

**INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO**

O Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB) destina-se à notificação dos seguintes casos:

- pacientes em tratamento para TB com indicação de Esquemas Especiais, decorrentes de efeitos adversos “maiores”;
- pacientes em falência terapêutica ao Esquema Básico;
- pacientes que apresentem qualquer resistência aos medicamentos anti-TB;
- casos novos de TB com indicação de Esquemas Especiais;
- pacientes portadores de micobacteriose não tuberculosa (MNT);
- e outras situações especiais.

O gerenciamento desse sistema é realizado pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Fiocruz, em parceria com o Projeto MSH (*Management Sciences for Health*).

- 1- **Classificação do caso:** selecionar se é um caso de TB (ver indicações acima); TB resistente (qualquer tipo de resistência); ou MNT.
- 2- **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.
- 3- **Sexo:** registrar o sexo do paciente de acordo com as opções apresentadas.
- 4- **Data de nascimento:** registrar a data de nascimento do paciente (dd/mm/aaaa). Conferir a informação do paciente com um documento de identidade, se disponível.
- 5- **Idade:** registrar a idade do paciente em anos completos. Caso esta ficha seja preenchida diretamente no SITETB, este campo não será exibido, pois a idade será atribuída automaticamente de acordo com a data de nascimento registrada.
- 6- **Nacionalidade:** registrar a nacionalidade do paciente. Se for estrangeira, registrar o nome do país em letra de forma.
- 7- **Número do SINAN:** registrar o número do SINAN referente ao último tratamento anterior para TB realizado por este paciente.
- 8- **Número prontuário na Unidade de Saúde:** registrar o número do prontuário do paciente na Unidade de Saúde. Esse item não está presente na versão eletrônica.
- 9- **Número do cartão SUS:** registrar o número do Cartão SUS do paciente.
- 10- **Nome da mãe:** registrar o nome completo da mãe 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.

- 11- **Endereço:** registrar o nome completo, em letra de forma e sem abreviaturas, da rua, avenida, estrada, rodovia, travessa, beco, ladeira ou caminho onde vive o paciente, assim como todos os itens relacionados a este (nº, complemento, CEP, bairro, município\* e UF\*). Conferir a informação do paciente com um comprovante de residência, se disponível.
- 12- **Telefones:** registrar os números completos do telefone fixo e do celular, incluindo o código da cidade (DDD), para contato com o paciente, podendo ser próprios ou de terceiros, para facilitar contatos.
- 13- **Unidade de Saúde de origem:** registrar o nome da Unidade de Saúde que acompanhou o paciente até a ocorrência do evento que motivou a referência do paciente e a indicação de notificação no SITETB. Registrar o município e a UF da referida unidade.
- 14- **Unidade de Notificação:** registrar o nome da Unidade de Saúde de referência para a qual o paciente foi encaminhado, e que iniciará o tratamento e o acompanhamento do mesmo. Esta Unidade de Saúde poderá ser a mesma registrada no campo anterior. Registrar o município e a UF da referida unidade.
- 15- **Data da notificação:** registrar a data (dd/mm/aaaa) da notificação do caso (referente ao tratamento atual).
- 16- **Tipo de paciente:** selecionar o tipo de entrada do paciente no sistema, relacionado ao seu passado de tratamento(s) para TB ou TBDR ou MNT. Esse campo deverá estar relacionado à classificação do paciente (item 1). Se a seleção for “mudança de esquema” selecionar o motivo, conforme as opções apresentadas.
- 17- **Tipo de resistência:** selecionar o tipo de resistência, de acordo com o resultado do teste de sensibilidade. Esse campo somente se aplica aos casos de TBDR. Esse item não aparece na versão eletrônica para os casos de TB e MNT.
- 18- **Tipo de micobactéria não tuberculosa (MNT):** registrar o nome completo da micobactéria identificada. Na versão eletrônica, esse item somente aparece para os casos cuja classificação for MNT.
- 19- **Forma clínica:** selecionar a forma clínica principal da doença. Para as formas pulmonares, selecionar o padrão radiológico, de acordo com as opções apresentadas. Para a forma extrapulmonar, selecionar o local da doença. Se a seleção for “ambos”, selecionar a apresentação radiológica da forma pulmonar e o(s) local(is) de manifestação da doença, para a forma extrapulmonar.
- 20- **Peso:** 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.
- 21- **Altura:** medir a altura do paciente e registrar o valor em centímetros, como por exemplo: 1 metro e setenta, registrar 170 cm.

A medida da envergadura (a maior distância medida entre as pontas dos dedos médios de cada mão) poderá ser utilizada se o paciente tiver dificuldade de ficar de pé na balança para ser medido.

- 22- **Tratamento atual:** primeiramente, registrar a **data do início do tratamento** (dd/mm/aaaa). A seguir, informar se o **tratamento é supervisionado (\*)**. Se a resposta for sim, registrar o nome do local de supervisão.

Selecionar se o esquema é **padronizado** (1) ou **individualizado** (2). Se for padronizado, selecionar o esquema, de acordo com as opções apresentadas. Essas opções estão previstas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (MS/2010). Se o esquema for individualizado, registrar o nome do medicamento, a dosagem, dose unitária, frequência semanal e tempo total de uso (podendo englobar as fases intensiva e de manutenção).

(\*) 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).

- 23- **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**.
- 24- **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.
- 25- **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.
- 26- **Teste de sensibilidade (TS):** se o TS não tiver sido feito, marque essa opção. Se tiver sido realizado, 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**, o **método** utilizado e o **laboratório** onde o exame foi realizado.
- 27- **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**.

28- **Tratamentos anteriores para tuberculose:** este campo e os itens correspondentes somente serão preenchidos se o paciente informar tratamentos anteriores para TB. Se foi o primeiro episódio de TB, registrar: 0. Se o paciente informar tratamento(s) anterior(es), informar o **número** e preencher os itens subsequentes. Cada linha corresponde a um tratamento anterior.

Informe o **mês**, o **ano**, os **medicamentos utilizados** (com um X), e o **resultado do tratamento**, de acordo com as opções apresentadas.

29- **Origem da resistência:** registrar 1, 2 ou 3 de acordo com as seguintes definições:

- 1- **Primária:** se o paciente for caso novo de TB (sem tratamento anterior); se o paciente, caso novo de TB, em tratamento com Esquema Básico em regime supervisionado, evolui para falência e posterior diagnóstico de TB resistente; ou se o paciente, caso novo de TB, em tratamento com Esquema Básico, contato ou não de caso TBMR, que foi submetido à cultura e teste de sensibilidade no início do tratamento, com posterior diagnóstico de TB resistente.
- 2- **Adquirida:** se o paciente informar tratamentos anteriores para TB, excetuando-se as situações descritas no item anterior.
- 3- **Não se aplica:** quando o caso for notificado por indicações não relacionadas à resistência.

30- **Raça/cor:** perguntar ao paciente qual a sua cor ou etnia e registrar a informação declarada de acordo com as opções apresentadas.

31- **Gestante:** perguntar à paciente do **sexo feminino** se a mesma encontra-se grávida. Se a resposta for sim, perguntar qual a idade gestacional. Registrar as respostas de acordo com as opções apresentadas.

Se o paciente for do sexo masculino, registrar a opção 7- NA (não se aplica).

Na versão eletrônica, esse campo não aparece se o sexo masculino for selecionado.

32- **Ocupação/situação:** perguntar sobre a atividade de trabalho realizada pelo paciente ou a sua situação, no momento, e registrar de acordo com as opções abaixo:

**1- Profissional de saúde:** refere-se ao profissional que exerce qualquer atividade em unidades de saúde (posto de saúde, centro de saúde, clínica ou hospital).

**2- Profissional do sistema penitenciário:** refere-se ao profissional que exerce qualquer atividade em presídios, casas de detenção e outros tipos de instituições penais.

**3- Profissional de asilo / abrigo / albergue:** refere-se ao profissional que exerce qualquer atividade nesses locais.

**4- Outros profissionais autônomos / assalariados:** refere-se a qualquer profissional que não esteja incluído nos itens anteriores e que tenha sua própria autonomia e/ou um contrato formal de trabalho.

**5- Profissional do sexo:** refere-se a qualquer pessoa que mantém seu sustento por meio da prática de atividade sexual.

**6- Ambulante:** refere-se a qualquer pessoa que trabalhe na atividade de camelô, feirante, caixeiro viajante, bóia fria, etc, sem um contrato formal de trabalho.

**7- População privada de liberdade:** refere-se a qualquer pessoa que encontra-se, no momento, cumprindo pena em presídios, casas de detenção e outros tipos de instituições penais.

**8- Aposentado(a):** refere-se a pessoa que informa estar aposentado(a) e que, no momento, não exerce nenhuma atividade de trabalho com geração de renda.

**9- Dona de casa:** refere-se a pessoa que trabalha cuidando da própria casa e não exerce nenhuma atividade de trabalho com geração de renda.

**10- Desempregado(a):** refere-se a pessoa que, no momento, não exerce nenhuma atividade de trabalho com geração de renda.

**11- Estudante:** refere-se a pessoa cuja ocupação principal seja estudante, sem exercer atividades profissionais, formalizadas ou não.

**12- População em situação de rua:** refere-se a pessoa que não possui residência fixa, vivendo nas ruas.

**13- Outra:** refere-se a pessoas que exerçam qualquer outra atividade de trabalho ou que esteja em qualquer outra situação não correspondentes às opções anteriores.

33- **Escolaridade:** perguntar ao paciente qual a sua escolaridade (anos de estudo) e registrar a informação declarada de acordo com as opções apresentadas.

34- **Comorbidades:** perguntar ao paciente se apresenta uma ou mais das comorbidades relacionadas ou outras, e registrar a informação de acordo com as opções apresentadas.

35- **Local do provável contágio:** perguntar ao paciente o provável ambiente onde possa ter ocorrido o contágio em relação ao quadro atual de TB, de acordo com as opções apresentadas.

36- **Dados da consulta atual:** registrar a **data da consulta atual**, a **data da próxima consulta**, **observações** relevantes para o entendimento do caso (que não tenha sido informada anteriormente), o **profissional** que prestou as informações acima e a sua **função**.