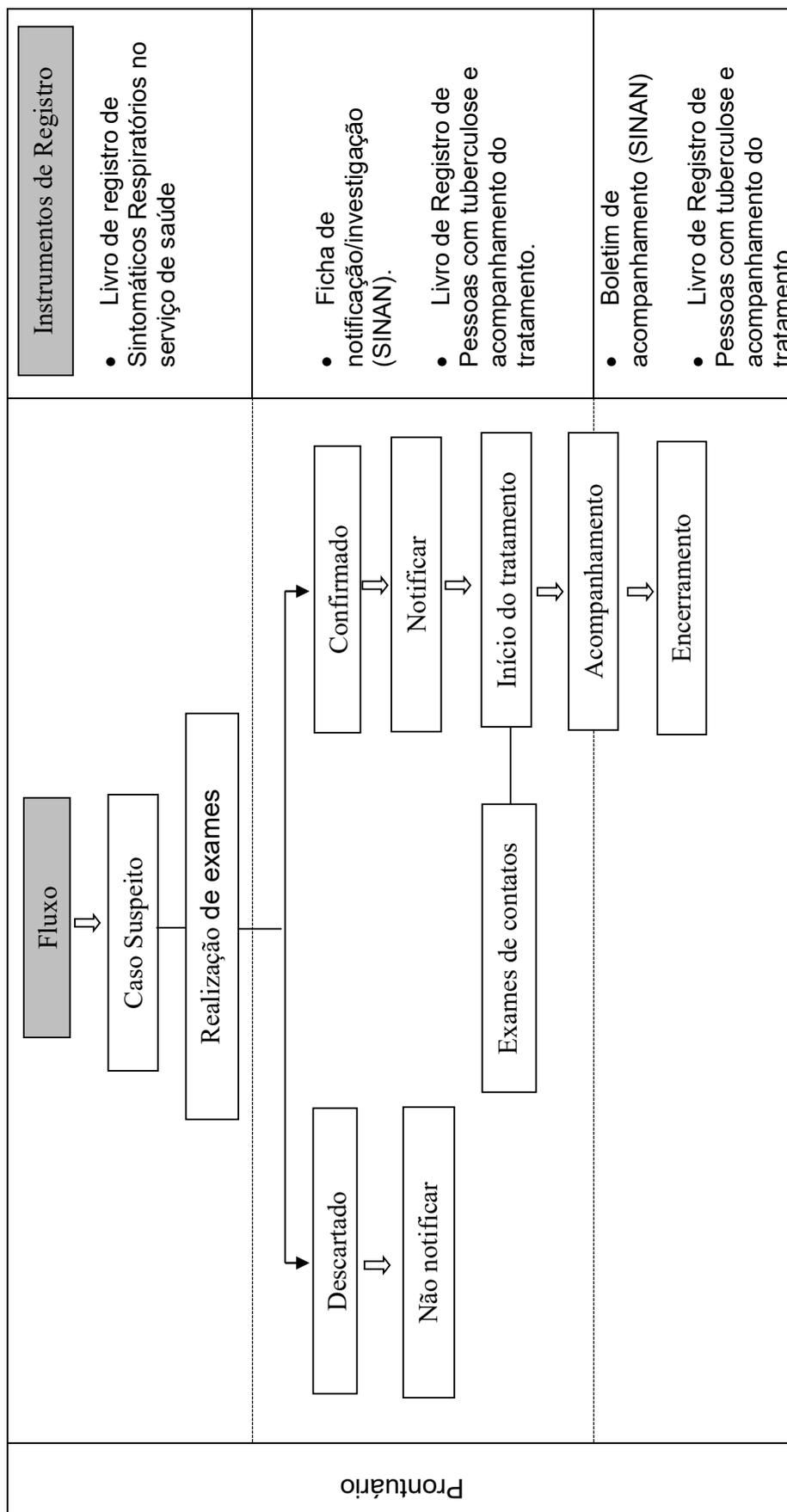
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017

WHOWORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2021**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>.

LINKS PARA ACESSO AS PUBLICAÇÕES DO PROGRAMA DE TUBERCULOSE:

1. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/teste-rapido-molecular-para-tb>
2. Recomendações para o Controle da Tuberculose – Guia Rápido para Profissionais de Saúde
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>
3. Tuberculose na Atenção Primária – Protocolo de Enfermagem
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/tuberculose-na-atencao-primaria-saude-protocolo-de-enfermagem>
4. Guia de Orientações para a Coleta do Escarro
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/guia-de-orientacoes-para-coleta-de-escarro>
5. Teste Rápido Molecular para Tuberculose
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/teste-rapido-molecular-para-tb>
6. Tudo que você precisa saber sobre a tuberculose – Álbum seriado da Tuberculose
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/tudo-que-voce-precisa-saber-sobre-tuberculose-album-seriado-da-tb>
7. Guia orientador para promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/guia-orientador-promocao-da-protECAo-social-para-pessoas-acometidas-pela-tuberculose>
8. Ferramenta Instrumentalizadora – Assistência do Enfermeiro à pessoa com Tuberculose na Atenção Primária
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/ferramenta-instrumentalizadora-assistencia-do-enfermeiro-pessoa-com-tuberculose-na-atencao>
9. Linha do cuidado da Tuberculose
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/linha-de-cuidado-da-tuberculose>
10. Registro do Sintomático Respiratório nos Serviços de Saúde
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/registro-de-sintomatico-respiratorio-no-servico-de-saude>
Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento
11. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/registro-de-pessoas-com-tuberculose-e-acompanhamento-do-tratamento>
12. Cartilha para Agentes Comunitários de Saúde
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/cartilha-para-agentes-comunitarios-de-saude-tuberculose>
13. Protocolo de Vigilância do Óbito com menção de Tuberculose nas Causas de Morte
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-para-vigilancia-do-obito-com-mencao-de-tuberculose-nas-causas-de-morte>
14. Manual de Técnicas para Aplicação e Leitura da Prova Tuberculínica.
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/prova-tuberculinica>
15. Ficha de Notificação dos Casos de Tuberculose – SINAN http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/Tuberculose_v5.pdf
16. Ficha de Notificação dos Casos de Tratamento da ILTB <https://www.saude.gov.br/files/sistemas/silt/FICHA-DE-NOTIFICACAO-DAS-PESSOAS-SILT-01-09-2021.pdf>

FLUXOGRAMA I. INSTRUMENTOS DE REGISTRO UTILIZADOS NA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE



Fonte: Brasil (2019).