

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

O Boletim de Acompanhamento de casos de TB resistente e situações especiais destina-se ao registro da evolução do tratamento do paciente (monitoramento clínico, bacteriológico, radiológico e terapêutico) até o encerramento do caso, assim como à gestão de medicamentos.

Recomenda-se que este boletim seja preenchido e enviado ao Centro de Referência Professor Hélio Fraga com uma periodicidade mínima de um mês e máxima de três meses.

- 1- **Nome do paciente:** registrar o nome completo do paciente em letra de forma, sem abreviaturas e incluindo os acentos, se for o caso. Conferir a informação do paciente com um documento de identidade, se disponível.
- 2- **Número do SITETB:** registrar o número do registro do caso no SITETB, que é gerado pelo próprio sistema após a validação do caso.
- 3- **Número do prontuário do paciente na Unidade de Saúde:** registrar o número do prontuário do paciente na Unidade de Saúde. Esse item não está presente na versão eletrônica.
- 4- **Mês de tratamento:** registrar o número correspondente ao mês de tratamento do paciente.
- 5- **Unidade de Saúde de referência:** registrar o nome da Unidade de Saúde de referência na qual o paciente está sendo tratado e acompanhado. Registrar o **município** e a **UF** da referida unidade.
- 6- **Alteração do endereço e telefone:** informar as alterações do endereço e/ou do telefone do paciente, se ocorreram durante o tratamento.
- 7- **Evolução clínica:** registrar uma das opções de resposta apresentadas, de acordo com as respectivas definições:
 - 1- **Favorável:** paciente apresentando ausência ou melhora progressiva dos sinais e sintomas em relação à consulta anterior;
 - 2- **Inalterada:** paciente que não apresentou mudança no quadro clínico em relação à consulta anterior;
 - 3- **Desfavorável:** paciente que apresenta piora do quadro clínico em relação à consulta anterior.
 - 4- **Falência:** paciente que preenche critério para falência (ver situação do caso – item 18) e mantém o mesmo esquema terapêutico que vinha sendo submetido.
- 8- **Peso atual:** aferir o peso do paciente e registrar o valor sem as casas decimais, arredondando-o para mais ou para menos, como por exemplo: 56,8 → 57 Kg.

- 9- **Baciloscopia:** se a baciloscopia não tiver sido realizada, marque essa opção. Se tiver sido realizada, selecionar o **resultado**, de acordo com as opções apresentadas. Informar também a **data da coleta** e a **data do resultado**.

Recomenda-se uma baciloscopia mensal de controle do tratamento.

- 10- **Cultura:** se a cultura não tiver sido realizada, marque essa opção. Se tiver sido realizada, selecionar o **resultado**, de acordo com as opções apresentadas. Informar também a **data da coleta**, a **data do resultado**, o **método** utilizado e o **laboratório** onde o exame foi feito.

Recomenda-se a realização de pelo menos uma cultura a cada três meses para o controle do tratamento, independentemente do resultado da baciloscopia.

- 11- **Biologia molecular:** registrar primeiramente se a espécie é: (1) M. tuberculosis; (2) micobactéria não tuberculosa; (3) negativa; ou (4) Não realizada. A seguir, registrar a **data da coleta** do material para exame, a **data do resultado** do exame, o **método**, e o **laboratório** que realizou o exame.

- 12- **Teste de sensibilidade (TS):** registrar o **resultado** do TS por cada medicamento, utilizando as siglas: **S:** sensível, **R:** resistente, **NR:** não realizado ou **C:** contaminado. A seguir, informar a **data do resultado** (dd/mm/aaaa), o **método** utilizado e o **laboratório** onde o exame foi realizado.

Não se recomenda a realização de TS de controle do tratamento, exceto quando caracterizada a falência do tratamento.

- 13- **Exame para HIV:** registrar o **resultado** da sorologia para HIV ou se o exame não foi realizado, de acordo com as opções apresentadas. A seguir, informar a **data do resultado**.

- 14- **Evolução radiológica:** primeiramente, registrar se foi ou não realizada a radiografia de tórax. Se a resposta for sim, informar a **apresentação radiológica**; seguido da evolução, de acordo com as opções apresentadas (sempre em relação à informação anterior). A seguir, informar a **data do resultado**.

Recomenda-se a realização de uma radiografia a cada três meses para o controle do tratamento.

- 15- **Efeitos adversos:** primeiramente, registrar se o paciente apresentou ou não algum efeito adverso ao esquema terapêutico no período ao qual o Boletim se refere.
Por exemplo: no primeiro Boletim de Acompanhamento (1º mês) não houve relato de efeito adverso, então, responder “nenhum”; no 2º mês de tratamento, o paciente apresentou alteração auditiva. No segundo Boletim de Acompanhamento, então, selecionar a alteração auditiva.

- 16- **Tratamento Supervisionado:** registrar se o tratamento está sendo feito de forma supervisionada. Se a resposta for sim, informar o local de supervisão do tratamento. (*)

(*) Considera-se tratamento supervisionado, a observação da tomada dos medicamentos, diariamente, de segunda a sexta-feira, por um profissional de saúde. No entanto se para o doente a opção de 3 vezes por semana for necessária, deve ser exaustivamente explicado ao doente a necessidade de tomada diária.

Para o Esquema Básico, considera-se que o tratamento foi supervisionado se foram observadas 24 tomadas na fase intensiva e 48 tomadas na fase de manutenção. Pode-se usar a regra de três para calcular o número mínimo de tomadas observadas para cada esquema padronizado, considerando-se o número de meses de ambas as fases do tratamento, para responder se o tratamento está sendo supervisionado ou não.

Exemplo:

O esquema padronizado selecionado para o paciente foi o nº 16 (polirresistência a RE), consideraremos que o tratamento foi supervisionado se forem observadas 36 tomadas na fase intensiva (3 meses) e 144 tomadas na fase de manutenção (12 meses).

17- Alteração no esquema terapêutico: registrar se houve alteração no esquema terapêutico em relação à informação anterior. Se a resposta for sim, informar a(s) alteração(ões), preenchendo o quadro com as informações referentes aos medicamentos que sofreram alguma alteração ou que foram introduzidos. Registrar a justificativa.

18- Situação do caso: registrar a situação do caso, conforme as opções de resposta descritas a seguir:

1- Em tratamento: refere-se ao paciente que se encontra em tratamento no momento desta consulta.

2- Cura: refere-se ao paciente completou 18 meses de tratamento e apresentou evolução clínica e radiológica favoráveis e três culturas negativas a partir do 12º mês de tratamento (12º, 15º e 18º).

Paciente com evolução clínica e radiológica favoráveis, e que apresenta cultura positiva no 12º mês de tratamento deve ter a fase de manutenção prolongada até completar 24 meses. Neste caso, considera-se também como curado o paciente que completou 24 meses de tratamento, e que apresentou quatro culturas negativas após o 12º mês (15º, 18º, 21º e 24º), sem sinais clínicos e radiológicos de doença em atividade.

3- Tratamento completo: refere-se ao paciente que completou o tempo estipulado para o tratamento, com evolução clínica e radiológica favoráveis, porém sem as culturas de acompanhamento realizadas (12º, 15º e 18º).

4- Abandono: refere-se ao paciente que não compareceu à consulta por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para o seu retorno ou, nos casos de tratamento supervisionado, 30 dias após a data da última tomada dos medicamentos.

5- Falência: refere-se ao paciente que apresente evolução clínica e radiológica compatíveis com doença em atividade, cultura positiva no 12º mês e mais duas culturas positivas com intervalo mínimo de 30 dias.

A falência poderá também ser considerada de acordo com a avaliação médica e a decisão de alterar o tratamento precocemente devido à piora clínica e radiológica.

6- Óbito por TB: refere-se ao paciente cujo óbito foi causado pela TB, ocorrido durante o tratamento.

7- Óbito por outra causa: refere-se ao paciente cujo óbito foi devido a causas diferentes da TB, ocorrido durante o tratamento.

8- Transferência para outro país: refere-se ao paciente que é transferido para outro país.

Paciente transferido para outra unidade de saúde deve manter a situação “em tratamento”. Informar a transferência, inclusive o nome da unidade que o receberá no campo “outras informações”.

9- **Mudança de esquema:** refere-se ao paciente cujo esquema terapêutico foi alterado por toxicidade ou intolerância a um ou mais medicamentos. Neste caso, o paciente deverá ser renotificado ao sistema com o novo esquema proposto. O caso será vinculado ao anterior e receberá o mesmo número com o dígito 2.

10- **TBDR:** refere-se ao paciente que apresentou TS com resultado de resistência a um ou mais medicamentos.

Se um caso de TBDR apresentar ampliação do número de resistências, que indique mudança de classificação, e, conseqüentemente, mudança de esquema terapêutico, o caso deverá ser encerrado como TBDR e renotificado.

11- **Mudança de diagnóstico:** refere-se ao paciente, em tratamento para TB, que teve a comprovação de outro diagnóstico, não sendo, portanto, TB.

12- **Outro:** refere-se ao paciente cuja situação do tratamento não se enquadre em alguma opção anterior, como por exemplo: abandono primário, tratamento interrompido por gravidez, cura após cirurgia torácica adjuvante nos casos falidos, etc. Informar o motivo no campo texto.

19- **Outras informações:** registrar qualquer informação que o profissional julgue relevante para o caso, e que não tenha sido registrada nos campos anteriores, inclusive resultados de outros exames complementares.

20- Registrar a **data da consulta atual**, a **data da próxima consulta**, o **profissional** que prestou as informações acima e a sua **função**.