

MELHORES PRÁTICAS PARA O CUIDADO DE DOENTES COM TB

Um guia para países
de baixos rendimentos

2007

União Internacional Contra a Tuberculose e a Doença Pulmonar
(*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*)

MELHORES PRÁTICAS PARA O CUIDADO DE DOENTES COM TB

Um guia para países
de baixos rendimentos

2007

Gini Williams, Edith Alarcon, Sirinapha Jittimane,
Mariam Walusimbi, Maruschka Sebek, Evita
Berga, Tereza Scatena Villa

União Internacional Contra a Tuberculose e a Doença Pulmonar
(*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*)
68 boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, França

Esta publicação foi possível graças à Coligação para Assistência Técnica na Tuberculose (Tuberculosis COalition for Technical Assistance – TBCTA), utilizando fundos da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development) ao abrigo dos termos da decisão HRN-a-00-00-00018-00. As opiniões aqui expressas são as do(s) autor(es) e não reflectem necessariamente a visão da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional.



Editor:

União Internacional Contra a Tuberculose e a Doença Pulmonar (A União)
(*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease – The Union*)
68 boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, França

Autores:

Comissão de Redacção

Gini Williams, The Union

Edith Alarcon, The Union

Sirinapha Jittimane, Ministério da Saúde Pública, Tailândia

Mariam Walusimbi, Ministério da Saúde, Uganda

Maruschka Sebek, KNCV, Holanda

Evita Berga, Agência Estadual para a Tuberculose e Doenças Pulmonares, Letónia

Tereza Scatena Villa, Universidade de São Paulo, Brasil

Contributos

Durante o desenvolvimento deste guia, recebemos contributos inestimáveis dos seguintes agentes:

- Grupo de trabalho de gestão de casos da secção de enfermagem e profissionais aliados (The Case Management Working Group of the Nursing and Allied Professionals Section), União Internacional Contra a Tuberculose e a Doença Pulmonar (The Union)
- Enfermeiros a cuidar de doentes com tuberculose em Kampala, Uganda
- Enfermeiros a cuidar de doentes com tuberculose em Lagos, Nigéria
- Unidade de Saúde Pública e Cuidados Primários (The Public Health and Primary Care Unit), St Bartholomew School of Nursing and Midwifery, City University, Londres, Reino Unido
- Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses*, ICN)
- Indivíduos, incluindo Liz Rose, Sheldon Allen e Chantelle Allen

© International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union)

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida sem a autorização dos autores e dos editores.

ISBN: 2-914365-28-4

ÍNDICE

I	INTRODUÇÃO.....	1
II.	IMPLEMENTAÇÃO DAS MELHORES PRÁTICAS: COMO UTILIZAR ESTE GUIA	5
	1. Estabelecimento de normas.....	5
	2. Auditoria clínica	7
	3 Avaliação dos cuidados prestados a pessoas afectadas por TB.....	9
III.	IDENTIFICAR UM CASO DE TB ACTIVA.....	11
	1. Norma: Avaliação de um doente que pode ter TB.....	11
	2. Norma: Colheita de expectoração para diagnóstico	15
IV.	INICIAR O TRATAMENTO: CUIDAR DOS DOENTES, DAS FAMÍLIAS E DOS CONTACTOS PRÓXIMOS	20
	1. Norma: Registo e cuidado de doentes recém-diagnosticados com TB	21
	2. Norma: Iniciar o tratamento – fazer os preparativos para o tratamento directamente observado na fase intensiva.....	30
	3 Norma: Localização de contactos e investigação	34
V.	CUIDADO DURANTE A FASE INTENSIVA: PROMOÇÃO DA ADESÃO.....	38
	1. Norma: Cuidado e monitorização dos doentes.....	38
	2. Norma: Localização de doentes que não aparecem para as consultas (doentes atrasados)	45
VI.	CUIDADO DURANTE A FASE DE CONTINUAÇÃO	51
	1. Norma: Avaliação do doente durante a transição da fase intensiva para a fase de continuação.....	51
	2. Norma: Gestão de casos durante a fase de continuação.....	54
	3. Norma: Gestão da transferência.....	57
VII.	TESTE AO VIH E CUIDADO DO DOENTE CO-INFECTADO COM TB E VIH.....	60
	1. Norma: Teste ao VIH.....	60
	2. Norma: Cuidado do doente co-infectado com TB e HIV	66
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
	LEITURA ADICIONAL.....	73

ANEXOS

Anexo I: Instrumento de implementação.....	74
Anexo 2: Características clínicas indicadoras de co-infecção pelo VIH em doentes TB	76
Anexo 3: Exemplo de textos para aconselhamento pré- e pós-teste	77

Abreviaturas

AFB	– Bacilos ácido resistentes (<i>acid-fast bacilli</i>)
SIDA	– Síndrome de imunodeficiência humana
TAR	– Tratamento anti-retroviral
UBG	– Unidade básica de gestão
CDC	– Centros para o controlo e prevenção de doenças (Centers for Disease Control and Prevention), EUA
DOT/TOD	– tratamento observado directamente (<i>directly observed treatment</i>)
DOTS	– Estratégia de controlo da TB recomendada pela OMS
HIV/VIH	– vírus de imunodeficiência humana (<i>human immunodeficiency virus, HIV</i>)
IMAI	– Gestão integrada da doença no adolescente e no adulto (<i>Integrated Management of Adolescent and Adult Illness</i>)
KNCV	– Real Fundação para a Tuberculose na Holanda
PNLS	– Programa nacional de luta contra a SIDA
PNLCT	– Programa nacional de luta contra a tuberculose
TB	– Tuberculose
A União / The Union	– União Internacional Contra a Tuberculose e a Doença Pulmonar (<i>International Union Against Tuberculosis and Lung Disease</i>)
WHO/OMS	– Organização Mundial de Saúde (<i>World Health Organization</i>)

I. INTRODUÇÃO

Este guia foi desenvolvido para profissionais que trabalham em países de baixos rendimentos e que estão envolvidos na detecção e cuidado de doentes com TB em serviços de cuidados de saúde primários, comunitários e agudos (hospital). Procura melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, melhorar os resultados dos programas de controlo da TB. É apresentada orientação detalhada relativamente às boas práticas para a gestão de pessoas que se apresentam nos serviços de saúde com sintomas indicadores e para os cuidados continuados de doentes com doença activa.

Esta orientação baseia-se nas boas práticas existentes e foi desenvolvida em colaboração com enfermeiros que trabalham em serviços muito variados. Representa o ponto de vista do pessoal técnico da União e da rede de Enfermeiros e Profissionais de Saúde Aliados dentre os membros da União. As melhores práticas são apresentadas numa série de normas que são adaptáveis aos serviços locais em países de baixos rendimentos e que incentivam a avaliação através do uso de resultados mensuráveis. Cada norma corresponde a um ponto significativo no diagnóstico e tratamento de um doente com TB, com base na estratégia de gestão da TB recomendada pela União e nos regimes de tratamento recomendados pela OMS^{2,3}. Ao longo deste guia, os leitores serão orientados para informações pertinentes publicadas no “Guia Laranja” da União, intitulado *Gestão da Tuberculose: um Guia para Países de Baixos rendimentos*, e outros materiais de referência essenciais.

A estratégia de gestão da TB, que foi desenvolvida pela União e adoptada oficialmente pela OMS como sendo a estratégia DOTS (Quadro I.1), apresenta uma forma eficaz de implementar e avaliar uma série de intervenções clínicas e organizacionais dirigidas ao controlo da TB. Os recursos utilizados durante o planeamento, implementação e revisão tendem a centrar-se nestas intervenções sem dar resposta explicitamente a componentes-chave do cuidado prestado aos doentes. Isto pode dever-se ao facto de que o cuidado dos doentes, enquanto conceito, é difícil de descrever em termos específicos ou práticos. Em

resultado, os cuidados oferecidos aos doentes variam em qualidade, tanto dentro do mesmo país como entre países, uma vez que dependem das atitudes, aptidões e competência dos profissionais de saúde a nível individual. Esta é uma questão que irá provavelmente receber atenção crescente, agora que a OMS está a recomendar a expansão da estratégia para ter em consideração as dificuldades que muitos doentes, sobretudo os mais pobres, enfrentam no acesso a cuidados de qualidade para a TB⁴.

Tabela I.1 A estratégia DOTS

A estratégia DOTS baseia-se em cinco elementos-chave:

1. **Compromisso político sustentado** para aumentar os recursos humanos e financeiros e fazer do controlo da TB uma prioridade a nível do país, integral para o sistema de saúde nacional
2. **Acesso a microscopia de esfregaço de espectoração com controlo de qualidade** para a detecção de casos em pessoas que se apresentam com sintomas de TB, ou se verifica, através do rastreio, apresentarem sintomas de TB (e, mais importante, com tosse prolongada)
3. **Quimioterapia padronizada de série curta** para todos os casos de TB com condições adequadas para a gestão de casos, incluindo a **observação directa do tratamento**
4. **Um fornecimento ininterrupto de medicamentos de qualidade garantida**
5. **Um sistema de registo e notificação que permita a avaliação de resultados** de todos os doentes e a avaliação do desempenho global do programa

Este guia pretende utilizar um sistema reconhecido de garantia de qualidade, ou seja, o estabelecimento de normas com base na evidência disponível e nas boas práticas existentes, de modo a oferecer uma orientação mais definitiva no que respeita ao cuidado dos doentes no contexto da estratégia DOTS em países de baixos rendimentos. **Baseia-se largamente na evidência recolhida no campo por peritos e foi desenvolvido em parceria com o tipo de prestadores de cuidados de saúde que irão utilizar o guia na prática.** Os profissionais que trabalham em áreas com melhores recursos poderão pretender desenvolver

normas adicionais para cobrir as instalações mais alargadas de diagnóstico e tratamento à sua disposição.

O processo de melhoria da qualidade dos cuidados através da definição de normas e auditoria clínica encontra-se descrito no Capítulo II, onde também é oferecida orientação relativamente à forma de implementar as melhores práticas no terreno. O passo seguinte consiste em testar as normas na prática, utilizando as medidas de avaliação incorporadas. Essencialmente, este guia destina-se a ser utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência para o cuidado das pessoas afectadas pela TB.

Uma nota importante relativamente à terminologia:

Devido à diversidade de termos utilizados para descrever os vários estabelecimentos de cuidados de saúde em diferentes partes do mundo, este guia utilizará os termos internacionalmente acordados, publicados pela OMS⁵, apresentados na Tabela I.2.

Tabela I.2 Definições para as unidades de diagnóstico, tratamento e gestão de TB⁵

Os seguintes termos são utilizados ao longo deste documento para se referir a pontos de diagnóstico, tratamento e/ou gestão da TB. Existem instalações de tratamento de TB e unidades de microscopia para TB em estabelecimentos gerais de cuidados de saúde integrados no caso das Unidades Básicas de Gestão (UBGs). Não se trata de instalações ou unidades de TB isoladas ou verticais, mas foi-lhes atribuído um nome específico para ajudar a descrever a respectiva natureza e função em termos de programas de controlo da TB.

Unidade básica de gestão*

Uma UBG é definida em termos das responsabilidades de gestão, supervisão e monitorização. Uma unidade para o controlo da TB pode ter várias instalações de tratamento, um ou mais laboratórios e um ou mais hospitais. O aspecto que as define é a presença de um gestor ou coordenador (neste documento, esta pessoa é designada como Coordenador da Unidade) que supervisiona as actividades de controlo da TB para essa unidade e mantém um registo principal de todos os doentes TB a serem tratados, que é utilizado para monitorizar o programa e fazer relatórios de indicadores para os níveis mais elevados. Tipicamente, as unidades correspondem à segunda divisão administrativa subnacional do governo, que pode ser designada, por exemplo, como um “distrito”, “condado” ou “região”. O programa de controlo da TB pode escolher agrupar ou separar estas divisões para formar unidades operacionais que sejam viáveis (em termos da população servida, área geográfica coberta e serviços laboratoriais disponíveis). É internacionalmente recomendado que uma UBG cubra uma população entre 50.000 e 50.000, ou de até 300.000 pessoas no caso de cidades de grandes dimensões.

Uma UBG está a implementar a estratégia DOTS quando todos os componentes da abordagem recomendada internacionalmente para o controlo da TB estão a ser utilizados. Estes incluem: o

* Referida como a “unidade de gestão” no Guia Laranja¹

Tabela I.2 (continuação)

compromisso político; fornecimento ininterrupto de fármacos; uso de microscopia de esfregaços no diagnóstico de casos de TB; regimes de tratamento padronizado de série curta; observação directa do tratamento, pelo menos durante a fase inicial do tratamento e durante qualquer fase que inclua rifampicina no regime de tratamento; e monitorização dos resultados de tratamento para 100% dos doentes com TB.

Instalações para tratamento da TB

As instalações para tratamento da TB definem-se como instalações que facultam regimes de tratamento padronizados de série curta para os doentes com TB. As instalações de tratamento DOTS incluem todos os componentes da abordagem internacionalmente recomendada para o controlo da TB, incluindo: regimes de tratamento padronizado de série curta; observação directa do tratamento, pelo menos durante a fase inicial do tratamento e durante qualquer fase que inclua rifampicina no regime de tratamento; e monitorização dos resultados de tratamento para 100% dos doentes com TB.

Unidade de microscopia TB

Uma unidade de microscopia TB (UMT) define-se como sendo uma unidade onde é realizada a microscopia de esfregaço da expectoração. Esta unidade deve ter materiais adequados e pessoal treinado na realização das funções adequadas para o diagnóstico. É recomendado a nível internacional que uma UMT cubra uma população entre 50.000 e 150.000. Na maioria dos serviços, isto resulta em cargas laborais dentro do intervalo recomendado de 2 a 20 esfregaços por dia.

II. IMPLEMENTAÇÃO DAS MELHORES PRÁTICAS: COMO UTILIZAR ESTE GUIA

Este guia destina-se a ser utilizado como um instrumento para o desenvolvimento da prática, educação e investigação, que irá por sua vez levar ao desenvolvimento de prática baseada na evidência relacionada com o cuidado de doentes com TB. A finalidade consiste em melhorar a qualidade dos cuidados através de um sistema de estabelecimento de normas e auditoria clínica.

1. Estabelecimento de normas

No contexto da enfermagem, é útil estabelecer normas para as melhores práticas, de forma a clarificar o que se pretende atingir no que respeita aos cuidados prestados aos doentes e aos que lhe são próximos. O estabelecimento de normas proporciona a oportunidade de planear os cuidados dos doentes com base na informação disponível (incluindo a investigação e as linhas de orientação), o ambiente local e os recursos disponíveis. Oferece ainda uma forma objectiva de verificar se atingimos ou não aquilo a que nos propomos, através da definição de resultados mensuráveis.

É essencial que sejam definidos “níveis de excelência” a nível local e pretende-se que estas normas sejam utilizadas como uma orientação e sejam também adaptadas ao contexto local. É essencial alimentar uma sensação de propriedade e promover a credibilidade profissional⁶. As normas descritas neste guia destinam-se a ser adaptáveis a países de baixos rendimentos, mas podem utilizar-se os mesmos princípios para desenvolver normas adicionais para reflectir serviços mais extensos oferecidos em locais onde há recursos disponíveis para oferecer uma gama mais vasta de opções de diagnóstico e tratamento.

A abordagem Marsden para o estabelecimento de normas⁶, que é utilizada neste guia, proporciona um quadro de referência que consiste na definição da norma, fundamentação, recursos, prática profissional e resultados (Tabela II.1). Isto, por sua vez, permite que as normas se baseiem na evidência disponível, ao mesmo tempo que são apropriadas para o ambiente local.

1.1 Desenvolvimento de normas para as melhores práticas no campo do cuidado da TB

As normas descritas neste guia baseiam-se nas melhores práticas em áreas de elevada prevalência de TB. Foram desenvolvidas em colaboração com enfermeiros experientes, que estão envolvidos no cuidado de doentes com TB e na coordenação de medidas de controlo da TB no terreno. A finalidade consiste em facultar uma orientação realista para as pessoas envolvidas na prestação de cuidados a doentes que sofrem de TB em países de baixos rendimentos e em outros contextos com poucos recursos.

Tabela II.1 Quadro de referência para o estabelecimento de normas⁶

Componente	Definição
Definição da norma	Uma definição clara e concisa, que descreve o nível de cuidados a ser atingido para doentes com um problema ou necessidade definidos.
Fundamentação	Suporte necessário, com base na evidência disponível, relativamente ao problema em questão e ao nível de cuidados a ser atingido.
Recursos	<p>O que é necessário para cumprir o nível de cuidados definido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas <ul style="list-style-type: none"> – conhecimentos e aptidões necessários pelos profissionais de saúde – disponibilidade de formação e educação pertinentes – membros necessários para a equipa multidisciplinar – papel e função da gestão relativamente ao cumprimento dos requisitos. • Equipamento <ul style="list-style-type: none"> – disponibilidade dos materiais especializados e não especializados necessários – disponibilidade de materiais para os doentes por escrito – políticas e procedimentos disponíveis para o pessoal. • Ambiente <ul style="list-style-type: none"> – ambiente dos doentes (por ex. privacidade, possibilidade de isolamento, etc.) – ambiente do pessoal (por ex. espaço para trabalho clínico e administrativo; armazenamento, etc.)

Tabela II. (continuação)

Componente	Definição
Prática profissional	<p>Elementos críticos da apreciação, planeamento, implementação e avaliação.</p> <p>Apontar aspectos específicos da prática profissional, pertinentes para o problema/necessidade do doente.</p> <p>Sugestões relativamente à identificação de problemas e encaminhamento para os prestadores de cuidados apropriados.</p> <p>Documentação necessária em termos dos registos dos doentes e para fins de avaliação.</p>
Resultado	<p>Resultados esperados da intervenção planeada, que podem ser avaliados através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • satisfação do doente • satisfação do pessoal • evidência de documentação.

Os enfermeiros são frequentemente o ponto focal designado ou o Coordenador da Unidade para os programas de controlo da TB e, como tal, estão envolvidos noutras actividades, como a gestão de materiais, preparação de relatórios trimestrais e promoção da saúde. Ainda que haja orientação disponível noutras fontes acerca destes temas, os cuidados centrados no doente, no enquadramento da estratégia DOTS, não foram ainda claramente definidos. Dá-se particular atenção à necessidade de documentação exacta, que é tão essencial para os bons cuidados prestados ao doente como para a gestão de desempenho através da elaboração de relatórios trimestrais. Cada norma tem um resultado mensurável que deve ser especificado para o serviço local e ser alvo de auditoria regular para efeitos de garantia de qualidade.

2. Auditoria clínica

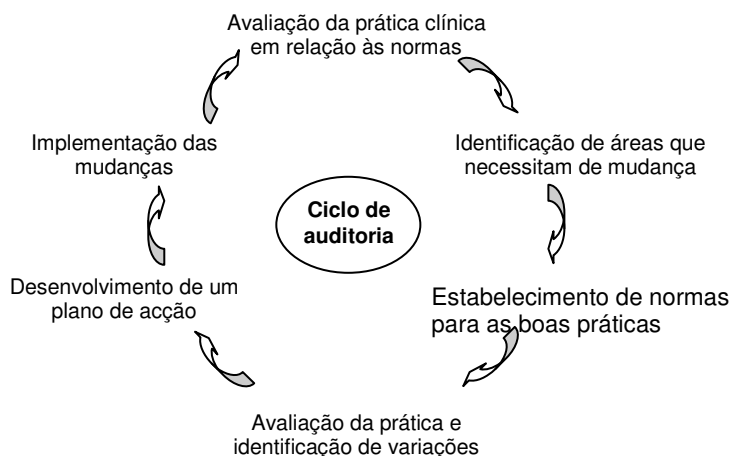
O primeiro passo para a melhoria da qualidade global dos cuidados prestados aos doentes consiste em olhar para os pontos fracos e pontos fortes do serviço existente. A auditoria clínica fornece uma abordagem sistemática à avaliação da prática actual relativamente a normas acordadas e à realização de mudanças com um processo incorporado de avaliação. Os profissionais de saúde que utilizam este guia irão descobrir que grande parte da sua prática reflecte aquilo que é descrito nas normas. A ideia consiste em identificar áreas que possam ser melhoradas e perguntar:

- Quais são as prioridades para a melhoria?
- Quais as prioridades que apresentam a melhor possibilidade para o desenvolvimento da prática nas circunstâncias actuais, por ex. qual a capacidade existente para a mudança?
- Qual a motivação existente para fazer uma mudança?

2.1 Componentes chave do processo de auditoria clínica

Os componentes chave do processo de auditoria clínica são: o estabelecimento de normas baseadas na evidência; apreciação da prática actual relativamente a estas normas; identificação das carências; desenvolvimento da prática para das resposta a estas carências; e avaliação das mudanças efectuadas relativamente às normas estabelecidas (Figura II.1). Este processo é encarado como sendo um processo cíclico para salientar o facto de que o desenvolvimento da prática é um processo dinâmico e o progresso necessita de ser constantemente reavaliado.

Figura II.1 Ciclo de auditoria⁷



É importante apreciar os pontos fortes de um serviço e utilizar estes como base para motivar o pessoal e apoiar pequenas mudanças que têm probabilidade de apresentar melhorias num curto período de tempo. Esta é a melhor forma de conseguir uma mudança bem sucedida no caso presente e dar ao pessoal a confiança e entusiasmo necessários para olhar para outras áreas que necessitam de ser melhoradas. O insucesso é mais provável se as expectativas forem irrealistas ou se o desafio for demasiado grande; além disso, o insucesso pode levar a fraca motivação e desmoralização.

A escala da tarefa irá depender de uma liderança forte, apoio local, capacidade e motivação do pessoal. As normas definidas neste guia oferecem uma base para o estabelecimento de normas locais para o cuidado de doentes com TB. Antes de iniciar a implementação de qualquer das normas, é necessário identificar quais os elementos que necessitam de ser adaptados, de modo a que a norma em questão seja pertinente e compreensível no contexto local (por ex. garantir que a terminologia reflecte os termos que são normalmente utilizados). Um instrumento de implementação baseado no ciclo de auditoria clínica foi colocado no formato de tabela, que pode encontrar-se no Anexo 1: Instrumento de implementação.

2.2 Formação e desenvolvimento da prática

A formação irá inevitavelmente constituir uma parte importante deste processo se forem identificadas lacunas nos conhecimentos e aptidões essenciais. A abordagem holística ao desenvolvimento da prática, contudo, observa ao ambiente da prática e os recursos disponíveis, bem como as necessidades de formação. Parte-se frequentemente do princípio de que um evento de formação irá mudar a prática, sem que seja prestada qualquer consideração real à situação dos formandos ou a obstáculos que possam encontrar-se ao tentar implementar as práticas recomendadas.

A educação participativa, incluindo trabalho e discussões de grupo, com seguimentos regulares, pode ser mais eficaz do que uma abordagem tradicional em sala de aula, que se concentra simplesmente na divulgação de informação. Os profissionais de saúde que cuidam de doentes com TB saberão que dizer simplesmente a um doente como tomar a medicação, sem ter em consideração quaisquer obstáculos que os doentes possam encontrar para o fazer e sem oferecer qualquer apoio, irá levar frequentemente a uma fraca adesão. É igualmente difícil para os profissionais de saúde alterarem a sua prática sem terem em consideração as condições em que têm de trabalhar.

2.3 Prática baseada na evidência

O processo de efectuar uma apreciação inicial, planear as alterações, implementar essas alterações e realizar uma avaliação pode ser abordado como um projecto piloto e redigido sob a forma de um artigo de investigação. Por sua vez, isto irá começar a informar a prática baseada na evidência (PBE) e incentivar outros a utilizarem processos semelhantes.

3. Avaliação dos cuidados prestados a pessoas afectadas por TB

A avaliação pode muitas vezes constituir um desafio, sobretudo se o resultado for diferente do previsto, mas é vital que seja efectuada de modo a verificar o que funciona e o que não funciona, bem como a identificar possíveis problemas aos quais seja necessário dar resposta. Por vezes, um resultado imprevisto

pode conduzir a uma intervenção ou a um serviço mais fortes do que o esperado inicialmente. Pode ser tentador introduzir uma determinada intervenção sem planear avaliá-la, por haver uma boa evidência em como foi eficaz noutra local. O problema com isto é que o processo de desenvolver boas práticas através do estabelecimento de normas é específico do contexto e a intervenção pode necessitar de ser alterada para se tornar eficaz num serviço diferente.

No controlo da TB, os enfermeiros recolhem dados de forma rotineira, relativamente à descoberta de casos e aos resultados do tratamento, o que pode ser útil na avaliação de várias práticas diferentes, como por exemplo:

- A análise trimestral de coortes fornece um feedback regular acerca do desempenho global do programa e pode evidenciar problemas no que respeita às taxas de conversão da expectoração, não cumprimento, etc. O Coordenador da Unidade, responsável por realizar a análise, pode apresentar os dados dos resultados aos profissionais de saúde pertinentes, de modo a proporcionar uma imagem mais clara acerca do que está a acontecer a nível local, incluindo sinais dos pontos fortes e pontos fracos do serviço.
- Os registos laboratoriais comparados com os registos de TB podem avaliar quantos casos de expectoração positiva iniciaram realmente o tratamento e em que período temporal.
- O tratamento dos dados de resultados pode evidenciar as taxas de monitorização de não cumprimento, insucesso ou morte.
- Os cartões de registo dos doentes podem mostrar os padrões de adesão ao tratamento.

Basicamente, se um problema é identificado, pode ser implementada uma mudança na prática e o respectivo impacto pode ser medido utilizando os mesmos dados, bem como considerando outros meios de avaliação, como a experiência do doente, reacção do pessoal, etc., dependendo de quem está envolvido na mudança.

III. IDENTIFICAR UM CASO DE TB ACTIVA*

A fase de diagnóstico é crítica para a descoberta eficaz de casos. Quando um indivíduo com sintomas chega a um estabelecimento de cuidados de saúde, já se apercebeu de que algo não está bem e decidiu procurar ajuda. Se essa pessoa receber conselhos confusos e não for bem tratada, poderá nunca regressar nem seguir quaisquer instruções que lhe sejam dadas. As duas normas desta secção concentram-se na obtenção de um diagnóstico exacto, ao mesmo tempo que se mantém a cooperação do doente.

1. Norma: avaliação de um doente que pode ter TB

1.1 Definição da norma

Desenvolve-se uma boa relação com o doente enquanto os sintomas, sinais e factores de risco consistentes com TB são avaliados e investigados adequadamente.

1.2 Fundamentação

1.2.1 A importância do diagnóstico precoce

Uma das principais formas de controlar a TB consiste em identificar e tratar a doença nas suas fases iniciais. Tal previne a propagação da TB, uma vez que, quanto mais cedo uma pessoa for diagnosticada e iniciar o tratamento, mais curto será o tempo em que permanece infecciosa. Também beneficia o doente fisicamente, porque as lesões dos órgãos irão aumentar proporcionalmente ao tempo em que a doença permanecer não tratada.

1.2.2 Identificar um caso suspeito para investigação adicional[†]

Recomenda-se que a expectoração de todos os doentes que

* Guia Laranja, Capítulo II.B.1 & 2

[†] Guia Laranja, Capítulos II e VI, Anexo¹

tenham tosse há 2-3 semanas ou mais seja enviada para análise AFB do esfregaço, uma vez que a tosse crónica é o sintoma mais frequente de TB⁹. Outros sintomas incluem falta de ar, dor torácica, perda de apetite, perda de peso, mal-estar, fadiga, suores nocturnos e febre. Estes sintomas são ainda mais indicadores de TB se o doente tiver estado em contacto com alguém que se saiba ter a doença. Garantir que os profissionais de saúde têm um nível de consciencialização adequado acerca dos sintomas da TB irá prevenir que haja casos que passem despercebidos. Deve ter-se um cuidado especial ao examinar crianças, uma vez que os sintomas variam e estas muito raramente produzem expectoração, o que significa que são mais difíceis de diagnosticar[‡].

NB: O desenvolvimento de resistência aos fármacos clinicamente significativa é geralmente o resultado de má gestão da TB por parte dos profissionais de saúde e tem consequências graves, tanto para o doente como para a respectiva comunidade. A prevenção desta ocorrência tem de ter a mais alta prioridade no cuidado de todos os doentes com TB. O primeiro passo mais importante na prevenção da resistência aos fármacos é o tratamento correcto do doente quando este se apresenta pela primeira vez no estabelecimento de cuidados de saúde. Os doentes em risco mais elevado são aqueles que já foram tratados anteriormente para a TB. É absolutamente vital que estes doentes sejam correctamente identificados antes de lhes ser administrado tratamento e antes que lhes seja prescrito um regime de novo tratamento.

1.2.3 Pedir as análises adequadas

É importante pedir as análises adequadas de modo a poupar tempo e dinheiro. A análise mais eficaz para descobrir TB infecciosa é a microscopia de esfregaço da expectoração quanto a AFB. As radiografias torácicas podem ser úteis no diagnóstico da doença no caso dos doentes com esfregaço negativo, mas a respectiva interpretação pode ser pouco fiável na identificação de TB activa[§].

[‡] Guia Laranja, Capítulo II.B3.4, p. 9-10

[§] Guia Laranja, Capítulo II.B3

1.2.4 Fazer uma apreciação dos pensamentos e sentimentos do doente relativamente à TB

A TB pode ser uma doença estigmatizante e é essencial fazer uma apreciação das atitudes e sentimentos do doente relativamente ao facto de poder ter a doença, de modo a responder de forma apropriada. A resposta do doente à possibilidade de poder ter TB irá variar consoante:

- o seu conhecimento e compreensão da doença e
- qualquer experiência que tenha, pessoalmente ou através de familiares ou amigos que possam ter sofrido da doença.

1.2.5 Estabelecer a confiança

É necessário desenvolver uma boa relação no primeiro contacto com o doente, de modo a que este tenha confiança no serviço e confie nas informações disponibilizadas. Isto é sempre essencial. O doente que não acredita que a TB possa ser tratada pode não ver nenhum motivo para regressar para consultas adicionais. Em áreas onde o doente tenha de pagar pelos exames complementares de diagnóstico, é essencial que este compreenda a necessidade de fazer as análises – sobretudo a necessidade de fazer mais de uma análise à expectoração.

1.3 Recursos

- O pessoal em estabelecimentos de cuidados de saúde onde as pessoas têm maior probabilidade de se apresentar com sintomas está alerta para a TB e para os níveis de doença na comunidade local.
- O profissional de saúde que faz a apreciação do doente sintomático:
 - tem atribuída a responsabilidade e recebeu formação adequada para tal
 - está familiarizado com os sinais e sintomas no que respeita à TB
 - está familiarizado com o tratamento disponível para a TB
 - consegue avaliar a resposta de cada doente ao facto de

- poder ter TB e reage em conformidade
- é capaz de pedir as análises correctas ou de encaminhar o doente para o estabelecimento de cuidados de saúde adequado.
 - O doente que está muito enfermo pode ser encaminhado para um representante médico apropriado.
 - Há privacidade suficiente para manter a confidencialidade do doente durante as consultas de apreciação e de seguimento.
 - É possível dar instruções exactas e claras relativamente à forma de produzir boas amostras a um doente que necessita de fazer um exame à expectoração, e é ainda possível fazê-lo sentir-se confortável e confiante nos serviços oferecidos.
 - É possível dar instruções exactas e claras ao doente relativamente a como e onde recolher os resultados dos seus exames.
 - O tratamento da TB está disponível sem encargos e este facto é realçado ao doente.

1.4 Prática profissional

O profissional de saúde irá:

- Iniciar o estabelecimento de uma relação com o doente, ouvindo as suas preocupações e não fazendo juízos de valor.
- Tranquilizar o doente em como toda a informação pessoal facultada permanecerá confidencial.
- Tomar nota dos dados pessoais, incluindo o nome, morada de casa e do trabalho, números de telefone de contacto, etc.

- Recolher uma história médica completa, incluindo a duração dos sintomas e a presença de outros quadros clínicos.
- Fazer uma apreciação da probabilidade de que o doente sofra de TB.
- Explicar ao doente quais as análises a ser efectuadas e o motivo para as fazer.
- Informar o doente relativamente a quando esperar que os resultados estejam disponíveis e a forma como estes resultados serão apresentados – durante uma consulta posterior num estabelecimento de cuidados de saúde, telefonema do profissional de saúde, etc.
- Verificar se cada doente voltou para vir buscar os resultados.
- Verificar o registo laboratorial e o registo do doente TB semanalmente para garantir que todos os doentes com um esfregaço de expectoração positivo tenham iniciado o tratamento[¶].
- Disponibilizar educação para a saúde pertinente:
 - Individualmente: ser sensível à resposta do doente relativamente a ser testado quanto a TB, responder às perguntas tão claramente quanto possível, e reforçar o facto de que o tratamento eficaz está disponível e é gratuito.
 - Em grupo: fazer sessões de educação para a saúde a doentes que estão em espera, incluindo uma sessão de perguntas e respostas.

1.5 Resultado

Os doentes serão diagnosticados sem demora e já terão alguma compreensão da doença e do respectivo tratamento. Sentir-se-ão confiantes no serviço, o que será demonstrado pelo facto de regressarem para saber os resultados e para as consultas de seguimento. Isto pode medir-se através da correspondência entre o registo laboratorial e o registo de doentes TB.

[¶] Guia Laranja, Capítulo IV A1 p.25

“Cada indivíduo com suspeita de ter tuberculose tem de fazer um exame à expectoração para determinar se tem ou não tuberculose infecciosa.”[#]

[#] Guia Laranja, Capítulo II.B3

2. Norma: colheita de expectoração para diagnóstico

2.1 Definição da norma

O doente produz amostras de expectoração de boa qualidade, entrega-as no local apropriado e na altura apropriada e regressa para saber os resultados.

2.2 Fundamentação

2.2.1 Amostras de boa qualidade

São necessárias boas amostras – ou seja amostras que sejam em quantidade suficiente (3-5 ml) e contenham material sólido ou purulento** – para dar ao técnico do laboratório a melhor probabilidade de visualizar AFB ao microscópio e, por conseguinte, para que o serviço identifique os doentes mais infecciosos. Se a amostra for inadequada (por ex. apenas saliva), poderá não ser possível observar AFB mesmo que o doente seja infeccioso.

2.2.2 Rotulagem exacta e preenchimento dos impressos de pedido de expectoração

A documentação exacta é essencial para poupar tempo e prevenir erros. É vital escrever a informação correcta no impresso de pedido de expectoração††, e que a parte lateral do recipiente para expectoração esteja claramente rotulada para garantir que não há confusão relativamente a quando a amostra vai para o laboratório ou quando os resultados regressam. Se ocorrer um erro durante este processo, o doente pode acabar por receber resultados errados e/ou receber o tratamento errado.

2.2.3 Minimizar os atrasos

Devem fazer-se todos os esforços para garantir que as amostras são entregues no laboratório e em seguida são examinadas sem

** Guia Laranja, p. 64

†† Guia Laranja, Anexo 2, Impresso 1

demora. Isto é essencial para prevenir a propagação continuada da TB. A cooperação próxima com o laboratório produz resultados rápidos, resultando em que o doente com esfregaço positivo inicia o tratamento correcto assim que possível. Por exemplo, podem ocorrer atrasos e podem perder-se doentes caso devam ser eles próprios a recolher os resultados junto do laboratório. Também é importante que seja o profissional de saúde envolvido no cuidado do doente a entregar-lhe os resultados e não o técnico do laboratório. Isto permitirá ao doente obter informação exacta acerca do tratamento e cuidados prestados.

2.2.4 Estabelecimento de uma boa relação com o doente

O doente pode estar muito nervoso a esta altura e sentir-se bombardeado com informações. É importante verificar que o doente compreende o processo e compreende que pode falar de quaisquer problemas que possa antecipar. Há um risco real de que o doente não regresse para amostras futuras caso não se sinta bem-vindo ou se sinta confuso. O início do desenvolvimento de uma boa relação com o doente a esta altura irá ajudar a garantir a cooperação deste no futuro.

2.2.5 Segurança do doente e do pessoal

A consideração pela segurança tanto dos doentes como do pessoal é essencial para reduzir o risco de contaminação^{‡‡}.

2.3 Recursos

- Um laboratório funcional, bem abastecido, é capaz de realizar microscopia de esfregaços de expectoração diariamente^{§§}, tendo implementado um sistema para a garantia de qualidade.
- O profissional de saúde responsável pelo pedido das análises tem os conhecimentos e as aptidões necessárias para dar instruções ao doente relativamente a como produzir uma boa amostra e a onde e quando a entregar.

^{‡‡} Guia Laranja, Capítulo VI, Anexo I

^{§§} Guia Laranja, Capítulo IV.C

- Estão disponíveis recipientes apropriados para a expectoração – recipientes descartáveis, de boca larga, com tampas de rosca.
 - Estão disponíveis os impressos de pedido de expectoração e os registos laboratoriais e são preenchidos prontamente por membros competentes do pessoal.
- Existe um local para armazenar as amostras em segurança caso estas sejam guardadas num serviço clínico antes de serem enviadas para o laboratório.
- Se o laboratório não for no local, deve estar disponível transporte para entregar as amostras em segurança e tão depressa quanto possível. Caso o transporte não esteja disponível, podem dar-se instruções claras ao doente relativamente ao local preciso onde devem ser entregues as amostras⁹⁹¹.
- Está implementado um sistema para o rápido feedback dos resultados, de preferência com alguém da unidade de gestão a recolher os resultados rotineiramente.
 - Um membro nomeado do pessoal é responsável pela coordenação do processo, com um substituto para cobrir as ausências.
- É mantida uma boa comunicação entre o laboratório e a unidade de gestão.

2.4 Prática profissional

Os profissionais de saúde envolvidos na recolha de amostras de expectoração devem aderir aos seguintes princípios:

- Uma amostra recolhida sob a supervisão de uma pessoa competente tem probabilidade de ser de melhor qualidade do que uma amostra recolhida sem supervisão.
- A recolha de expectoração deve ter lugar ao ar livre. Caso contrário, deve ser recolhida numa divisão bem ventilada, utilizada apenas para este fim, ou o doente deve colher uma amostra de manhã cedo e entregá-la no local apropriado.
- É provável que o doente prefira não estar à vista de outras

⁹⁹¹ Guia Laranja, Capítulo VI

pessoas quando está a produzir uma amostra de expectoração.

- Devem ser enviadas três amostras (uma amostra recolhida no local, uma amostra recolhida de manhã cedo em casa e entregue pelo doente e outra amostra recolhida no local; caso o doente se encontre hospitalizado, devem colher-se três amostras de manhã cedo), juntamente com impressos de pedido de expectoração inteiramente preenchidos. Em alguns contextos, as linhas de orientação nacionais exigem apenas duas amostras.
- Recomenda-se que a primeira amostra, uma amostra “no local” seja recolhida sob supervisão antes de o doente abandonar o estabelecimento de cuidados de saúde^{##}. Na Tabela III.1, é apresentado um guia passo-a-passo no que respeita aos aspectos práticos deste processo. Devem aplicar-se os mesmos princípios ao dar instruções ao doente para produzir amostras posteriores em casa, para além das informações acerca da entrega das amostras no local correcto e na altura correcta.
- As amostras de expectoração produzidas de manhã cedo oferecem a melhor probabilidade de conseguir um diagnóstico exacto.
- Caso o doente esteja muito enfermo, deve ser encaminhado para um representante médico para investigação adicional.
- O mecanismo implementado para o feedback dos resultados deve ser gerido por uma pessoa nomeada para o efeito, que mantenham uma boa comunicação com o laboratório para minimizar os atrasos. Os atrasos podem ser significativamente reduzidos se o laboratório responder directamente a alguém da unidade de gestão que possa divulgar esta informação.
- Se uma ou mais das amostras de expectoração tiver um resultado positivo, a pessoa é registada como doente TB e dá-se início ao tratamento (Capítulo IV).
- Se todas as amostras de esfregaço forem negativas quanto a AFB mas os sintomas persistirem, o doente deve ser

^{##} Guia Laranja, Capítulo II.B 3.1

encaminhado para um representante médico competente para investigação adicional. Caso seja diagnosticado com TB, o doente será registado como um caso de esfregaço de expectoração negativo e iniciará o tratamento.

2.5 Resultado

O laboratório receberá o número pertinente de amostras de expectoração de boa qualidade para investigação. Estará implementado um sistema (incluindo um tempo de devolução acordado, desde a receção das amostras à comunicação dos resultados) para garantir que os resultados são devolvidos com exactidão e sem demoras. A partir do registo laboratorial, será possível ver quantas amostras foram examinadas por doente e qual a percentagem de resultados positivos entre os doentes que comparecem para diagnóstico ou para seguimento. Haverá uma correlação entre o registo laboratorial, o registo TB e os cartões de tratamento dos doentes.

Tabela III.1 Melhores práticas para a recolha de expectoração⁶

Rotulagem

- A parte principal do recipiente encontra-se claramente rotulada antes da utilização.
 - Os detalhes devem incluir o nome/código do estabelecimento de cuidados de saúde, o nome do doente, a data em que a amostra foi recebida e se se trata da amostra 1, 2 ou 3 (esta informação poderá variar, mas deve ser consistente).

Colheita de expectoração

- O motivo para a colheita da amostra é explicado ao doente.
- Todas as etapas são explicadas, na íntegra e lentamente, em linguagem que o doente consiga compreender.
- O doente é incentivado a enxaguar a boca com água, sobretudo se tiver estado a comer, antes de produzir a expectoração para o recipiente.
- O recipiente rotulado é entregue ao doente.
- Pede-se ao doente que tenha o cuidado de dirigir a expectoração para o interior do recipiente, de modo a

Tabela III.1 (continuação)

evitar contaminar o exterior, para um manuseamento higiénico e seguro.

- O profissional de cuidados de saúde faz uma demonstração de uma tosse profunda, do fundo do peito, começando por respirar fundo.
- O profissional de cuidados de saúde supervisiona a recolha, mas sem se colocar em frente à pessoa que está a tentar produzir a expectoração.
- A tampa do recipiente é fechada cuidadosamente e sem fugas.
- A amostra é verificada pelo profissional de saúde, com o doente presente – se for insuficiente (por ex. apenas saliva), pede-se ao doente que tussa novamente e acrescenta a amostra.

Prevenção da transmissão

- O profissional de cuidados de saúde supervisiona a recolha, mas sem se colocar em frente à pessoa que está a tentar produzir a expectoração.
- O doente e o profissional de saúde lavam as mãos com água e sabão após a recolha da amostra.
- A amostra tem de ser manuseada cuidadosamente e a tampa tem de ficar bem fechada.
- Idealmente, deveria haver uma área distinta, bem ventilada, para a recolha de expectoração, de preferência no exterior do edifício, evitando a utilização de casas de banho.
- Deve ter-se cuidado durante o processamento e eliminação da amostra de expectoração***.

Conservação da expectoração

- A amostra para é enviada para o laboratório assim que possível após a recolha.
- Registam-se as datas em que a amostra foi colhida e em que foi enviada para o laboratório.

(continua)

*** Guia Laranja, Capítulo VI Anexo 1

Tabela III.1 (continuação)

- Se necessário, o doente é informado relativamente a como conservar uma amostra de expectoração em segurança em casa para prevenir a contaminação, ou seja, a tampa está bem fechada e o recipiente é mantido fora do alcance e da vista das crianças.

Documentação

- A amostra é categorizada como sendo de pré-tratamento ou de seguimento.
 - O impresso de pedido de exame de expectoração é preenchido com exactidão e o motivo para o pedido é claramente indicado, ou seja, para diagnóstico ou para seguimento, indicando o mês (geralmente mês 2 ou mês 5) do tratamento^{†††}.
 - O registo laboratorial é preenchido de forma clara e com exactidão^{‡‡‡}.
 - As datas da colheita das amostras são introduzidas no registo laboratorial, no registo TB e no cartão de tratamento do doente, conforme o apropriado.
 - As datas dos resultados e os resultados em si são registados prontamente e com exactidão no registo laboratorial, no registo TB e no cartão de tratamento do doente, conforme o apropriado.

^{†††} Guia Laranja, Anexo 2, Impresso 1

^{‡‡‡} Guia Laranja, Anexo 2, Impresso 2

IV. INICIAR O TRATAMENTO: CUIDAR DOS DOENTES, DAS FAMÍLIAS E DOS CONTACTOS PRÓXIMOS*

O tratamento deve ser iniciado assim que possível após o diagnóstico de TB, ou seja, quando um ou mais relatórios laboratoriais indicam resultados de esfregaço positivo OU a suspeita de TB é muito elevada, o doente está muito enfermo e foi avaliado por um representante médico[†]. Os cuidados descritos nas normas seguintes baseiam-se nos doentes que recebem tratamento de acordo com um regime recomendado pela OMS^{2,3}.

A investigação demonstrou que tomar a medicação de acordo com as instruções durante períodos prolongados NÃO é um comportamento humano normal e o doente necessita de apoio para concluir com sucesso os 6 meses da série de tratamento necessários. As normas apresentadas nesta secção concentram-se na prestação de cuidados físicos, sociais e psicológicos para o doente no momento em que este recebe o diagnóstico e inicia o tratamento. A finalidade consiste em maximizar a capacidade do doente em aderir ao tratamento.

É essencial que todos os doentes diagnosticados com TB sejam registados numa unidade de gestão apropriada (consultar a Tabela I.2) de modo a que o respectivo progresso possa ser monitorizado rotineiramente e a que o desempenho do programa possa ser avaliado. Vários estabelecimentos de saúde para o tratamento da TB podem estar relacionados com qualquer unidade de gestão determinada ou os doentes podem comparecer na unidade de gestão em si para receberem os cuidados e tratamento continuados. Seja como for que os serviços estejam organizados, todos os doentes devem estar registados na unidade de gestão que cobre a área onde está situado o estabelecimento de saúde onde é efectuado o tratamento. O Coordenador da Unidade é responsável por:

* Guia Laranja, Capítulo III

† Guia Laranja, Capítulo III. A1, p. 12

- Identificação da unidade de gestão apropriada onde o doente irá ser registado (geralmente aquela onde o diagnóstico foi efectuado, mas nem sempre, sobretudo em grandes centros de TB em cidades de grandes dimensões ou em hospitais universitários onde não existam unidades de gestão de TB).
- Registo do doente no registo de TB na unidade de gestão.
- Manutenção do registo de TB em ordem.
- Garantir que o cartão de registo do doente (se utilizado) e o cartão de tratamento de TB[‡] são preenchidos correctamente.
- Garantir que são aplicados os regimes e dosagens correctos.
- Identificação correcta do estabelecimento de cuidados de saúde para tratamento onde a DOT será efectuada correctamente.
- Garantir que todos os doentes com esfregaço positivo iniciam o tratamento.
- Monitorizar falhas e sistemas para localizar doentes atrasados, incluindo um sistema de investigação para aqueles que têm esfregaço positivo mas não aparecem (não cumpridores precoces).
- Fazer um relatório dos resultados de todos os doentes cobertos pela unidade de gestão^{§§}

1. Norma: registo e cuidado de doentes recém-diagnosticados com TB

1.1 Definição da norma

Cada doente é registado de forma apropriada, inicia o regime de tratamento aprovado e recebe conselhos práticos, apoio e informações de acordo com as suas necessidades e preocupações individuais.

1.2 Fundamentação

1.2.1 Identificação da unidade de gestão apropriada

Em algumas instituições de grandes dimensões não existe uma

[‡] Guia Laranja, Capítulo VII, Anexo 2 - impresso 3

[§] Guia Laranja, p. 29

unidade de gestão para a TB porque estas não conseguem oferecer um bom seguimento do tratamento. Para os doentes que são diagnosticados com TB nestas instituições, é necessário identificar imediatamente para que unidade de gestão o doente será encaminhado após ter alta. Da mesma forma, nas grandes cidades alguns grandes centros de TB podem estar sobrecarregados por um grande número de doentes. Isto coloca dificuldades tanto para a unidade que tem dificuldades em prestar cuidados ao elevado número de doentes, como para os doentes, que frequentemente têm de percorrer uma grande distância para terem acesso a cuidados. Os custos em termos de tempo e dinheiro podem tornar-se proibitivos para os doentes, que acham difícil comparecer para receber o tratamento, bem como para a unidade, que não tem capacidade para os localizar se não comparecerem. Assim que é efectuado um diagnóstico, os doentes devem, por conseguinte, ter a opção de escolher serem encaminhados para outra unidade de gestão que lhes seja mais conveniente e aliviar a pressão do centro de TB de grandes dimensões. Este processo deve ocorrer sem demoras.

Para os doentes TB encaminhados para uma unidade de gestão (seja porque o tratamento não estava disponível quando foi feito o diagnóstico ou porque é mais conveniente para o doente), é essencial manter um registo no centro onde foi feito o diagnóstico de TB de modo a facultar uma forma de verificar se os doentes foram registados e iniciaram o tratamento na unidade de gestão adequada. Idealmente, este registo deve ser mantido no registo laboratorial.

1.2.2 Documentação clara, exacta e atempada

Toda a documentação, incluindo o registo TB, o cartão de tratamento e qualquer cartão na posse do doente, tem de ser preenchida de forma clara e exacta. Quanto mais cedo for registada a informação, maior probabilidade esta terá de ser exacta e menor a probabilidade de que sejam omitidos os resultados e outros dados importantes.

É importante obter os dados da morada do doente, bem como os dados de um amigo próximo ou um familiar através dos quais o

doente possa ser contactado. Quando mais cedo esta informação for documentada, melhor, no caso de, por algum motivo, o doente não comparecer e precisar de ser localizado (consultar a norma V.2). Uma vez que alguns doentes poderão estar relutantes em fornecer dados exactos inicialmente e poderão fazê-lo apenas assim que tenham ganho confiança no serviço, é útil verificar regularmente se algum dos dados se alterou ou irá alterar-se.

1.2.3 Identificação e registo da categoria de tratamento e dosagem adequadas dos fármacos

Se a TB for tratada de forma inadequada, pode desenvolver-se resistência aos fármacos. É essencial verificar se o doente alguma vez recebeu tratamento para a TB anteriormente, uma vez que tal irá determinar a forma como o doente necessita de ser tratado. Os doentes são categorizados de acordo com o regime de tratamento de que necessitam^{2,3} e a respectiva categoria tem de ser registada claramente tanto no cartão de tratamento como no registo de TB. Isto não só garante que o doente recebe o tratamento correcto como é ainda necessário para os relatórios trimestrais acerca do progresso do doente e desempenho do programa[¶].

1.2.4 Disponibilizar um teste de VIH

Devido à associação próxima entre a TB e o VIH, recomenda-se que seja disponibilizado a todos os doentes diagnosticados com TB um teste de VIH, de modo a que estes recebam cuidados para ambas as doenças de acordo com as suas necessidades. Este aspecto é coberto em maior detalhe no Capítulo VII.

1.2.5 Fazer uma apreciação das necessidades sociais e psicológicas do doente

Os doentes TB recém-diagnosticados poderão sentir-se ansiosos relativamente ao seu diagnóstico. A TB pode muitas vezes ser uma doença estigmatizante, que leva a que os doentes se sintam rejeitados e isolados. É essencial que comecem a compreender a sua doença e o seu tratamento logo desde o início, de modo a

[¶] Guia Laranja, Capítulo V C.1

evitar os riscos salientados na Tabela IV. . A apreciação detalhada de cada doente individual é essencial para demonstrar interesse nele enquanto pessoa, bem como pelo facto de terem TB e, em resultado, poder planear os cuidados apropriados para o mesmo.

1.2.6 Fazer uma apreciação dos conhecimentos e compreensão do doente relativamente à TB

Cada doente terá um nível diferente de conhecimentos e de compreensão relativamente à TB, dependendo daquilo que já ouviu falar e de conhecer ou não alguém que tenha tido a doença. É importante verificar aquilo que o doente sabe, de modo a que lhe possa ser facultada a informação de que necessita, corrigir conceitos erróneos e concentrar-se nas áreas que mais o preocupam. Um profissional de saúde motivado, que partilha e explica claramente a informação acerca de questões que são importantes para o doente, pode aumentar a adesão ao tratamento. O uso de materiais visuais apropriados pode ser útil, mas nunca deve substituir a conversa tida individualmente com o doente; além disso, a quantidade de informação coberta a qualquer altura irá depender nas necessidades e preocupações do doente individual.

1.2.7 Continuar a estabelecer uma boa relação

Ser diagnosticado com TB pode ser um acontecimento traumático na vida de uma pessoa e coloca muitos desafios com que esta tem de lidar. Pode estabelecer-se uma boa relação **escutando cuidadosamente** o doente. É importante, no início do tratamento, arranjar algum tempo para aconselhar os doentes relativamente à sua doença, ao tratamento prescrito e à forma como o diagnóstico e o tratamento pode afectar o seu estilo de vida. Isto irá incentivá-los a comparecerem ao tratamento e às consultas de seguimento. Se os doentes acharem que os funcionários são antipáticos ou estão demasiado ocupados para se preocuparem, é pouco provável que queiram regressar. Passar algum tempo com os doentes numa fase precoce pode poupar tempo a longo prazo, ao prevenir uma assiduidade irregular, falhas, insucesso do tratamento e tratamento prolongado.

Tabela IV.1 Reacções emocionais potenciais e respostas úteis associadas ao diagnóstico de TB

Reacções emocionais potenciais	Respostas úteis
Os doentes sentem-se intimidados	Criar um ambiente acolhedor Mostrar interesse relativamente às preocupações do doente
Medo de <ul style="list-style-type: none"> • tomar medicamentos • morrer • efeitos adversos dos medicamentos • experiência da TB • infectar outros • rejeição e discriminação • perda de emprego • perda de alojamento • estar infectado com o VIH 	Educação <ul style="list-style-type: none"> • doente • família • local de trabalho • comunidades • localização de contactos
Negação/recusa	Informação/apoio (identificar pessoas importantes para o doente, por ex. membros da família que também possam oferecer apoio)
Outras prioridades que se sobrepõem à doença	Oferecer apoio tangível – dar resposta aos problemas identificados pelo doente
Agitação emocional <ul style="list-style-type: none"> • culpa • raiva 	Dar resposta aos sentimentos Verificar a compreensão e resposta às mensagens (doente e família)
Co-morbilidades <ul style="list-style-type: none"> • Infecção pelo VIH e SIDA 	Trabalhar com outros serviços, se disponíveis Informar o doente relativamente a serviços locais que possam oferecer assistência Disponibilizar teste ao VIH, aconselhamento e apoio e cuidados continuados
Ausência de apoio social <ul style="list-style-type: none"> • por ex. doentes que vivem sozinhos 	Identificar apoio potencial de amigos ou família, grupos comunitários, etc.

1.3 Recursos

- Nos locais onde a grande maioria dos doentes tem tendência a ir a um centro de TB bem conhecido e de grandes dimensões, deve estar implementado um sistema para que seja oferecida às pessoas diagnosticadas com a doença uma escolha relativamente à unidade de gestão onde devem comparecer para os cuidados continuados. Devem ser encaminhadas para esta unidade de gestão para serem registadas e iniciarem o tratamento. O sistema de encaminhamento deve ser monitorizado pelo Coordenador Regional de modo a garantir que as pessoas encaminhadas chegam e são registadas na unidade de gestão apropriada.
- Têm de estar disponíveis cartões de tratamento e registos de TB, e o profissional de saúde deve ter os conhecimentos necessários para os preencher de forma clara, pronta e exacta*.
- São necessárias boas aptidões de comunicação (Tabela IV.2) para:
 - fazer uma apreciação dos conhecimentos existentes do doente acerca da TB e do respectivo tratamento.
 - dar informações exactas de acordo com as necessidades e compreensão do doente
 - mostrar que o serviço se preocupa com o doente
 - incentivá-lo a regressar ao estabelecimento de saúde conforme o combinado.
- Os profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico da TB têm competência para escolherem e registarem a categoria de tratamento correcta e iniciarem o regime de tratamento apropriado.
- O profissional de saúde tem conhecimentos suficientes acerca da doença e do respectivo tratamento para fazer uma apreciação do nível de informação requerido pelo doente e para responder às respectivas perguntas com exactidão.

* Guia Laranja, Anexo 2, Impressos 3 e 4

- Os profissionais de saúde têm acesso a literatura de referência apropriada no que respeita à TB e à respectiva gestão.
- Está disponível informação de apoio, sob a forma de panfletos e nos idiomas adequados, e esta pode ser entregue ao doente para reforçar as mensagens principais.
- Existe alguém disponível caso o doente tenha um problema e necessite de aconselhamento, e o doente dispõe de dados claros relativamente a como obter ajuda caso necessite.

Tabela IV.2 Indicações para uma boa comunicação

- Escutar com atenção.
- Utilizar questões abertas, por ex., aquelas que começam por “o quê”, “como” e “porquê”, etc., para incentivar respostas mais completas.
- Pensar acerca das coisas sob a perspectiva do doente.
- Ouvir e respeitar as crenças, valores, costumes e hábitos do doente.
- Trabalhar em conjunto com o doente, como um parceiro de igual para igual.
- Sorrir e olhar para o doente quando este está a falar e quando fala com ele.
- Verificar com o doente que compreendeu o que este disse, repetindo um resumo daquilo que o doente lhe contou.
- Ter uma visão a longo prazo.
- Utilizar o toque (por ex. pegar na mão), se tal for apropriado para tranquilizar e mostrar apoio.

1.4 Prática profissional

- É necessário oferecer aos doentes diagnosticados em unidades de gestão que se encontram em instituições centrais de grandes dimensões a opção de comparecerem numa unidade onde possam ser registados para tratamento que lhes

seja mais conveniente e, por conseguinte, ajudá-los a concluir o tratamento. Os doentes apenas devem poder escolher uma unidade de gestão a partir de uma lista oficial e, assim que a escolha estiver feita, devem receber informações claras e exactas acerca da necessidade de fazerem o registo nessa unidade e iniciarem o tratamento assim que possível. É essencial que o profissional de saúde envolvido nesta conversa inicial responda a quaisquer dúvidas que o doente possa ter e se certifique de que o doente compreende aquilo que necessita de fazer em seguida e porquê. Este profissional de saúde tem ainda de documentar qual a unidade de gestão para a qual o doente foi encaminhado, idealmente no registo laboratorial, bem como num registo adicional de encaminhamento, dependendo do sistema implementado.

- O profissional de saúde na unidade de gestão onde o doente se encontra registado deve realizar uma apreciação inicial relativamente à experiência anterior do doente com TB, rede familiar e de apoio, sentimentos acerca do tratamento e possíveis resultados. A Tabela IV.3 apresenta os tópicos e questões que devem ser incluídas na entrevista inicial com um doente recém-diagnosticado com TB.
- São prestados informação e apoio de acordo com as necessidades individuais do doente, garantindo que este compreende: como se propaga a TB; como é tratada; o facto de o tratamento ser grátis; a importância do tratamento regular, observado e completo; onde e quando o doente pode obter ajuda; e a diferença entre efeitos adversos do medicamento nocivos e inofensivos.
- O profissional de saúde deve conversar acerca das expectativas relativamente ao período de tratamento, identificar potenciais obstáculos à conclusão do tratamento, dar uma sensação de apoio emocional e identificar se o doente necessita de tomar o medicamento num “estabelecimento de tratamento de TB” que não a unidade de gestão em si.
- É acordado um plano de cuidados entre o profissional de

saúde e o doente, com base nas necessidades e preocupações individuais do doente.

- O doente é categorizado apropriadamente e registado com exactidão**.
- O registo de TB e o cartão de tratamento do doente são preenchidos com todas as informações necessárias, incluindo as datas, dados de contacto, dados relativos à unidade, local da doença, resultados, categoria de tratamento, regime de tratamento e estabelecimento de tratamento TB para a DOT††.
- É feita uma apreciação regular do doente, a intervalos acordados, no que respeita ao impacto da TB e do tratamento sobre o doente e a sua família.

1.5 Resultados

Os doentes serão registados com exactidão numa unidade de gestão apropriada e toda a informação, incluindo os resultados, será correctamente introduzida no cartão de tratamento e no registo da TB. Os doentes irão compreender a sua doença, o tratamento e onde podem dirigir-se caso necessitem de ajuda. A apreciação inicial constituirá a base para um plano de cuidados centrado no doente, o qual irá minimizar os obstáculos ao tratamento, incluindo a selecção do melhor “estabelecimento de tratamento de TB” onde será realizada a DOT. O sucesso desta norma pode medir-se comparando a informação constante do registo TB com a informação constante do cartão de tratamento e registo laboratorial, taxas de falha na fase intensiva e feedback directo dos doentes.

** Guia Laranja, Capítulo IV D1.2

†† Guia Laranja, Anexo 2, Impressos 3 e 4

Tabela IV.3 Tópicos a cobrir nas primeiras entrevistas com o doente

Tópico	Perguntas
Conhecimentos acerca da TB	O que lhe disseram acerca do seu diagnóstico? Como é que acha que as pessoas ficam com TB? O que sabe acerca da TB?
História de tratamento da TB, problemas anteriores, de tratamento, potencial para falha repetida	Alguma vez foi tratado para a TB? Se sim, quando, onde e durante quanto tempo? Quais os medicamentos que tomou para tratar a TB? Como foi? Teve alguns problemas?
Conhecimentos acerca do tratamento da TB NB: As doentes do sexo feminino têm de estar cientes da interacção farmacológica entre a rifampicina e os contraceptivos orais	O que sabe sobre o tratamento da TB? O que acha que irá acontecer se não for tratado? Como é que vai fazer para conseguir tomar os comprimidos regularmente? Sabe que o tratamento é grátis?
Conhecimentos acerca de possíveis efeitos adversos NB: Os doentes têm de ser advertidos de que irão ficar com a urina vermelha devido à rifampicina e ser tranquilizados em como tal é normal e inofensivo	Alguma vez teve efeitos secundários ao tomar um medicamento? O que sabe sobre os efeitos secundários do tratamento da TB?
Atitude perante o diagnóstico	Como se sente relativamente a ter sido diagnosticado com TB? O que irão pensar a sua família e os seus amigos mais próximos?

Tabela IV.3 (continuação)

Tópico	Perguntas
<p>Possíveis obstáculos aos cuidados: factores relativos ao custo de vida, distância entre o estabelecimento de cuidados de saúde e casa, horas de expediente</p>	<p>Tem algum outro problema de saúde actualmente? Se sim, qual? A quem mais é que faz perguntas acerca da sua saúde? Onde está a viver actualmente? Durante quanto tempo vai poder lá ficar? Como é que vem até ao estabelecimento de saúde? Quanto tempo demora? Quanto custa? Tem pessoas que dependem de si (crianças pequenas, familiares idosos ou doentes)? Está a trabalhar ou desempregado? Prevê problemas relativamente a comparecer às consultas? Bebe, fuma ou toma drogas regularmente? (A examinar mais aprofundadamente numa fase posterior da apreciação) Se sim, gostaria de obter alguma ajuda ou não?</p>
<p>Apoio social disponível: família, amigos, comunidade</p>	<p>A quem pode recorrer se tiver algum problema (funcionários/família/amigos)? Como podemos ajudá-lo?</p>
<p>Conclusão</p>	<p>Tem algumas perguntas / preocupações? O que vai fazer a seguir? Recordar o doente para comunicar com os enfermeiros relativamente a: – efeitos secundários do tratamento – planos de viagem – medicação adicional para outras doenças – quaisquer circunstâncias que possam interferir com o tratamento</p>

NB: A localização de contactos é coberta na norma IV.3

2. Norma: iniciar o tratamento – fazer os preparativos para o tratamento directamente observado na fase intensiva

2.1 Definição da norma

Os preparativos para a DOT serão efectuados da forma mais conveniente e fiável possível, tendo em consideração as necessidades e desejos do doente, bem como os recursos locais.

2.2 Fundamentação

2.2.1 Tratamento observado directamente (DOT)

O DOT é um processo concebido para: 1) auxiliar o doente a terminar uma série completa de tratamento para a TB e 2) documentar a toma da medicação por parte do doente. Recomenda-se que o DOT seja realizado durante a fase intensiva do tratamento para todos os doentes com esfregaço positivo, para a fase de continuação dos regimes que contenham rifampicina e para todo o regime de novo tratamento, uma vez que tal mostrou reduzir o desenvolvimento da resistência aos fármacos.

2.2.2 Minimizar os custos para o doente através da identificação do estabelecimento de tratamento mais conveniente onde possa ser efectuado o DOT

É importante manter os custos tão baixos quanto possível para o doente. Ainda que o tratamento seja facultado, na sua essência, sem custos para o doente, o transporte pode tornar-se dispendioso e o tempo necessário para comparecer para o DOT pode interferir com compromissos laborais e/ou familiares. A redução destes custos irá ajudar o doente a aderir ao tratamento. Isto pode conseguir-se identificando qual o estabelecimento de cuidados de TB seria mais conveniente para o comparecimento do doente. É importante que o doente escolha o estabelecimento de tratamento, que pode ser próximo de casa ou do trabalho, ou ser conveniente por qualquer outro motivo.

NB: Alguns doentes preferem ir a um estabelecimento a alguma distância de casa para manterem o anonimato.

2.2.3 Garantir que as pessoas responsáveis por administrar o DOT têm as aptidões, conhecimentos e apoio necessários para o fazer

É necessário administrar o DOT de forma solícita e compreensiva. Se a pessoa responsável pela administração do DOT, por exemplo, não compreende o seu papel, é antipática ou não escuta quando o doente tem preocupações, o doente pode ficar desmotivado e deixar de comparecer para o tratamento. Da mesma forma, se a pessoa responsável não recebe apoio ou supervisão adequados, pode ficar desmotivada ou dar informações erróneas ao doente.

2.2.4 Manter uma boa relação com o doente

É essencial informar o doente acerca das diferentes opções que a unidade de gestão pode oferecer para o DOT. A opção seleccionada precisa de ser realista tanto para os profissionais de saúde como para os doentes, pois de outra forma não terá sucesso. Os profissionais de saúde devem realçar o aspecto do apoio e não o da vigilância, de modo a encorajar a cooperação do doente.

2.2.5 Documentação da toma de medicação

Cada dose de medicação tomada pelo doente e cada resultado de esfregaço de expectoração quanto a AFB deve ser imediatamente registado no cartão de tratamento, de modo a que o progresso do doente possa ser avaliado e o não comparecimento possa ser identificado diariamente.

2.3 Recursos

- Seja como for que o DOT seja organizado, deve ser realista, viável e sustentável tanto para o doente como para a unidade de gestão na qual o doente se encontra registado.
- Os preparativos para o DOT que utilize instalações de tratamento fora da unidade de gestão devem ser claramente definidos nas linhas de orientação e políticas locais e/ou nacionais.

- Os próprios doentes devem ser envolvidos, tanto quanto possível, nas escolhas efectuadas acerca dos seus preparativos para o tratamento e, como tal, necessitam de ser preparados adequadamente.
- O cartão de tratamento deve estar na posse na pessoa que observa o tratamento e esta pessoa deve ser capaz de o preencher de forma clara, com exactidão e prontidão^{‡‡}.
- As alternativas à utilização da unidade de gestão para a administração do tratamento para a TB irão variar consoante o contexto local e os recursos disponíveis. No entanto, tem de manter-se o princípio de que os doentes devem ser observados ao engolir os comprimidos por uma pessoa com formação e supervisão.

2.3.1 Possíveis alternativas para o DOT fora da unidade de gestão

Um doente pode receber DOT fora da unidade de gestão ao mesmo tempo que se mantém o princípio de que deve ser observado ao engolir os comprimidos, por uma pessoa com formação e supervisão⁹. O doente pode comparecer diariamente num estabelecimento designado de tratamento da TB para receber o tratamento por parte de um profissional de saúde. Pode haver vários estabelecimentos de tratamento da TB que ofereçam DOT e os doentes devem ser encaminhados para um que lhes seja mais conveniente, ou seja, à sua escolha. Podem ser efectuados outros preparativos, dependendo do contexto local, mas apenas se puder ser facultada uma monitorização regular por parte da unidade de gestão.

2.3.2 Pessoal responsável pela observação directa do tratamento

As pessoas designadas para efectuarem o DOT têm de ser nomeadas, formadas e apoiadas através de visitas regulares para os ajudar a desempenharem as suas tarefas com um nível elevado de qualidade. Na maioria dos casos, isto implica visitas mensais do Coordenador da Unidade.

^{‡‡} Guia Laranja, Anexo 2, Impresso 3

2.3.3 Identificação de uma pessoa apropriada

A pessoa responsável pela observação directa do tratamento precisa de:

- Ser aceitável para o doente.
- Expressar disponibilidade para realizar a tarefa.
- Ser responsável e solícita.
- Ser capaz de respeitar a confidencialidade.
- Mostrar dedicação para com uma tarefa.
- Estar preparada para alargar os seus conhecimentos, assistindo a cursos de formação e de actualização.
- Compreender a natureza do trabalho.

2.3.4 Formação

A formação da pessoa responsável pela observação directa tem de ser claramente definida, padronizada e regular.

A pessoa designada terá conhecimentos acerca de:

- Transmissão da TB e processo da doença.
- Tratamento da TB e possíveis efeitos adversos.
- Quando encaminhar o doente para a unidade de gestão apropriada.

A pessoa designada será capaz de:

- Observar e registar a toma dos medicamentos de acordo com o que está prescrito.

•

Fazer o seguimento dos doentes quando estes falham o tratamento – passado 1 dia.

•

Recordar aos doentes as consultas no estabelecimento de saúde.

•

Apoiar e encorajar os doentes.

- Encaminhar os doentes novamente para a unidade de gestão caso surja algum problema.

- Encaminhar casos suspeitos de TB para o estabelecimento de saúde local apropriado.
- Promover a consciencialização acerca da TB na comunidade / local de trabalho.
- Assistir a actualizações da formação.

2.3.5 Supervisão

Seja como for que o DOT seja organizado, devem manter-se boas ligações à unidade de gestão. O doente irá continuar a comparecer para consultas de seguimento e o Coordenador da Unidade tem de fazer visitas regulares de apoio (pelo menos uma vez por mês) à pessoa que efectua a observação directa do tratamento. É necessário que esteja implementado um processo para que quaisquer problemas possam ser identificados, comunicados e resolvidos assim que possível. É necessário que esteja disponível transporte para os Coordenadores, de modo a que estes possam efectuar estas visitas mensais de supervisão. Caso não seja possível fazer preparativos para uma supervisão adequada, não devem considerar-se preparativos para a DOT fora da unidade de gestão.

Em TODAS as circunstâncias, a responsabilidade do cuidado dos doentes, incluindo a observação directa do tratamento, é da unidade de gestão local e dos respectivos funcionários^{§§}.

2.4 Prática profissional

- É efectuada uma apreciação das necessidades e circunstâncias do doente quando este inicia o tratamento.
- O DOT é organizado tendo estas em consideração, bem como os recursos do serviço.
- É necessário haver uma negociação cuidadosa com todos os envolvidos, bem como um plano claro relativamente a quem é responsável por quê.
- O Coordenador da Unidade faculta uma supervisão mensal e apoio à pessoa responsável pela observação do tratamento do doente.

^{§§} Guia Laranja, Capítulo III.A.3

- O Coordenador da Unidade é o responsável último pelo sucesso do tratamento.
- Deve manter-se uma boa comunicação entre todos os envolvidos no cuidado de um doente com TB, desde a unidade de gestão ao estabelecimento de cuidados de saúde e à pessoa designada para efectuar a observação directa do tratamento.

2.5 Resultados

O DOT é implementado com sucesso. Tal pode demonstrar-se através dos cartões de tratamento, que têm todas as doses registadas e quaisquer lacunas justificadas.

3. Norma: Localização de contactos e investigação

3.1 Definição da norma

A localização de contactos e a investigação são efectuadas de acordo com os protocolos acordados localmente.

3.2 Fundamentação

3.2.1 Identificação de contactos vulneráveis

Recomenda-se a investigação de contactos para as pessoas mais próximas do doente, uma vez que são as que se encontram em risco mais elevado de estarem infectadas com TB. O processo varia de acordo com os recursos disponíveis, mas no mínimo todas as pessoas que moram na mesma casa que um doente com TB com esfregaço positivo para AFB e que tem sintomas devem ser elas próprias investigadas quanto a TB. As crianças com idade inferior a 5 anos e qualquer pessoa com infecção pelo VIH encontram-se em risco mais elevado quando expostas a TB com expectoração de esfregaço positivo e devem, por conseguinte, ter prioridade no que respeita à investigação⁹⁹¹.

3.2.2 Identificação dos casos activos

A investigação de contactos é a forma mais eficaz de detecção de casos activos devido ao facto de as pessoas mais próximas de um caso recentemente diagnosticado de TB com esfregaço positivo terem a maior probabilidade de estarem infectadas ou terem elas próprias doença activa¹².

A investigação pode identificar a pessoa a partir da qual a infecção foi contraída e que poderá não estar ciente do seu estado, permanecendo, por conseguinte, não tratada e infecciosa. Ainda que seja sempre uma possibilidade, as origens da TB nos adultos frequentemente não são detectadas, uma vez que o doente poderia ter sido infectado em qualquer altura anterior da sua vida. Se, no

⁹⁹¹ Guia Laranja, Capítulo III.C

entanto, o doente for uma criança, é provável que tenha sido infectado recentemente por um adulto com doença activa, como por exemplo uma das pessoas que vivem na mesma casa, um familiar próximo ou um amigo da família.

3.2.3 Educação

A investigação de, pelo menos, os contactos que moram na mesma casa fornece uma oportunidade valiosa para educar pessoas que foram potencialmente infectadas com TB de modo a que estas consigam reconhecer os sinais e sintomas e procurar a ajuda e tratamento necessários caso desenvolvam a doença no futuro. Tal também é importante no caso em que não estejam disponíveis os recursos para investigar para além das pessoas que vivem na mesma casa que o doente. Os doentes em si precisam de ser equipados e encorajados a conversarem acerca da sua doença com outras pessoas com quem tenham estado em contacto e que apresentem sinais e sintomas da doença.

3.2.4 Terapêutica preventiva

O tratamento da infecção latente de TB para a prevenção da doença activa é mais eficaz em crianças e outras pessoas vulneráveis que tenham sido infectadas pelo doente. O tratamento consiste em isoniazida diária, a uma dose de 5 mg/kg durante um mínimo de 6 meses^{##}. Qualquer possibilidade de doença activa tem de ser excluída antes de iniciar o tratamento preventivo, de modo a evitar a possibilidade de tratamento parcial, que pode levar ao desenvolvimento de resistência aos fármacos.

Quando disponível, a prova cutânea de tuberculina consegue identificar a TB latente e pode oferecer-se tratamento preventivo às pessoas em risco mais elevado de desenvolverem a doença. Nos casos em que a prova da tuberculina não esteja disponível, a União recomenda que, na ausência de doença activa, deva oferecer-se terapêutica preventiva a todas as crianças com idade inferior a 5 anos que vivam na mesma casa que um caso de TB com esfregaço positivo. A evidência mostrou que esta é a forma mais eficiente e

^{##} Guia Laranja, p. 23

eficaz de prevenir a TB nas crianças pequenas¹².

3.2.5 Sensibilidade e discrição

A localização de contactos pode muitas vezes ser uma experiência traumática para o doente, que pode sentir-se muito exposto e vulnerável devido à natureza estigmatizante da TB, pelo que é vital lidar com todo o processo com tanta sensibilidade e discrição quanto possível. Devem efectuar-se todos os esforços por manter a confidencialidade do doente. Em alguns casos, os doentes nem sequer querem que o seu cônjuge ou família próxima saibam do diagnóstico. Noutros casos, os doentes podem sentir-se culpados acerca do facto de poderem ter infectado as pessoas que lhes são próximas. Para alguns, será um alívio saber que as pessoas mais próximas serão testadas e receberão todo o tratamento de que possam necessitar. Conforme discutido anteriormente, as reacções ao diagnóstico de TB podem variar grandemente e é importante efectuar uma apreciação de cada doente individualmente, de modo a dar-lhe o nível adequado de apoio e tranquilização.

3.3 Recursos

É essencial perguntar ao doente se há crianças com idade inferior a 5 anos a morar na mesma casa e, além disso, se alguma das pessoas que lhes são próximas apresentam quaisquer sinais ou sintomas de TB^{***}. Estas pessoas podem então ser examinadas e tratadas em conformidade.

- Os doentes com TB podem ficar muito alerta relativamente a pessoas que possam estar a sofrer de sintomas de TB e, caso tenham eles próprios recebido um bom tratamento, apoio e informação, irão encorajar outros a procurar ajuda. Podem, por conseguinte, tornar-se um recurso vital na detecção da TB.
- São necessários tempo e espaço para uma conversa confidencial com o doente acerca da importância de identificar qualquer outra pessoa com quem estejam em contacto próximo e que possa estar infectada com TB,

^{***} Guia Laranja, Capítulo III.C

sobretudo as crianças de idade inferior a 5 anos e qualquer pessoa que o doente saiba estar infectada com VIH.

- Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos doentes com TB precisam de compreender a doença e a respectiva forma de transmissão, de modo a avaliarem os níveis de risco com exactidão e dar prioridade às pessoas que necessitam de investigação.
- O doente, a respectiva família e amigos próximos irão necessitar de ser tranquilizados, bem como de receber informações claras e exactas acerca da TB e daquilo que irá acontecer em resultado de estarem em contacto com a doença. Algumas pessoas serão sujeitas a investigação e, potencialmente, a tratamento completo ou preventivo. Outros irão simplesmente receber conselhos e ser tranquilizados e encorajados a procurar aconselhamento caso desenvolvam sintomas.

3.4 Prática profissional

Recomenda-se que qualquer criança sintomática de idade inferior a 5 anos e que viva na mesma casa que uma pessoa com TB diagnosticada recentemente com esfregaço positivo deva receber tratamento completo. Todas as restantes crianças com idade inferior a cinco anos que vivam na mesma casa devem receber terapêutica preventiva^{†††}.

O profissional de saúde que cuida do doente recém-diagnosticado irá:

- Fazer uma apreciação cuidadosa do doente no que respeita ao ambiente doméstico para estabelecer o número de contactos, potenciais casos activos e quem são as pessoas em risco mais elevado de infecção.

^{†††} Guia Laranja, Capítulo III.C

- Utilize boas aptidões de comunicação para conversar acerca do processo de localização de contactos e investigação, e responda de forma apropriada às preocupações do doente.
- Mantenha um diálogo aberto acerca de possíveis contactos ao longo do tratamento do doente e desenvolva a perícia do doente no reconhecimento de possíveis casos entre a sua família e amigos, encorajando-os a procurar ajuda.
- Eduque o doente e a respectiva família (com o consentimento do doente) acerca da TB.
- Documente de forma clara e com exactidão no cartão de registo do doente os contactos de alto risco identificados, quais foram testados e qualquer acção realizada (pode anexar-se um papel ao registo do doente com uma tabela escrita à mão, como a sugerida na Figura IV.1)

NB: Um profissional de saúde ou pessoa que apoia o tratamento que visitem a casa de um doente a fazer tratamento para a TB devem ser particularmente observadores relativamente às restantes pessoas que moram na casa e utilizar a visita para reforçar a importância de reconhecer dos sintomas e de se apresentarem para fazer a investigação.

3.5 Resultado

Os contactos em maior risco serão identificados e geridos de forma apropriada. Estarão disponíveis registos para demonstrar quantos contactos foram identificados, quantos foram testados, facultar uma apresentação detalhada dos resultados e de quais as acções realizadas.

Figura IV.1 Possível formato para informação relativa aos contactos que moram na mesma casa que o doente

Nome	Idade	Peso	Sintomas	Data do exame*	Resultado*	Acção efectuada

* Caso o exame esteja disponível

V. CUIDADO DURANTE A FASE DE CONTINUAÇÃO: PROMOÇÃO DA ADESÃO

Muitas pessoas ficam extremamente chocadas quando são informadas de que têm TB, algumas recusam-se a aceitar e outras ficam aliviadas por descobrirem o que se passa e por saberem que há tratamento disponível. A reacção depende de muitos factores, incluindo crenças e valores culturais, experiência anterior e conhecimento da doença. Ainda que a TB seja mais comum em grupos vulneráveis, pode afectar qualquer pessoa, e é importante para os doentes poderem debater as suas preocupações relativamente ao seu próprio contexto individual. Os enfermeiros e outros profissionais de saúde têm um importante papel a desempenhar na prestação de um ambiente de cuidados para todos os doentes que sofrem de TB¹³. A cura para a TB assenta no facto de o doente receber uma série de tratamento completa e ininterrupta, o que apenas pode conseguir-se caso o doente e o serviço de saúde trabalhem em conjunto. As normas deste capítulo concentram-se nos processos para maximizar a capacidade do doente em aderir ao tratamento prescrito.

1. Norma: cuidado e monitorização dos doentes

1.1 Definição da norma

O progresso do doente e os preparativos para o DOT são monitorizados de acordo com um plano acordado entre o Coordenador da Unidade, todos os profissionais de saúde e outras pessoas nomeadas para estarem envolvidas no cuidado dos doentes com TB.

1.2 Fundamentação

1.2.1 Dar resposta às prioridades do doente

Os doentes com TB têm frequentemente muitas outras

preocupações, que os doentes podem achar que são mais importantes e, portanto, podem afectar a sua capacidade de aderir ao tratamento. Os doentes devem ser tratados com respeito e sentir que podem conversar acerca dos problemas à medida que estes surgem. O serviço deve ser capaz de responder prontamente aos problemas, de modo a minimizar o potencial para a interrupção do tratamento. Se o doente confiar no serviço, tem maior probabilidade de dar os seus dados de contacto correctos. O doente terá também maior probabilidade de informar o serviço caso tenha acontecido algo que o impeça de se deslocar ao estabelecimento de saúde, como por exemplo caso necessite de ir a um funeral noutra localidade. É muito importante que se mantenha um diálogo aberto entre o doente e o profissional de saúde de modo a que questões como estas possam ser discutidas à medida que vão surgindo e possam ser feitos preparativos alternativos para prevenir a interrupção do tratamento.

1.2.2. Gestão dos efeitos adversos dos medicamentos

O doente necessita de ser incentivado a reconhecer e notificar os efeitos adversos dos medicamentos, de modo a que estes possam ser geridos adequadamente. Um doente que tenha efeitos adversos intensos, como icterícia ou desconforto abdominal acentuado, devem receber instruções no sentido de parar imediatamente o tratamento e deve ser encaminhados para um representante médico. Os efeitos adversos de menor importância, como a náusea ou prurido cutâneo, ainda que não sejam suficientemente graves para justificar uma alteração na medicação, podem ser muito desmoralizantes para o doente e, portanto, têm de ser levados a sério pelo profissional de saúde. O apoio, tratamento e compreensão podem aliviar o desconforto do doente e encorajá-lo a continuar com a medicação.

Em todos os casos, é importante estabelecer se o quadro clínico comunicado está a ser causado por uma reacção ao tratamento da TB e não por algo sem qualquer relação com este e que possa necessitar de uma intervenção adicional. Caso contrário, o tratamento para a TB do doente pode ser mudado sem necessidade e/ou um quadro clínico distinto pode ficar sem tratamento.

1.2.3 Gestão de doentes atrasados

Um doente que falhe em comparecer quando esperado deve ser contactado assim que possível de modo a minimizar a interrupção do tratamento (consultar a norma V.2). O seguimento pronto, persistente e compreensivo dos doentes atrasados, ainda que consuma bastante tempo, pode demonstrar ao doente que as pessoas se preocupam, o que, por sua vez, pode motivá-lo a continuar o tratamento.

1.2.4 Análise de seguimento à expectoração

É necessária uma análise de esfregaço de expectoração quanto a AFB para confirmar que a doença sofreu conversão de esfregaço positivo para esfregaço negativo. Isto é importante não só em termos do progresso do doente individual como também para dirigir o tratamento apropriado do doente (por exemplo, mudar da fase inicial intensiva para a fase de continuação do tratamento). Quanto ao diagnóstico, o preenchimento correcto dos impressos de pedido de expectoração e a rotulagem correcta dos recipientes de expectoração para o exame de seguimento é essencial para um feedback exacto e atempado dos resultados.

1.2.5 Documentação exacta

Ao longo da fase intensiva, o cartão de tratamento, o registo de TB e o registo laboratorial têm de ser mantidos actualizados para monitorizar o progresso dos doentes individuais, bem como para facultar informações acessíveis e exactas para a monitorização da regularidade do tratamento durante a fase intensiva.

1.2.6 Apoio para a pessoa responsável pelo tratamento observado directamente

A pessoa designada como responsável pela observação do tratamento precisa de se sentir valorizada e encorajada de modo a permanecer motivada e ser capaz de continuar a motivar o doente. Caso contrário, pode sentir que não lhe é dado o devido valor.

1.3 Recursos

- Profissionais de saúde com conhecimentos e compreensão acerca da TB e do respectivo tratamento.
- Profissionais de saúde que consigam reconhecer e encaminhar os doentes com efeitos adversos intensos dos medicamentos e gerir os doentes com efeitos adversos de menor importância*.
- Os profissionais de saúde que compreendem os factores que afectam a adesão (Tabela V.1) têm uma atitude solícita e estão preparados para assumir a responsabilidade pelos resultados do tratamento.
- Disponibilidade dos impressos e registos necessários e profissionais de saúde que saibam preenchê-los com clareza, prontidão e exactidão.
- Cada unidade de gestão e estabelecimento de tratamento da TB necessita de ter implementado um sistema para o seguimento de doentes irregulares (consultar a norma V.2).
- Colaboração com serviços de apoio e outras organizações que possam auxiliar o doente.
- Possibilidade de admissão de doentes muito enfermos, ainda que tal possa resultar em outros custos para os doentes.
- Supervisão para manter as boas práticas.
- Apoio e supervisão regulares de prestador de serviços que observa o tratamento

1.4 Prática profissional

- Cada doente deve ser alvo de uma apreciação de acordo com as variáveis apresentadas na Tabela 1, que podem afectar a sua capacidade em aderir ao tratamento prescrito.
- No final da fase intensiva, o doente precisa de ser alvo de uma apreciação física para garantir que foi efectuado um progresso adequado e que a expectoração fez a conversão de esfregaço positivo para esfregaço negativo[†]. Devem obter-se e examinar-se amostras de expectoração na semana anterior à data em que os resultados são necessários, de modo a que estejam disponíveis para se avaliar se o doente pode progredir para a

* Guia Laranja, Capítulo III A 4.4

[†] Guia Laranja, Capítulo IV A3

fase de continuação. Caso contrário, ou seja, se o esfregaço de expectoração continuar positivo, deve permanecer na fase intensiva durante mais um mês. Caso o doente tenha sido inicialmente diagnosticado com TB extrapulmonar, devem procurar-se outros sinais de melhoria física. A melhoria geral dos sintomas, bem como o ganho de peso, são sinais úteis de progresso.

- Até 25% dos doentes podem ainda apresentar um esfregaço positivo após terem sido tratados correctamente durante 2 meses. A maioria destes doentes ficarão curados com tratamento adicional. Contudo, todos aqueles que continuarem com esfregaço positivo após 2 meses de tratamento precisam de ser alvo de uma apreciação no que respeita a:
 - Regime que lhes foi prescrito durante a fase intensiva: por ex., é apropriado?
 - Quaisquer problemas que o doente possa ter tido em fazer o tratamento conforme o prescrito
 - Quaisquer mal-entendidos acerca do regime de tratamento, por ex. o doente tomou a dose correcta, nos intervalos correctos?
 - Quaisquer problemas relativamente à pessoa que supervisiona o tratamento do doente.
- Os cuidados devem ser planeados e apreciados regularmente tanto quanto possível de acordo com as necessidades individuais do doente.
- Tal como acontece a qualquer altura durante o tratamento, os efeitos adversos intensos dos medicamentos devem ser identificados, registados e encaminhados para o representante médico apropriado sem demora.
- Os efeitos adversos de menor importância dos medicamentos devem ser identificados, registados e geridos na unidade de tratamento[‡].
- A documentação, incluindo o registo TB, os cartões de tratamento e o registo laboratorial devem ser mantidos actualizados. Uma pessoa identificada deve verificar os cartões de tratamento em relação ao registo TB todas as semanas para garantir que as informações estão completas;

[‡] Guia Laranja, Capítulo III.A.4.4

deve prestar-se uma atenção particular à transcrição do resultado do exame de esfregaço de expectoração aos 2 meses no registo laboratorial

- Os abastecimentos de fármacos e materiais devem ser mantidos[§].
- Caso um doente não compareça para o DOT, é necessário assinalar claramente este facto no cartão de tratamento. O doente deve ser visitado em casa para descobrir porquê e para garantir que o tratamento é retomado eficazmente.
- Pode ser necessária a ligação com outras agências na área local para dar aos doentes acesso a apoio adicional de acordo com as suas necessidades.

1.5 Resultados

A fase de tratamento intensivo é concluída com sucesso. Tal pode medir-se utilizando o cartão de tratamento do doente e o registo de TB.

[§] Guia Laranja, Capítulo IV E

Tabela V.1 Factores que podem colocar obstáculos à adesão

Factores socioeconómicos relacionados com o doente	Resposta potencial
Falta de recursos pessoais	Facultar acesso a quaisquer benefícios/incentivos disponíveis
Prioridades concorrentes esmagadoras	Fazer uma apreciação e auxiliar quando e se possível Ajustar a rotina de tratamento para dar resposta às circunstâncias do doente
Questões relacionadas com a idade, por ex. criança, adolescente, idoso	Ajustar o aconselhamento e envolver outros conforme o apropriado, de acordo com a idade
Perda de emprego – devido a estigma e/ou discriminação	Informar relativamente a potenciais fontes de apoio, por ex. ONGs locais
Sem-abrigo – já sem-abrigo ou tornado sem-abrigo devido a estigma e/ou discriminação	Auxiliar quando possível por ex. organizações de voluntários Debater e acordar como se pode fazer melhor o tratamento
Variáveis do doente	Resposta potencial
Crenças pessoais e culturais, bem como concepções erróneas acerca da TB	Fazer uma apreciação e informar
Deveres e restrições sociais/familiares (por ex. ir a funerais em locais distantes, auxiliar familiares)	Prever, conversando com o doente, o que iria acontecer relativamente ao tratamento caso o doente tenha de se ausentar devido a um acontecimento inesperado
Apatia, pessimismo, depressão, negação	Fazer uma apreciação e apoiar

Tabela V.1 (continuação)

Ausência de um sistema de apoio social	Identificar caminhos para conseguir apoio – centro de saúde, voluntários da comunidade, outro doente, grupos de doentes ou da comunidade, etc.
Insatisfação com o profissional de saúde, experiências negativas com prestadores de cuidados de saúde no passado	Fazer uma apreciação do problema e das expectativas. Dar feedback se apropriado. Liderar pelo exemplo.
História anterior de não adesão Impaciência com o nível de progresso/resposta ao tratamento	Fazer uma apreciação das circunstâncias anteriores – o que impediu a adesão anteriormente? Voltar a dar resposta às expectativas. Tranquilizar
Incapacidades sensoriais	Identificar a melhor forma de comunicar – trabalhar em contacto próximo com os prestadores de cuidados
Incapacidade em seguir o plano de tratamento em conformidade	Fazer uma apreciação para identificar o problema a corrigir o que é necessário
Vergonha – sentir-se estigmatizado acerca da doença	Informar e tranquilizar Usar de discrição Trabalhar com o doente, a família e os grupos comunitários conforme o apropriado
Ausência de controlo sobre a vida	Deixar o doente escolher, se possível, por ex., onde recebe o tratamento

Tabela V.1 (continuação)

Abuso de álcool e outras substâncias	Fazer o encaminhamento se possível. Caso contrário, aceitar e apoiar
Preocupação acerca de ser também VIH-positivo	Disponibilizar apoio e aconselhamento Fazer o encaminhamento para ajuda adicional, caso tal seja apropriado e esteja disponível
Variáveis do tratamento	Resposta potencial
Complexidade e/ou duração do tratamento	Disponibilizar instruções claras, informação e apoio
Características da medicação (número de comprimidos, efeitos adversos do medicamento)	Disponibilizar apoio; dar informações claras acerca dos efeitos adversos dos medicamentos e encorajar os doentes a apresentarem-se com os problemas. Disponibilizar ajuda para aliviar os efeitos quando possível [¶] . Os efeitos adversos intensos têm de ser notificados e receber acção sem demora.
Interação da medicação com os alimentos: por ex. os doentes podem sentir-se nauseados	Fazer uma apreciação e aconselhar relativamente à alimentação e às horas de administração da medicação

[¶] Guia Laranja, Capítulo III. A 4.4

Tabela V.1 (continuação)

Variáveis da doença	Resposta potencial
<p>Doenças co-existent:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diabetes – Malnutrição – VIH/SIDA – Problemas de saúde mental 	<p>Aconselhar relativamente à alimentação e rever o tratamento para a diabetes</p> <p>Fazer uma apreciação do acesso aos alimentos e aconselhar relativamente à dieta</p> <p>Determinar o estatuto, disponibilizar aconselhamento e testes, trabalhar com os serviços de VIH, sobretudo se estiver a ser administrada terapêutica anti-retroviral</p> <p>Verificar para garantir que não há medicação em conflito, por ex. anti-psicóticos</p> <p>Trabalhar em proximidade com os prestadores de cuidados Caso estes não existam, identificar apoio adicional alternativo</p>
Variáveis organizacionais	Resposta potencial
Inacessibilidade do estabelecimento de cuidados de saúde / apoiante do tratamento	Organizar o tratamento, tanto quanto possível, segundo a conveniência do doente
Longos tempos de espera no estabelecimento de cuidados de saúde	Fazer o mínimo de consultas no estabelecimento de cuidados de saúde e rearranjar o serviço de modo a que os doentes não tenham de esperar muito tempo

(continua)

Tabela V.1 (continuação)

Serviços fragmentados, descoordenados	Estabelecer boas relações com outros serviços e partilhar protocolos, etc.
Questões relacionadas com o pessoal (falta de motivação, carências, excesso de trabalho)	Garantir que o pessoal se sente valorizado; ouvir as ideias dos funcionários; introduzir esquemas de incentivo aos funcionários, por ex. recompensas por boas práticas /oportunidades de formação
Estigma e discriminação por parte do pessoal	Campanhas e educação nas instalações de cuidados de saúde

2. Norma: localização de doentes que não aparecem para as consultas (doentes atrasados)

É necessário que esteja implementado um sistema para localizar doentes que faltam às consultas de tratamento (doentes atrasados). Será conseguido um melhor sucesso através do uso de abordagens flexíveis, inovadoras e individualizadas. O tratamento e cuidados que o doente recebeu irá inevitavelmente ter um impacto sobre a sua vontade de comparecer no futuro.

Em muitos casos, pode haver um obstáculo simples que necessita de ser ultrapassado para permitir ao doente continuar o tratamento com sucesso, pelo que é essencial descobrir qual poderá ser o problema. Há doentes que não conseguem ser localizados e nem todos aqueles que se conseguem encontrar irão regressar para o tratamento; no entanto, é importante fazer todas as tentativas para ter de volta tantos doentes quanto possível para o tratamento.

NB: É obrigatória a existência de um sistema bem definido de localização de doentes atrasados em todas as situações. No entanto, quando as taxas são elevadas (acima dos 10%), qualquer sistema de localização será inútil sem examinar também o serviço como um todo. Este exame é necessário para identificar e dar resposta a problemas mais alargados que fazem com que seja difícil para os doentes comparecerem.

2.1 Definição da norma

Os doentes que não comparecem quando esperado serão seguidos, avaliados e ser-lhes-á permitido retomar o tratamento assim que possível.

2.2 Fundamentação

2.2.1 Dar prioridade aos doentes mais infecciosos

Terá de ser dada prioridade aos doentes com esfregado de expectoração positivo que não comparecem para o tratamento, uma vez que estes têm maior probabilidade de serem infecciosos

e correm maior risco de morrer caso não sejam tratados com sucesso. Devem ser efectuados todos os esforços para garantir que estes doentes recebem uma série de tratamento completa e ininterrupta. Ao fazê-lo, reduz-se o número de pessoas infecciosas na comunidade, previne-se a resistência aos fármacos, curam-se mais doentes e morrem menos pessoas.

2.2.2 Acção imediata

Os doentes atrasados têm de ser identificados assim que possível para evitar lacunas prolongadas no tratamento. Quanto mais rapidamente consigam ser localizados e incentivados a regressar ao seu centro de tratamento, mais baixo será o risco de o seu estado se deteriorar.

2.2.3 Documentação clara, exacta e atempada

Devem documentar-se os dados de contacto exactos assim que o doente inicia o tratamento e estes devem ser regularmente verificados quanto a possíveis alterações (consultar a norma IV1).

É essencial assinalar clara e imediatamente no cartão de tratamento para alertar o pessoal relativamente a doentes que não compareceram. Os cartões de tratamento são muito úteis para demonstrar quanto da série de tratamento já foi completada e com que regularidade foram tomados os medicamentos. Além disso, podem ajudar o doente a ver o progresso que está a fazer e como é importante cada dose de medicação.

2.2.4 Análise contínua dos motivos apresentados para a não comparência

É útil recolher informações relativamente ao motivo pelo qual o doente não compareceu, de modo a identificar e a dar resposta aos obstáculos que o mesmo possa estar a enfrentar. Poderá ser possível fazer ajustes aos preparativos do tratamento caso haja um problema para uma pessoa; mas, da mesma forma, caso um problema seja comum a vários doentes, poderá ter de fazer-se algo mais drástico em termos da forma como todo o serviço é disponibilizado.

2.2.5 Uso de abordagens flexíveis e inovadoras

É necessária flexibilidade para ajustar os serviços de modo a dar resposta às questões identificadas na análise dos motivos apresentados para a fraca assiduidade. Poderá ser necessário arranjar um estabelecimento de saúde satélite para um determinado número de doentes numa dada localidade; os horários de funcionamento podem precisar de ser alterados, possivelmente com uma sobreposição, de modo a que parte do pessoal comece mais cedo e os restantes fiquem até mais tarde; as mensagens podem necessitar de ser alteradas, por exemplo, na educação inicial e/ou contínua dada aos doentes, etc.

2.3 Recursos

- Em cada unidade de gestão e estabelecimento de saúde para tratamento, é necessário haver um processo acordado (incluindo intervalos temporais acordados) para o seguimento dos doentes atrasados. Este processo deve ser coordenado por pessoas nomeadas para o efeito e com responsabilidades definidas, e este deve ser monitorizado pelo Coordenador da Unidade.
- É necessário pessoal qualificado que compreenda a importância do tratamento contínuo, tanto nos serviços de TB identificados como em outras organizações que possam estar a prestar serviços ao doente, como assistentes sociais, farmacêuticos, etc. A importância de receber uma série completa de tratamento tem de ser reforçada por todos os envolvidos na prestação de cuidados ao doente.
- Uma boa comunicação com os doentes, as famílias e as comunidades pode auxiliar na localização de um doente que não compareceu no estabelecimento de saúde conforme o planeado.
- É essencial uma boa comunicação tanto entre como intra organizações envolvidas na prestação de cuidados ao doente.
- Os doentes precisam de compreender logo desde o início que serão efectuados todos os esforços para lhes permitir receber uma série completa de tratamento, bem como os

passos que serão efectuados caso eles não compareçam. Devem ser encorajados a contactar o estabelecimento de saúde caso não possam comparecer às consultas para que possam efectuar-se preparativos alternativos. É necessário dar pormenores claros relativamente a quem devem contactar e de que forma. Devem ainda estar confiantes de que serão atendidos de forma compassiva e solícita.

- A manutenção de registos com exactidão, clareza e prontidão, com um fornecimento fiável de cartões de tratamento, é essencial para monitorizar a adesão e a comparência.

2.4 Prática profissional

O profissional de saúde envolvido irá:

- Estabelecer um sistema através do qual os cartões de tratamento de todos os doentes esperados para tratamento em qualquer dia em particular sejam colocados numa divisória e, ao serem vistos e registados, sejam deslocados para uma segunda divisória, identificando assim imediatamente qualquer doente que era esperado mas não apareceu para a consulta marcada durante esse dia.
- Garantir que a documentação é preenchida pronta e correctamente. Se um doente não comparecer para o tratamento, o quadrado no cartão de tratamento que representa o dia da consulta tem de ser deixado em branco, identificando assim claramente a falha do doente em comparecer. O mesmo acontece caso o doente deixe o hospital inesperadamente. Os cartões de tratamento são uma ferramenta essencial a ser utilizada na monitorização do progresso e adesão dos doentes em tratamento.
- Garantir que todos os doentes cujos cartões de tratamento permaneçam na primeira divisória tenham de ser contactados/visitados assim que possível, de preferência ao final do dia, para os incentivar a regressar ao estabelecimento de saúde adequado para continuar o tratamento.
- Utilizar boas aptidões de comunicação para negociar com

doentes atrasados de forma solícita e cooperante. Se um doente achar que vai ser castigado ao regressar à unidade de gestão ou a outras instalações de tratamento, poderá ter relutância em comparecer.

- Fazer a ligação com outras agências que estejam envolvidas com os doentes (e nas quais estes confiem, por ex., assistentes sociais, professores, farmacêuticos, etc.), de modo a que a importância da adesão possa ser reforçada e possa ter lugar uma melhor monitorização.
- Estabelecer o motivo para o não comparecimento do doente. Existem muitos motivos pelos quais as pessoas falham em ir às consultas e é importante dar resposta à situação de forma amigável e sem fazer juízos de valor. Podem ser necessárias muitas tentativas para localizar um doente. Caso o doente não seja localizado no prazo de 2 meses, terá de ser registado como “não cumprimento”. Caso o doente apareça subsequentemente no estabelecimento de cuidados de saúde, terá de repetir os exames de diagnóstico iniciais, por ex. análise de expectoração para TB.
- Negociar efectivamente com o doente que não pode (ou não quer) regressar ao estabelecimento de cuidados de saúde para desenvolver um plano de cuidados alternativo que seja aceitável tanto para o doente como para o enfermeiro. É necessário considerar ainda incentivos ou capacitadores (ver a seguir).
- Responder de forma adequada caso o doente não consiga ser encontrado deixando informação junto de doentes ou familiares apropriados, incentivando o doente a deslocar-se à clínica quando o puder fazer.

NB: Se as taxas de doentes atrasados são em geral elevadas, os profissionais de saúde necessitam de olhar para o serviço como um todo e procurar estabelecer qual é o problema, procurar aconselhamento junto do supervisor local e, se necessário, junto do programa de controlo da TB.

2.4.1 Planos de cuidados alternativos

Se um doente estiver a ter dificuldade em aderir ao tratamento devido a dificuldades de transporte, por ter relutância em cumprir ou por simples esquecimento, poderá ser necessário tratar de preparativos alternativos. O plano deve ser acordado entre o doente e o profissional de saúde, dependendo das políticas locais/nacionais. Quaisquer preparativos alternativos têm de ser registados nas anotações do doente e avaliados regularmente pelo Coordenador da Unidade.

2.4.2 Incentivos/capacitadores

O uso de incentivos para motivar o doente com TB a aderir ao tratamento é definido nas políticas locais/nacionais. Na Tabela V.2, podem encontrar-se vários exemplos de incentivos e capacitadores utilizados numa diversidade de contextos. É importante recordar que pequenas coisas, como elogiar o doente por vir às consultas e estar contente por os ver, podem funcionar como incentivos eficazes.

Ainda que os incentivos e capacitadores mais elaborados possam melhorar a interacção entre o profissional de saúde e o doente, também podem complicar esta interacção. Necessitam de ser organizados com muito cuidado, com várias "regras" claras, tanto da perspectiva do doente como da perspectiva do profissional de saúde. Por exemplo, caso o profissional de saúde prometa o incentivo e não o dê, a relação entre o doente e o profissional de saúde irá deteriorar-se rapidamente. É essencial que o profissional de saúde seja tão cumpridor quanto pretende que o doente o seja. As notícias espalham-se depressa numa comunidade quando um membro do pessoal do departamento de saúde não cumpre aquilo que tinha sido prometido.

Ao dar incentivos, é essencial diferenciar entre as necessidades dos doentes e as necessidades percebidas para estes. Muitos profissionais de saúde acham que os doentes deveriam assumir a total responsabilidade pela sua saúde e, subsequentemente, pelo seu tratamento, bem como quererem proteger aqueles que os rodeiam. Este tipo de atitude pode criar uma barreira, dado que

os doentes que foram vítimas de pobreza e injustiça social podem ter ficado indiferentes aos problemas dos outros.

Estes factores podem ainda resultar na perda de auto-estima e algumas pessoas irão considerar-se como não sendo suficientemente boas para serem dignas de cuidados. Frequentemente, com a entrega de incentivos, verificam-se mudanças nos doentes e nos profissionais de saúde. A expressão de cuidados e de preocupação reflectida pelo profissional de saúde no uso da combinação de DOT e do programa de incentivos pode ser a maior “atenção” que algumas pessoas receberam em vários anos. Ficar a conhecer o doente é essencial para o uso eficaz de incentivos e para o subsequente sucesso do tratamento. É ainda importante preparar o doente para o final do tratamento, uma vez que uma retirada abrupta de cuidados pode ser perturbadora.

2.5 Resultado

As lacunas no tratamento serão mantidas ao mínimo. Será possível ver o padrão de comparência do doente e quaisquer doses perdidas a partir do cartão de tratamento. Estará disponível informação para cada doente que não compareça no que diz respeito aos motivos apresentados para a não comparência e as acções efectuadas, e será possível calcular o número de doentes atrasados, quantos foram encontrados subsequentemente e quantos retomaram o tratamento.

Tabela V.2 Exemplo de incentivos/capacitadores

- Grupos de apoio.
- Cerimónias de entrega de prémios, por ex. certificados de conclusão do tratamento com sucesso.
- Reembolso pelas deslocações.
- Alimentos
- Visitas/chamadas telefónicas para os doentes por parte do pessoal das instalações de cuidados de saúde, para os incentivar.
- “Lanches de agradecimento” para a família dos doentes a fazer o tratamento de TB, para reconhecer o apoio prestado pela mesma.
- Recordar o aniversário de nascimento ou de casamento de um doente para o fazer sentir-se especial.
- Recompensa pela conclusão da fase de tratamento intensivo / de continuação.

VI. CUIDADOS DURANTE A FASE DE CONTINUAÇÃO

À medida que o tratamento do doente progride, os sintomas começam a desaparecer e este vai ficando mais familiarizado com o tratamento. As normas desta secção concentram-se no tipo de coisas que precisam de ser consideradas à medida que o doente começa a ter menos contacto com o serviço de TB e regressa às suas actividades “normais”. O tratamento da TB leva no mínimo 6 meses e, durante este tempo, as alterações ao regime de tratamento e as mudanças pessoais associadas à recuperação podem criar obstáculos à continuação do tratamento. As mudanças no estilo de vida e em outros aspectos, que podem ocorrer durante 6 meses da vida de qualquer pessoa, podem complicar o tratamento da TB ou serem complicadas por este. Por conseguinte, devem efectuar-se esforços para manter o contacto com o doente e ajustar os cuidados de acordo com quaisquer alterações nas suas circunstâncias pessoais.

1. Norma: avaliação do doente durante a transição da fase intensiva para a fase de continuação

1.1 Definição da norma

Os doentes são avaliados no final da sua fase de tratamento intensivo e desenvolve-se um plano, em conjunto com o doente, para a fase de continuação, durante a qual provavelmente haverá menos contacto com a unidade de gestão.

1.2 Fundamentação

1.2.1 Gerir a alteração no tratamento

À medida que o doente se começa a sentir melhor, outras prioridades podem começar a distraí-lo do tratamento. Caso o doente tenha tido DOT na fase intensiva e este seja interrompido

na fase de continuação, isso poderá constituir um sinal para o doente em como o tratamento não é assim tão importante. É essencial reiterar a necessidade da continuação do tratamento.

1.2.2 Nova apreciação das necessidades do doente

Fazer uma nova avaliação nas necessidades físicas, sociais e psicológicas do doente irá auxiliar no planeamento de cuidados centrados no doente apropriados na fase de continuação, à medida que o doente assume um maior controlo e responsabilidade pelo seu próprio tratamento. Poderá ainda ser necessário apoio adicional caso, por exemplo, o doente esteja co-infectado com VIH. Devem explorar-se outras fontes de apoio juntamente com o doente, se necessário, para garantir a continuação dos cuidados após a conclusão do tratamento da TB.

1.2.3 Gestão de acontecimentos imprevistos

Todos os tipos de acontecimentos na vida do doente podem ter um impacto inesperado sobre o tratamento e sobre a capacidade do doente para continuar. O doente poderá ver-se confrontado com luto, mudança de emprego ou a necessidade de mudar para um local distante com pouca antecedência. É importante estar preparado para estes acontecimentos e ajudar o doente a reajustar-se às suas novas circunstâncias ao mesmo tempo que continua a aderir ao regime de tratamento. É particularmente importante conversar com o doente acerca disto quando há uma alteração no tratamento, uma vez que o doente terá um menor contacto com o serviço na fase de continuação.

1.3 Recursos

- São necessárias, mais do que nunca, boas aptidões de comunicação e de apreciação quando o tratamento do doente se altera.
- É necessário um tempo adequado para reiterar mensagens importantes acerca da necessidade de continuar o tratamento sem interrupções e para encorajar o doente a informar o estabelecimento de cuidados de saúde caso seja provável haver alterações nas suas circunstâncias pessoais que possam

afectar a sua capacidade em continuar o tratamento e/ou em comparecer para as consultas de seguimento.

- Os profissionais de saúde precisam de saber quando enviar esfregaços de expectoração de seguimento para o laboratório de acordo com a categoria do doente. (Na Tabela III.1 apresenta-se um guia passo-a-passo acerca dos aspectos práticos da recolha de amostras de expectoração. Devem aplicar-se os mesmos princípios ao dar instruções ao doente para produzir amostras posteriores em casa, para além das informações acerca da entrega da amostra no local correcto e na altura correcta.)
- A documentação é essencial nesta altura, no que diz respeito ao pedido e aos resultados dos exames do esfregaço de expectoração, conforme descrito na norma III.2.
- São necessários serviços laboratoriais eficientes, de modo a não haver atraso no exame dos esfregaços de expectoração e de modo a que o tratamento possa ser mudado na altura apropriada.

1.4 Prática profissional

1.4.1 Documentação

É essencial que toda a documentação seja preenchida com prontidão e exactidão, conforme descrito em III.2. Os impressos de pedido laboratorial para o exame de expectoração devem apresentar claramente que a análise é necessária para o seguimento e em que mês do tratamento foi recolhida a amostra. Os resultados e quaisquer alterações no tratamento devem ser introduzidos claramente tanto no cartão de tratamento como no registo de TB. Tal é particularmente importante no que respeita ao exame de esfregaço de expectoração quanto a AFB, efectuado no final da fase intensiva – a ausência de uma entrada ou uma entrada que indique “esfregaço não efectuado” no registo de TB pode ser sinal de falha ou de seguimento inadequado e deve ser investigado.

1.4.2 Conselhos práticos para os doentes que estão a começar a fazer o tratamento em casa

É útil conversar com o doente acerca de um sistema para se

lembrar de tomar os comprimidos (antes de uma actividade rotineira, tal como uma refeição). É necessária a conservação segura dos fármacos, num local escuro e seco, longe do alcance das crianças.

Esta é uma altura crítica para garantir que se mantém uma boa relação com o doente, de forma a que este comunique quaisquer problemas que possam surgir. Deve fazer-se uma apreciação de quaisquer potenciais barreiras à adesão, como por exemplo uma mudança de rotina, potencial para colocar os fármacos no local errado ou que estes sejam roubados, dependência de álcool, etc. (Tabela V.1).

1.4.3 Apoio e seguimento continuados

O doente precisa de estar informado acerca das consultas de seguimento, amostras e exames que sejam necessários. Os doentes precisam ainda de ser recordados de que os efeitos adversos dos medicamentos são raros, mas devem ao mesmo tempo ser ensinados a reconhecer quaisquer efeitos adversos potenciais e a comunicá-los, como por exemplo, irritações na pele, icterícia, perturbações visuais, problemas gastrointestinais e formigamento nos dedos das mãos e dos pés.

O doente precisa de ser avaliado continuamente para monitorizar o respectivo progresso e manter-se actualizado com quaisquer alterações que possam afectar o tratamento e os cuidados. Pode fazer uma apreciação de vários factores, incluindo:

- Adesão
- Progresso clínico em marcos-chave: expectoração aos 2 meses; expectoração aos 5 meses; conclusão do tratamento.
- Exactidão da medicação prescrita.
- Disponibilidade dos fármacos.
- Capacidade em comparecer às consultas.
- Qualquer confusão e/ou dúvidas.
- Qualquer coisa que possa perturbar o tratamento: efeitos adversos dos fármacos, gravidez, luto, informações contraditórias.

Deve ser acordada uma rotina para o seguimento regular entre o doente, o Coordenador da Unidade e o profissional de saúde que supervisionou a fase inicial do tratamento. Tal poderá envolver consultas ao domicílio ou no estabelecimento de cuidados de saúde, ou uma mistura de ambas, de acordo com a preferência do doente e os recursos disponíveis. Seja de que forma for organizado, os doentes precisam de ser observados pelo menos mensalmente durante a fase de continuação. É essencial que os doentes saibam a quem recorrer caso tenham um problema e o serviço precisa de responder de forma pronta e apropriada.

1.5 Resultado

Os doentes progridem da fase intensiva para a fase de continuação após o novo exame da expectoração. Está disponível informação em cada cartão de tratamento dos doentes a nível individual e no registo de TB. Os doentes continuam o tratamento, ao mesmo tempo que desenvolvem uma maior autonomia, ganham confiança e mantêm o contacto com o serviço de TB.

2. Norma: gestão de casos durante a fase de continuação

2.1 Definição da norma

Está disponível apoio continuado de acordo com as necessidades do doente e são efectuados os exames necessários para o seguimento.

2.2 Fundamentação

2.2.1 Nova avaliação das necessidades do doente

O doente está a ganhar maior controlo e responsabilidade, tendo-se habituado ao tratamento e tendo deixado de se sentir mal e vulnerável como acontecia na fase intensiva. É importante, a esta altura, fazer uma nova avaliação das necessidades do doente e actualizar os planos de cuidados para reflectir esta nova situação, sobretudo caso o doente esteja a passar do DOT para a medicação

auto-administrada (por ex. caso a rifampicina seja descontinuada na segunda fase do tratamento). Caso contrário, o doente pode sentir que não importa muito se continua a medicação ou não.

2.2.2 Flexibilidade na resposta aos problemas enfrentados pelo doente

As respostas devem ser prontas e apropriadas, com um compromisso continuado para com os cuidados. Pode estabelecer-se a confiança e os doentes podem ser motivados se sentirem que as suas prioridades são levadas a sério. O problema pode não estar directamente relacionado com o tratamento do doente mas, se ignorado, pode colocar um obstáculo ao tratamento no futuro.

2.2.3 Minimizar os custos para o doente

Os custos para o doente devem ser mantidos ao mínimo, de modo a manter a sua capacidade em continuar o tratamento. Por exemplo, devem evitar-se consultas desnecessárias no estabelecimento de saúde que possam significar custos de deslocação e interromper o trabalho do doente.

2.2.4 Exame de esfregaço de expectoração de seguimento aos 5 meses

É necessário um exame de esfregaço de expectoração quanto a AFB após 5 meses de tratamento para todos os doentes que apresentavam inicialmente um esfregaço de expectoração positivo, quer para confirmar o progresso quer para identificar falhas no tratamento*.

2.2.5 Fazer uma apreciação dos resultados do tratamento

É essencial fazer uma apreciação dos resultados do tratamento, bem como o respectivo registo, para cada doente, para compreender o desempenho do programa de controlo da TB. A expectoração é examinada novamente no final do tratamento do doente para confirmar que ocorreu a “cura”, o que é um indicador muito mais forte do sucesso do tratamento do que a “conclusão do

* Guia Laranja, Capítulo IV A3

tratamento”[†].

2.2.6 Documentação

Quanto ao diagnóstico e à primeira amostra de seguimento, o preenchimento correcto dos impressos de pedido de expectoração e a rotulagem correcta dos recipientes de expectoração é essencial para um feedback exacto e atempado dos resultados. Os resultados devem ser introduzidos no registo laboratorial, no cartão de tratamento e no registo de TB assim que ficam disponíveis, de modo a que qualquer profissional de saúde possa fazer uma apreciação do progresso do doente e garantir que está a ser prestado o tratamento correcto. A exactidão dos relatórios trimestrais acerca dos resultados do tratamento depende da exactidão da informação constante do registo de TB. Os relatórios trimestrais, por sua vez, demonstram até que ponto o programa está a ter um bom desempenho[‡].

2.3 Recursos

- Se, aquando da apreciação, foi identificado um problema potencial, é importante fazer um plano de cuidados apropriado e avaliar o progresso regularmente, conforme acordado com o doente.
- O doente precisa de ser capaz de contactar o profissional de saúde adequado caso surja um problema.
- O serviço precisa de ser capaz de responder prontamente de modo a resolver o problema e garantir que são tomadas todas as acções possíveis para prevenir a potencial interrupção do tratamento.
- Uma vez que pode ser necessário encaminhar o doente para apoio adicional, é importante para o profissional de saúde ter ligações a outros serviços, tanto governamentais como voluntários.
- O profissional de saúde tem competência para pedir um exame de expectoração aos 5 meses e responder de forma apropriada

[†] Guia Laranja, Capítulo IV D.2.2

[‡] Guia Laranja, Capítulo IV D

aos resultados.

- O profissional de saúde tem competência para fazer uma apreciação dos resultados do tratamento, bem como para os registar.

2.4 Prática profissional

- É da responsabilidade do profissional de saúde que está a gerir o caso manter o contacto com o doente e avaliar regularmente o progresso do mesmo. Se o doente continuar a ter uma pessoa designada a apoiá-lo, a relação pode alterar-se com o seguimento menos frequente na fase de continuação. Cada doente tem de ser avaliado consoante o nível de apoio de que poderá necessitar. Recomenda-se que haja pelo menos um contacto mensal com o serviço de TB. Devem ter-se em consideração os factores que afectam a adesão apresentados na Tabela V.1, uma vez que as circunstâncias do doente podem alterar-se durante a fase de continuação.
- É essencial registar todos os contactos efectuados com os doentes. Os doentes que foram originalmente registados como “novos casos pulmonares com esfregaço positivo” precisam de fazer uma análise à expectoração aos cinco meses para garantir que permaneceu negativa. Se a análise à expectoração for positiva aos 5 meses, o caso tem de ser registado como um insucesso no tratamento e tem de iniciar-se um regime de novo tratamento[§].
- A expectoração é reexaminada no final do tratamento para verificar que ocorreu a “cura”. É essencial a documentação, com prontidão e exactidão, das análises pedidas, datas e resultados. Caso seja impossível aos doentes produzirem expectoração, pode ser necessário recolher e processar saliva para ter uma informação detalhada acerca do tratamento.
- Caso um doente não recolha um fornecimento de medicação conforme combinado, é necessário assinalar claramente este facto no cartão de tratamento. Um doente que não compareça

[§] Guia Laranja, Capítulo IV A3

quando esperado deve ser localizado utilizando uma abordagem sem juízos de valor e procurando fazer uma apreciação dos motivos para a não comparência e dando resposta a esses motivos (consultar a norma V.2).

- Alguns doentes irão achar difícil ajustar-se à separação dos serviços no final do tratamento. Alguns poderão ficar preocupados relativamente a adoecerem de novo, enquanto outros podem ter desenvolvido uma dependência das ligações sociais que o serviço lhes proporcionou. É importante preparar o doente para o final do tratamento com bastante antecedência, começando a falar disso pelo menos cerca de 2 meses antes da conclusão prevista.
- No final do tratamento, todos os registos devem estar completos e exactos.
- A informação em falta no registo de TB deve ser regularmente cruzada com o cartão do doente e o registo laboratorial para garantir que qualquer informação em falta corresponde a uma ausência de dados e não a um mau registo de dados, por ex. a ausência de um resultado de análise à expectoração aos 5 meses no registo de TB apenas significa que a análise à expectoração não foi efectuada se tivermos a certeza de que tal não se deve a uma ausência de registo ou documentação.

2.5 Resultado

Os doentes irão completar a fase de continuação e ter um resultado negativo quanto a AFB para o esfregaço de expectoração no final do tratamento. Todos os resultados serão registados prontamente e com exactidão, permitindo a análise trimestral das coortes quanto aos resultados do tratamento.

3. Norma: gestão da transferência

3.1 Definição da norma

O tratamento é contínuo durante toda a série e são tomadas as medidas apropriadas caso o doente precise de transferir os cuidados para outra unidade de gestão.

3.2 Fundamentação

3.2.1 Ajuste à mobilidade do doente

Durante um tratamento de 6 meses no mínimo, o cuidado do doente pode ser transferido entre prestadores de cuidados de saúde. Tal poderá ocorrer do hospital para os cuidados na comunidade à medida que o doente fica mais forte; ou de um local para outro caso o doente mude de residência ou vá viajar durante qualquer período de tempo; ou de um estabelecimento de cuidados de saúde urbano para um comunitário, por ex., caso o doente tenha ido a um estabelecimento central para o diagnóstico mas tenha regressado a casa para o tratamento continuado. Se o doente tiver um bom relacionamento com o profissional de saúde e compreender a necessidade de continuar o tratamento, terá maior probabilidade de informar o serviço caso se alterem as suas circunstâncias pessoais ou já não possa comparecer no mesmo estabelecimento de saúde para o tratamento.

3.2.2 Minimizar as lacunas no tratamento

É necessário prestar uma atenção especial à continuação do tratamento enquanto os cuidados do doente estão a ser transferidos de uma unidade de gestão para outra. O tratamento não deve ser interrompido, uma vez que as lacunas no tratamento aumentam o risco de recidiva e de desenvolvimento de resistência aos fármacos.

3.2.3 Documentação relativa à transferência do doente

Os doentes que passam de uma unidade de gestão para outra precisam de ser registados como uma “transferência para o exterior” da unidade de onde saem e como uma “transferência do exterior” na nova unidade. Os resultados do tratamento para os doentes que são "transferidos do exterior" devem ser enviados para a unidade de gestão onde estavam registados anteriormente e incluídos nos relatórios trimestrais dessa unidade. Este procedimento impede a duplicação ou omissão no registo dos resultados do tratamento[¶].

[¶] Guia Laranja, Capítulo IV D.2.2

3.3 Recursos

- Está implementado um sistema de encaminhamento comum a todas as unidades e compreendido por todas as unidades de gestão.
- O profissional de saúde tem competência para organizar a transferência e concluir toda a documentação necessária com clareza, prontidão e exactidão.
- Os impressos de transferência estão disponíveis e são utilizados correctamente.
- Uma boa comunicação com outras unidades de gestão é útil para seguir o rasto dos doentes quando estes se deslocam.

3.4 Prática profissional

- A OMS recomenda o uso do Impresso de Encaminhamento/Transferência na Tuberculose, que deve ser preenchido em triplicado, sendo uma cópia entregue ao doente, para este levar consigo para a nova unidade de gestão, outro para permanecer na unidade de gestão que faz o encaminhamento e o terceiro para ser entregue ao Coordenador Distrital de Tuberculose¹⁴.
- Quando o doente chega à nova unidade de gestão, deve ser registado como uma transferência do exterior. A parte inferior do impresso de transferência será enviada novamente para a unidade que fez o encaminhamento, para confirmar que a transferência foi efectuada. Se tal não acontecer, a unidade de gestão que fez o acontecimento precisa de contactar a nova unidade para verificar se o doente chegou ou não. Se não, o Coordenador Distrital da Tuberculose precisa de ser informado.
- Caso os doentes tenham recebido um bom apoio ao longo do tratamento e compreendam a importância de terminarem a série de tratamento, têm maior probabilidade de informar o estabelecimento onde receberam o tratamento relativamente a quaisquer planos para mudar de morada ou ir-se embora.
- Antes de irem embora, os doentes têm de compreender

claramente a importância de continuar o seu tratamento. O profissional de saúde deve verificar se os doentes compreenderam aquilo que lhes é pedido, ou seja, quando e onde têm de se apresentar.

- Os doentes que vão mudar de país ou não têm a certeza do destino devem receber aconselhamento relativamente à procura de auxílio à chegada. Devem ser incentivados a apresentarem-se num estabelecimento de saúde assim que possível com um registo do seu diagnóstico, a duração e tipo de tratamento que receberam e a morada da unidade de gestão onde se encontram registados. Nestes casos, é útil ter algum conhecimento relativamente aos sistemas de saúde noutras áreas, se bem que tal possa ser difícil.
- O doente deve receber um fornecimento razoável de medicação para cobrir o período da sua deslocação até ser provável que faça o registo noutra local para o tratamento continuado.
- O profissional de saúde que está mais envolvido no tratamento do doente deve considerar que tem a responsabilidade de garantir que o tratamento do doente continua noutra local e não achar que tal já não lhe diz respeito.
- É a unidade de gestão que inicia o tratamento do doente que deve registar o resultado do tratamento, independentemente do local para onde o doente tenha ido.

3.5 Resultado

Os doentes irão continuar a fazer o tratamento apropriado apesar de se afastarem da sua unidade original de gestão. Tal pode ser monitorizado através do registo de TB e da análise trimestral de coortes.

VII. TESTE AO VIH E CUIDADO DO DOENTE CO-INFECTADO COM TB E VIH

A infecção pelo VIH coloca um dos maiores desafios ao controlo da TB, dado que a TB mata mais pessoas com infecção pelo VIH do que com qualquer outra doença.

A associação entre as duas doenças é tão significativa que uma não pode ser gerida sem considerar a outra. Com a disponibilização de melhores cuidados e oportunidades de tratamento para as pessoas infectadas com VIH, há agora um maior incentivo para as pessoas determinarem o seu estatuto de infecção. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde precisam de estar adequadamente preparados para prestar os melhores cuidados e tratamentos disponíveis¹⁵.

As normas apresentadas neste capítulo cobrem o aconselhamento e teste ao VIH por iniciativa do prestador de cuidados e o cuidado de doentes com TB infectados pelo VIH. É reconhecido que as pessoas que cuidam de doentes com TB devem garantir que aqueles que são VIH-positivos sejam transferidos para os cuidados continuados apropriados assim que o tratamento da TB é concluído. Em alguns casos, pode ser necessário o encaminhamento para tratamento e cuidados especializados relacionados com o VIH durante o tratamento da TB. A OMS dispõe de orientações técnicas adicionais^{16,17}. É essencial que todas as actividades sigam as políticas e linhas de orientação nacionais.

1. Norma: teste ao VIH

Todos os doentes TB que não foram diagnosticados anteriormente com infecção pelo VIH devem ser incentivados a fazer um teste ao VIH. Não o fazer será negar às pessoas o acesso aos cuidados e tratamento de que podem necessitar, sobretudo no contexto da disponibilidade mais alargada de tratamentos que previnem infecções associadas ao VIH. Tem de estar implementado um plano de cuidados claramente definidos para as

peessoas que se verifica estarem co-infectadas com TB e VIH, com procedimentos para garantir que o doente tem acesso a esses cuidados antes de disponibilizar testes de rotina para o VIH em pessoas com TB. Recomenda-se que o teste seja oferecido numa base de opção de desistência, ou seja, que seja efectuado rotineiramente a menos que o doente recuse ser testado.

1.1 Definição da norma

O teste de diagnóstico ao VIH será disponibilizado rotineiramente a todos os doentes com TB e que não conheçam o seu estatuto relativamente ao VIH de forma solícita, consensual e confidencial.

1.2 Fundamentação

1.2.1 Relação entre o VIH e a TB

O VIH é o maior factor de risco para o desenvolvimento de TB activa em pessoas com infecção por TB. Globalmente, estima-se que 11% dos novos casos de TB em adultos estejam infectados pelo VIH. A proporção é mais elevada em África, sobretudo na África subsaariana, onde até 75% das pessoas com TB estão co-infectadas com VIH.

Por outro lado, a TB é a infecção oportunística mais frequente entre as pessoas infectadas pelo VIH e é frequentemente a primeira manifestação da doença causada pelo VIH. A mortalidade durante e após o tratamento anti-tuberculose também é mais elevada do que nos doentes TB não infectados com VIH.

1.2.2 Benefícios do diagnóstico precoce da infecção pelo VIH

Dado que a TB é uma das principais infecções oportunistas associadas ao VIH, todos os doentes com TB devem ser testados quanto ao VIH. Quanto mais cedo se descobrir que uma pessoa está infectada com VIH, mais cedo essa pessoa poderá receber aconselhamento e tratamento preventivo que possa reduzir a incidência de infecções oportunistas, prolongar a vida e reduzir a possibilidade de transmissão adicional. Irá ainda apresentar uma oportunidade para oferecer serviços de diagnóstico e cuidado ao parceiro do doente, que poderá estar em risco significativo devido

ao contacto quer com o VIH quer com a TB.

1.2.3 Gestão da ansiedade dos doentes

O nível de ansiedade relativamente ao VIH e TB, ambas doenças fortemente estigmatizadas e potencialmente fatais, pode levar a que o doente se sinta muito vulnerável e confuso. Tal é particularmente agudo quando, tendo acabado de ser diagnosticado com TB, o doente é confrontado com a possibilidade de ser também VIH-positivo. É essencial fazer uma apreciação dos pensamentos, sensações e compreensão do doente acerca do VIH/SIDA de modo a responder de forma apropriada. Tal como no caso da TB, a resposta do doente à possibilidade de estar infectado com VIH irá variar consoante:

- O conhecimento e compreensão da infecção
- Qualquer experiência que tenha tido, pessoalmente ou através de familiares ou amigos que possam estar infectados.
- Acesso a cuidados e tratamento para o VIH/SIDA, incluindo tratamento anti-retroviral (TAR).

1.2.4 Manter a confiança e a confidencialidade do doente

O desenvolvimento de um bom relacionamento com o doente é essencial para manter a confiança do doente no serviço que está a ser prestado. Isto é sustentado por um compromisso aberto em manter a confidencialidade do doente e em dar resposta à discriminação.

1.2.5 Documentação

A manutenção de registos com clareza, prontidão e exactidão, segundo políticas e procedimentos acordados, é necessária para garantir que as pessoas com um resultado positivo no teste do VIH recebem os cuidados apropriados. O PNLCT tem de monitorizar o número de doentes testados e as tendências nos resultados.

1.3 Recursos

- Os preparativos para disponibilizar testes de VIH aos doentes

com TB precisam de ser acordados e definidos claramente pelo PNLCT, o PNLS e os prestadores de serviços locais nas linhas de orientação nacionais e locais, relativamente a quem disponibiliza o teste, quem recolhe as amostras, quem realiza o teste, quem entrega os resultados ao doente, como e por quem serão disponibilizados os cuidados continuados.

- A discriminação e o estigma impedirão muitas pessoas de concordar em fazer um teste ao VIH¹⁹, sobretudo se o profissional de saúde que disponibiliza o teste não foi bem informado e/ou não se sente à vontade relativamente ao processo. Qualquer membro do pessoal envolvido nestas conversas deve estar ciente das suas próprias opiniões e sentimentos acerca do VIH/SIDA e ter dado resposta a quaisquer preconceitos pessoais.
- Quando os membros do pessoal são formados para disponibilizar o teste ao VIH, devem ser incentivados a expressar as suas opiniões e preocupações e mesmo a serem eles próprios testados, de modo a compreender melhor o processo e a ter empatia para com os doentes com quem estão a trabalhar.
- A disponibilização do teste ao VIH tem pouca probabilidade de ser eficaz sem acesso a serviços integrados de prevenção, tratamento e cuidados¹⁸. A disponibilização do teste tem de ser reforçada pela tranquilização em como estarão disponíveis apoio adicional e tratamento preventivo caso o resultado do teste seja positivo.
- Tem de estar implementado um sistema para a formação e supervisão dos prestadores de cuidados, para garantir a competência na realização de uma conversa pré-teste e aconselhamento pós-teste. Os profissionais de saúde que disponibilizam testes ao VIH precisam de ter um nível adequado de conhecimentos acerca quer da TB quer do VIH, da forma como as doenças interagem e do tratamento disponível, de forma a informar o doente com exactidão e a responder adequadamente às perguntas. Os folhetos podem ser úteis para reforçar mensagens mas podem não estar disponíveis nem ser apropriados em determinados contextos

e não devem substituir uma conversa em pessoa.

- É necessário um espaço adequado para o profissional de saúde falar abertamente e em confidencialidade com o doente, ao mesmo tempo que mantém a privacidade.
- É necessário que estejam disponíveis os materiais clínicos e o pessoal de laboratório competente para realizar o teste e é necessário que esteja implementado um bom mecanismo para dar o feedback dos resultados ao mesmo tempo que se mantém a confidencialidade do doente. Caso estejam a ser utilizados testes rápidos, por pessoal não de laboratório, é necessário um sistema de garantia de qualidade.
- É necessário que esteja implementado um sistema que siga a política nacional para a documentação (por ex., no cartão de tratamento) do facto de que foi disponibilizado ao doente um teste ao VIH, bem como relativamente ao facto de se e quando o teste foi realizado¹⁵.
- É necessário manter o melhor controlo possível da infecção nas instalações de cuidados de saúde, de modo a reduzir o risco de transmissão de TB aos doentes e aos membros do pessoal que possam estar infectados com o VIH²⁰.

1.4 Prática profissional

1.4.1 Antes do teste ao VIH

Primeiro que tudo, o profissional de saúde precisa de determinar se o doente já tem ou não conhecimento do seu estatuto relativamente ao VIH. Caso o teste mais recente do doente seja negativo, o profissional de saúde precisa de conversar abertamente acerca da necessidade de o repetir, dependendo de quando este foi realizado e do comportamento de risco do doente e potencial exposição à infecção pelo VIH desde essa altura. Caso o estatuto do VIH não seja conhecido ou seja necessário outro teste, o doente terá de:

- compreender a finalidade, riscos e benefícios de ser testado ou não
- sentir-se inteiramente informado e capaz de escolher se pretende ou não avançar com o teste.

A UNAIDS recomenda uma abordagem baseada nos direitos humanos relativamente à disponibilização do teste ao VIH, com base nos “3 Cs”: confidencialidade, conselhos e consentimento.

1.4.2 Confidencialidade

Tal como acontece com qualquer outra doença, o doente tem de ser tranquilizado em como a sua confidencialidade será mantida em todas as situações.

1.4.3 Conselhos

A conversa e aconselhamento pré-teste devem incluir:

- Uma apreciação dos conhecimentos e compreensão do doente relativamente ao VIH e à relação deste com a TB
- Uma apreciação de quaisquer características clínicas que sugiram infecção pelo VIH (Anexo 2)
- Uma descrição daquilo que o teste implica
- Informações acerca de como e quando o resultado será entregue ao doente
- Uma conversa acerca do possível impacto de um resultado negativo
- Informações acerca dos cuidados e tratamento disponíveis caso o resultado seja positivo
- Informações acerca da transmissão do VIH e redução do risco, conforme o apropriado.

1.4.4 Consentimento

Segundo a UNAIDS, há uma quantidade mínima de informação de que os doentes necessitam para conseguirem dar o seu consentimento informado:

- O benefício clínico e os benefícios preventivos do teste
 - benefícios para a saúde dos tratamentos disponíveis
 - o conhecimento do estatuto relativamente ao VIH pode aliviar a ansiedade
 - um teste positivo pode motivar o doente a reduzir as actividades de risco
 - oportunidade de reduzir o risco de transmissão a outros.
- O facto de o doente manter o direito a recusar – a realização do teste por iniciativa dos prestadores de cuidados de saúde tem de garantir que o doente pode “optar por desistir” do teste quando este é disponibilizado de forma sistemática
- Quais os serviços de seguimento que serão disponibilizados
- Na eventualidade de um resultado positivo no teste, a importância de antever a necessidade de informar qualquer pessoa que esteja em risco continuado e que de outra forma não suspeitaria de que estava a ser exposta à infecção pelo VIH
- Caso o doente escolha não fazer o teste, durante as consultas subsequentes do doente para receber cuidados e tratamento para a TB, o profissional de saúde deve:
 - descobrir por que motivo o doente prefere não ser testado
 - reiterar o valor da realização do teste e os cuidados disponíveis durante as consultas subsequentes no estabelecimento de saúde
 - incentivar o doente a evitar a exposição ao VIH e/ou a prevenir a transmissão do VIH ao(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais).
- Caso o doente dê o seu consentimento, devem colher-se as amostras apropriadas ou o doente deve ser enviado para o local apropriado, de acordo com os procedimentos locais para a realização dos testes. O doente deve ainda ser informado relativamente a onde e quando irá receber os resultados. Com a disponibilidade dos testes rápidos, isso poderá ocorrer dentro de meia hora após a realização do teste. **NB:** Consulte o Anexo 3 para ver uma amostra de diálogo para aconselhamento pré-teste

1.4.5 Após o teste ao VIH

- Os resultados devem ser entregues confidencialmente, com sensibilidade e solicitude, qualquer que seja o resultado.
- Caso o resultado seja negativo, deve dar-se aconselhamento relativamente a como o doente se pode proteger da infecção e permanecer VIH-negativo toda a vida. Este aconselhamento precisa de ser reiterado ao longo de todo o tratamento do doente para a TB.
- Caso o resultado seja positivo, o aconselhamento pós-teste precisa de incluir:
 - aconselhamento acerca de como o doente se pode proteger a si próprio e a terceiros
 - como praticar sexo seguro, incluindo, se necessário, uma explicação acerca de como utilizar preservativos e onde os obter
 - tratamento disponível localmente para o VIH e doenças relacionadas
 - questões emocionais, sociais e económicas
 - quais os serviços locais de apoio disponíveis consoante as necessidades e preferência do doente
 - revelação do estatuto e encorajamento do teste do(s) parceiro(s) sexual(ais) ao mesmo tempo que se gerem os riscos associados, por exemplo, culpa, violência, abandono²¹.

NB: Pode não ser possível ou apropriado cobrir todas as questões necessárias na primeira ocasião. O aconselhamento pós-teste deve continuar ao longo do tratamento do doente para a TB e depois disso, altura em que será prestado pelos serviços que passarão a tomar conta dos cuidados do doente (consulte a norma VII.2). Consulte ainda o Anexo 3 para ver amostras de diálogo para aconselhamento pós-teste.

- Encaminhamento para os serviços de apoio apropriados, conforme debatido com o doente
- Documentação clara e exacta dos resultados, utilizando os protocolos acordados.

1.5 Resultado

O teste ao VIH será disponibilizado em conformidade com os protocolos acordados, sendo monitorizada a aceitação do mesmo. As pessoas com resultado positivo receberão os cuidados e tratamento apropriados disponíveis localmente e as pessoas com resultado negativo receberão os cuidados e apoio apropriado para permanecerem com resultado negativo.

2. Norma: cuidado do doente co-infectado com TB e VIH

Com o tratamento adequado, um doente TB co-infectado com VIH tem probabilidade de fazer uma recuperação completa da TB, tal como um doente não infectado com VIH*. A principal prioridade tem de ser tratar a TB do doente eficientemente para lhe dar a melhor probabilidade de recuperação¹⁵. Com o apoio, aconselhamento e tratamento apropriados, um doente VIH-positivo pode manter um bom estado de saúde.

2.1 Definição da norma

O doente recebe tratamento profilático contra as infecções oportunistas mais comuns, apoio e informação no que respeita a permanecer saudável com o VIH, incluindo o tratamento com fármacos anti-retrovirais, se apropriado, durante o tratamento da TB, antes de ser transferido para os cuidados continuados.

2.2 Fundamentação

2.2.1 Tratamento para a TB

O tratamento da TB com um regime normalizado apropriado deve ser encarado como a prioridade, uma vez que a TB deixada sem tratamento pode rapidamente tornar-se fatal para as pessoas com infecção pelo VIH.

* Guia Laranja, Capítulo III.B.3

2.2.2 Prevenção de outras infecções

As pessoas infectadas com VIH são vulneráveis a uma diversidade de infecções respiratórias, gastrointestinais, dérmicas e bucais, neurológicas e sexualmente transmitidas¹⁷. O risco de várias infecções bacterianas frequentes, bem como das mais habitualmente associadas à infecção pelo VIH, pode ser reduzido através de determinados tratamentos preventivos, tais como a profilaxia com cotrimoxazol, que deve ser considerada para todos os doentes TB infectados com VIH¹⁵. Recomenda-se o início do tratamento preventivo 2 semanas após o início do tratamento da TB, dado que ambos podem causar efeitos adversos similares do medicamento, como exantema cutâneo e hepatite. Além disso, deve ser iniciado antes do início do TAR, caso este esteja a ser considerado.

As infecções podem ainda prevenir-se através de medidas práticas, como uma boa higiene em geral, sobretudo na lavagem das mãos, a fervura da água de beber e a prática de sexo seguro.

2.2.3 Tratamento anti-retroviral

O tratamento com fármacos anti-retrovirais (ARV) não é uma emergência e podem implementar-se outros aspectos do cuidado do VIH antes de o doente iniciar a TAR. A TAR procura manter ou repor a função imunitária do doente ao suprimir a replicação do vírus, o que, por sua vez, previne a susceptibilidade do doente às doenças relacionadas com o VIH.

2.2.4 A decisão de iniciar TAR

Caso esta esteja disponível, os doentes com infecção pelo VIH podem ser preparados para iniciar a TAR de acordo com a gravidade da sua doença. A OMS concebeu um sistema de estadios utilizando indicadores, como por exemplo o nível de imunossupressão com base na contagem de CD4 (se disponível) ou a presença de outras doenças relacionadas com o VIH, para auxiliar na tomada de decisão relativamente a quando iniciar a TAR¹⁶. "Uma vez que são necessários níveis extremamente elevados de adesão para prevenir a resistência aos fármacos e o

insucesso do tratamento, é crucial que os doentes iniciem o tratamento apenas após terem sido aconselhados em detalhe acerca dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos, instruções relativas à administração e à importância da adesão estrita¹⁵.

2.2.5 A importância da adesão à TAR

Devem ser realizados todos os esforços para oferecer tanto apoio quanto possível para permitir ao doente aderir ao regime de tratamento. São necessários níveis elevados de adesão para que a TAR seja eficaz. Um estudo efectuado por Paterson et al. concluiu que tomar mais de 95% dos fármacos ARV prescritos dá aos doentes uma probabilidade de 80% de interromper a replicação viral. Este valor decai para apenas 20% quando se tomam menos de 80% das doses²².

2.2.6 Potenciais complicações

Tomar fármacos anti-retrovirais (ARVs) ao mesmo tempo que o tratamento para a TB pode levar a interacções farmacológicas que o doente pode não ser capaz de tolerar, impor um elevado fardo de comprimidos, que pode constituir um obstáculo ao cumprimento, e provocar uma exacerbação da TB à medida que o sistema imunitário é reconstituído¹⁵. Pode ainda haver um problema com a eficácia de alguns fármacos ARV e a rifampicina, devido a interacções farmacológicas.

Idealmente, a TAR não deve ser iniciada até que o tratamento da TB tenha sido concluído com sucesso. No entanto, se o doente estiver muito enfermo, pode ser necessária a TAR simultânea. Nestes casos, deve estar envolvido um profissional de saúde com perícia no tratamento quer do VIH quer da TB, de modo a que possam identificar-se e tratar-se de forma apropriada quaisquer complicações.

2.2.7 Prevenção da transmissão do VIH

Qualquer pessoa com um resultado positivo para o VIH deve ser aconselhada relativamente a como prevenir a transmissão a outros.

O doente precisa de ser aconselhado no que diz respeito à prática de sexo seguro e a evitar comportamentos de alto risco, como partilhar agulhas, caso seja um utilizador de drogas endovenosas.

A transmissão de VIH entre doentes nos estabelecimentos de cuidados de saúde pode evitar-se seguindo os procedimentos recomendados de esterilização no que diz respeito ao equipamento médico, cirúrgico e dentário, bem como reduzindo o uso de injeções em geral. Raramente, os membros do pessoal podem ser infectados através de lesões por picada de agulha ou lesões envolvendo outros “objectos cortantes” contaminados. Estes riscos são significativamente reduzidos seguindo os procedimentos padrão para o controlo da infecção e eliminando os “objectos cortantes” em segurança, de acordo com as políticas locais¹⁷.

2.2.8 Apoio e aconselhamento continuados

O doente pode ficar muito perturbado ao descobrir que, para além de ter TB, está infectado com VIH. É essencial fazer uma apreciação das reacções do doente e responder de forma apropriada, de modo a que este desenvolva confiança nos cuidados oferecidos. É necessário conversar acerca da revelação do estatuto de VIH do doente mas, uma vez mais, isto poderá ter de ser feito ao longo do tempo, para dar ao doente a oportunidade de aceitar o diagnóstico e desenvolver uma compreensão da doença.

2.2.9 Fazer uma apreciação das necessidades de informação do doente

É essencial que o doente receba a informação necessária para o auxiliar a permanecer saudável. Há muitas questões que terão de ser cobertas, mas é importante que a informação seja disponibilizada ao longo do tempo, uma vez que o doente poderá achar difícil absorver grandes quantidades de informação quando se encontra perturbado. Deve fazer-se uma apreciação das necessidades de informação do doente co-infectado recém-diagnosticado relativamente ao VIH, da mesma forma que se deve fazer essa apreciação relativamente à TB (consulte a norma IV.1).

Não pode presumir-se que o doente irá absorver tudo aquilo que lhe é dito, pelo que é importante verificar aquilo que o doente compreendeu e incentivá-lo a colocar questões.

2.2.10 Ligação com outros serviços

É provável que o doente tenha necessidades complexas, que poderão beneficiar de uma diversidade de serviços disponibilizados por organizações locais fora da unidade de gestão. O doente deve ser informado da existência de outras organizações na comunidade local onde poderá ter acesso a ajuda. Os encaminhamentos apenas devem ser feitos com a autorização explícita do doente, uma vez que tem de manter-se a confidencialidade para que este desenvolva confiança no serviço.

2.2.11 Documentação

É necessária a manutenção de registos com clareza, prontidão e exactidão para monitorizar o progresso de cada doente, bem como o respectivo tratamento. Têm de seguir-se as políticas e procedimentos nacionais em termos de como registar a informação relativamente a doentes co-infectados.

2.3 Recursos

- É necessário terem sido desenvolvidos planos, linhas de orientação e políticas conjuntas para o tratamento e cuidado de doentes co-infectados, em parceria com o PNLIS e o PNLCT. Estes devem incluir orientação relativamente à documentação.
- Pessoal com compreensão do tratamento e cuidado quer da TB quer do VIH.
- Seguimento médico e de enfermagem com a especialização apropriada em ambas as doenças.
- Espaço para a manutenção da privacidade.
- Fornecimento e armazenamento fiáveis de fármacos e materiais de laboratório para o tratamento e monitorização da TB e infecções frequentemente relacionadas com o VIH, bem como a profilaxia com cotrimoxazol.

- Educação do grupo, cobrindo uma diversidade de temas associados ao tratamento, sexo seguro e prevenção de infecção adicional.
- Acesso a uma diversidade de serviços locais de apoio, que podem oferecer cuidados adicionais aos doentes segundo as suas necessidades.
- Pessoal formado com acesso a informação – linhas de orientação da OMS, IMAI, UNAIDS.
- Procedimentos implementados de controlo da infecção para a TB e o VIH, alinhados com as linhas de orientação da OMS^{17,23}.
- Um sistema de encaminhamento para os cuidados continuados do doente após a conclusão do seu tratamento para a TB.

2.4 Prática profissional

O profissional de saúde precisa de fazer uma apreciação do doente co-infectado ao fazer o diagnóstico de TB e VIH e de forma contínua durante as consultas subsequentes. Devem cobrir-se as seguintes áreas:

- A compreensão do doente relativamente à TB e ao VIH, como se transmitem e como se tratam.
- A presença de doenças relacionadas com o VIH que possam necessitar ou não de tratamento.
- A disponibilidade do doente em iniciar a TAR e a sua capacidade em aderir ao regime.
- Questões psicossociais que possam afectar o cuidado ou tratamento do doente.
- Os sentimentos do doente acerca da revelação do seu estatuto relativamente ao VIH e TB a terceiros.
- Quaisquer efeitos adversos do medicamento que o doente esteja a sentir e qual a medicação com a qual estarão provavelmente associados.

Após fazer estas apreciações:

- Pode disponibilizar-se a informação de apoio apropriada numa ocasião em que o doente tenha maior probabilidade de necessitar da mesma e de a absorver
- Os encaminhamentos podem fazer-se com o acordo do doente, consoante as necessidades do doente e os serviços disponíveis localmente
- Podem gerir-se apropriadamente os efeitos adversos dos medicamentos, quer estes estejam relacionados com o tratamento em associação com a TB[†] ou com o VIH¹⁷.
- Caso o doente esteja a fazer TAR, é necessária uma apreciação regular no que respeita a:
 - Quaisquer alterações ao estado do doente, por ex., o ganho de peso e a resolução de infecções oportunistas podem indicar uma boa resposta ao tratamento; também podem utilizar-se as contagens de CD4, mas estas nem sempre estão disponíveis

NB: O profissional de saúde deve estar ciente da síndrome de reconstituição imunitária, que pode agravar a TB inclusivamente enquanto o sistema imunitário está a melhorar
 - Garantir que o regime e as dosagens prescritas se baseiam nas linhas de orientação nacionais
 - Monitorização laboratorial de acordo com as políticas locais¹⁶
 - A adesão do doente ao regime prescrito.
- Os princípios relativos ao apoio à adesão são os mesmos para a TAR e para o tratamento anti-tuberculose, nomeadamente: sistemas implementados para garantir que os medicamentos estão disponíveis e são grátis, envolvimento de membros da família ou da comunidade, apoio psicossocial, uso de caixas de comprimidos, embalagens blister e DOT quando possível¹⁶.
- O profissional de saúde irá seguir os procedimentos locais relativamente à manutenção de registos com clareza, exactidão e prontidão.

[†] Guia Laranja, Capítulo III.A.4.4

- O profissional de saúde irá preparar o doente para o encaminhamento para um estabelecimento de saúde apropriado, para o tratamento e cuidados continuados de que este necessita no que respeita à infecção pelo VIH.

2.5 Resultado

Os doentes co-infectados irão concluir com sucesso uma série completa de tratamento para a TB, ao mesmo tempo que recebem apoio, cuidados e tratamento para o VIH, e irão ser encaminhados para os serviços apropriados para a continuação dos seus cuidados para o VIH.

Tabela VII.1 Pontos relativos à TAR

A OMS recomenda o uso de determinados regimes TAR normalizados de primeira e de segunda linha¹⁶. Qualquer decisão relativa à TAR, quando iniciar e qual o regime de tratamento a ser utilizado deve seguir as linhas de orientação e os protocolos nacionais. A TAR pode ser iniciada entre 2 semanas e 2 meses após o início do tratamento anti-tuberculose, ou seja, quando for evidente que o doente está a tolerar a medicação, no início da fase de continuação ou quando o tratamento para a TB tiver sido concluído.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enarson D A, Rieder H L, Arnadottir T, Trébucq A. Management of tuberculosis: a guide for low-income countries. 5th ed. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2000.
2. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. 2nd ed. WHO/TB/97.220. Geneva, Switzerland: WHO, 1997.
3. World Health Organization. Operational guide for national tuberculosis control programmes on the introduction and use of fixed-dose combination drugs. WHO/ CDS/TB/2002.308 – WHO/EDM/PAR/2002. Geneva, Switzerland: WHO, 2002.
4. World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2006 – 2015: actions for life towards a world free of tuberculosis. Geneva, Switzerland: WHO, 2006.
5. World Health Organization. Compendium of indicators for monitoring and evaluating national tuberculosis programmes. WHO/HTM/TB/2004.344. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
6. Luthbert J M, Robinson L. The Royal Marsden Hospital Manual of Standards of Care. London, UK: Blackwell Scientific Publications, 1993.
7. Bryar R M, Griffiths J M. Practice development in community nursing: principles and processes. London, UK: Arnold, 2003.
8. Griffiths J M, Leeming A, Bryar R M. Chapter 5: Evaluating developments in practice In: Bryar R M, Griffiths J M, eds. Practice development in community nursing: principles and processes. London, UK: Arnold, 2003.
9. World Health Organization, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Royal Netherlands Tuberculosis Association. Revised international definitions in tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5: 213-215.
10. Enarson P, Enarson D A, Gie R. Management of the child with cough or difficulty breathing: a guide for low-income countries. 2nd ed. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2005.
11. Donovan J, Blake R. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med* 1992; 34: 507-513.
12. Rieder H L. Contacts of tuberculosis patients in high-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7 (Suppl 3): S333-S336.
13. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. London, UK: TALC/The Macmillan Press Ltd, .

14. World Health Organization. Management of tuberculosis training for health facility staff. C: Treat TB patients. WHO/CDS/TB/2003.313c. Geneva, Switzerland: WHO, 2003.
15. Fujiwara P I, Clevenbergh P, Dlodlo R A. Management of adults living with HIV/ AIDS in low-income, high-burden settings, with special reference to persons with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9: 946-948.
16. World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
17. World Health Organization. TB/HIV: a clinical manual. 2nd ed. WHO/HTM/ TB/2004.329. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
18. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report: Consultative meeting on HIV testing and counselling in the Africa Region. UNAIDS/05.07E. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2004.
19. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Policy statement on HIV testing. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2004.
20. Granich R, Binkin N J, Jarvis W R, et al. Guidelines for the prevention of tuberculosis in resource-limited settings. WHO/CDS/TB/99.269. Geneva, Switzerland: World Health Organization, .
21. World Health Organization. Chronic HIV care with ARV therapy: integrated management of adolescent and adult illness – interim guidelines for first-level health workers. WHO/CDS/IMAI/2004.2. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
22. Paterson D L, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133: 21-30.
23. World Health Organization. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. WHO/TB/99.269. Geneva, Switzerland: WHO, .

LEITURA ADICIONAL

1. Macq J C M, Theobald S, Dick J, Dembele M. An exploration of the concept of directly observed treatment (DOT) for tuberculosis patients: from a uniform to a customised approach. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003 7: 103-109.

2. Palacios E, Guerra D, Llaro K, et al. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 343-346.
3. Pratt R J, Grange J M, Williams V G. *Tuberculosis: a foundation for nursing and healthcare practice*. London, UK: Arnold, 2005.
4. World Health Organization. *What is DOTS: a guide to understanding the WHO- recommended TB control strategy known as DOTS*. WHO/CDS/TB/99.270. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.
5. World Health Organization. *WHO Report 2005. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. WHO/HTM/TB/2005.349. Geneva, Switzerland: WHO, 2005.

Anexo I: instrumento de implementação

Norma:

Pessoa que conduz o processo:.....

Data:

...

	Quem precisa de estar envolvido? Principais partes interessadas	Quais os recursos necessários? Materiais/tempo/espço	Quem precisa de fazer o quê? Acções a ser realizadas por quem?	Data esperada de conclusão?
Rever e acordar a norma segundo as condições locais				
Avaliar a prática e identificar variações (alterações que precisam de ser efectuadas para cumprir a norma)				
Desenvolver um plano de acção				

	Quem precisa de estar envolvido? Principais partes interessadas	Quais os recursos necessários? Materiais/tempo/espaco	Quem precisa de fazer o quê? Ações a ser realizadas por quem?	Data esperada de conclusão?
Implementação da alteração				
Avaliação da prática clínica em comparação com as normas				
Apreciação das áreas que necessitam de mudança				

Anexo I: características clínicas que sugerem co-infecção por VIH em doentes TB¹⁷

História anterior	Doença sexualmente transmitida (DST) Herpes zoster (zona), que frequentemente deixa uma cicatriz Pneumonia recente ou recorrente Infecções bacterianas graves (sinusite, bacteremia, piomiosite) TB tratada recentemente
Sintomas	Perda de peso (> 10 kg ou > 20% do peso original) Diarreia (> 1 mês) Dor retrosternal ao engolir (sugere candidíase esofágica) Sensação de ardor nos pés (neuropatia sensorial periférica)
Sinais	Cicatriz de herpes zoster Exantema cutâneo papular prurítico (com comichão) Sarcoma de Karposi Linfadenopatia generalizada simétrica Candidíase oral Queilite angular Leucoplasia capilar oral Gengivite necrosante Ulceração aftosa gigante Ulceração genital dolorosa persistente

Anexo 3: Exemplo de textos para aconselhamento pré- e pós-teste**

Exemplo de texto para aconselhamento pré-teste

A infecção pelo VIH é frequente nos doentes TB em O nosso estabelecimento de saúde disponibiliza testes de VIH a todas as pessoas com TB porque saber se estamos infectados ou não traz vários benefícios. Alguns destes benefícios são:

- Acesso a cuidados para o VIH que podem melhorar a sua saúde, caso se verifique que está infectado.
- Prevenção de propagação do VIH a outras pessoas.
- Encaminhamento para serviços de prevenção de transmissão do VIH da mãe para o bebé (caso a doente seja mulher)
- Capacidade para planear o seu futuro

Para garantir que obtém os serviços necessários, é importante saber se tem VIH ou não. A menos que tenha alguma objecção, como parte da sua consulta clínica de hoje, irá fazer um teste ao VIH. Tem alguma dúvida que eu possa esclarecer acerca disto?

* A partir de exemplos utilizados na prática em partes do Zimbabué, que se baseiam em materiais desenvolvidos pelos CDC

Centers for Disease Control and Prevention. Diagnostic HIV counseling and testing in TB clinical settings [Aconselhamento e teste para o diagnóstico do VIH em estabelecimentos de saúde de tratamento da TB]. Atlanta, GA, EUA: CDC, 2005).

Exemplo de texto para aconselhamento pós-teste (resultado negativo)

O resultado do seu teste ao VIH é negativo. É importante que permaneça livre de VIH durante toda a vida. A infecção pelo VIH é frequente na nossa comunidade. Precisa evitar ter relações sexuais sem protecção com um/a parceiro/a que seja VIH positivo/a ou cujo estatuto relativamente ao VIH se desconhece. Por vezes os casais têm resultados diferentes no teste ao VIH. Referiu anteriormente que é casado/a. Sabe se a sua mulher / o seu marido alguma vez fez o teste ao VIH? (Presumindo que o doente não sabe:)

Nesse caso recomendo que vá com ela/ele ao para receber aconselhamento e fazer o teste.

Se ele/ela não tiver VIH, os dois podem usufruir da vossa relação como quiserem, recordando-se sempre da necessidade de serem fiéis um ao outro.

Caso a sua mulher / o seu marido seja VIH-positiva/o, terá de praticar sexo seguro e utilizar sempre preservativos para se proteger do VIH. É aconselhável não ter relações sexuais até que a sua mulher / o seu marido seja testada/o para saber se tem VIH.

Temos preservativos disponíveis no estabelecimento de saúde e será bem-vindo para os vir buscar.

Espero que peça à sua mulher / ao seu marido para fazer o teste antes da sua próxima consulta e nessa altura falaremos outra vez acerca disto.

Tem alguma dúvida?

**Exemplo de texto para aconselhamento pós-teste
(resultado positivo)**

Eu sei como pode ser difícil receber este resultado – ficar a saber que tem VIH. É normal ficar perturbado e sentir-se derrotado ao início. Precisa de algum tempo para se ajustar e eu sei que com o tempo irá conseguir lidar com esta situação. Este estabelecimento de saúde está aqui para o ajudar. Além disso, a maioria das pessoas acha que contar os seus problemas a alguém e obter apoio é útil. Há alguém com quem possa conversar acerca do que aconteceu hoje?

Para além do apoio da família, irá precisar de tratamento médico que o possa ajudar a sentir-se melhor apesar de estar infectado com TB e VIH. Neste estabelecimento de saúde facultamos-lhe outros testes relativos ao VIH, como por exemplo a contagem de CD4.

Como sabe, o VIH pode transmitir-se através das relações sexuais. Por isso, é importante que o seu marido / a sua mulher seja testado/a imediatamente para determinar qual é o resultado dele/dela. Acha que ele/ela estaria interessado/a em vir ao estabelecimento de saúde consigo, da próxima vez que cá vier? Uma vez que está a ser tratado para a TB neste estabelecimento de saúde, podemos auxiliar a sua família a fazer testes para ambas as doenças.

Tem alguma dúvida?

ISBN: 2-914365-
28-4