

**Universidade Federal do Rio Grande do Norte**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva**  
**Curso de Especialização sobre Gestão das Políticas de DST/Aids, Hepatites**  
**Virais e Tuberculose**

**Marlene Terezinha Borecki**

**COINFECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA /**  
**PR: DESAFIO PARA O FUTURO**

**Natal/RN**

**2017**

**Marlene Terezinha Borecki**

**COINFECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA /  
PR: DESAFIO PARA O FUTURO**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização sobre Gestão das Políticas de DST/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientador: Marquiony Marques dos Santos

**Natal/RN**

**2017**

## RESUMO

A tuberculose é um problema sério de saúde pública em todo o mundo e no Brasil são registrados em média 84 mil casos novos ao ano. Em Guarapuava, estado do Paraná a situação não é diferente e não se observa redução de casos da doença, pelo contrário, houve um aumento de casos nos últimos anos, sendo agravado pelo aumento da epidemia HIV/AIDS que abre oportunidade para a tuberculose ocorra com mais frequência possibilitando uma maior probabilidade de óbitos. O município conta atualmente com um ambulatório municipal referência de tuberculose e um Serviço de Atendimento Especializado – SAE que presta atendimento aos portadores de HIV/AIDS. Embora exista comunicação entre os dois setores, peca-se ainda no acompanhamento compartilhado dos pacientes, até mesmo na investigação inicial de sintomáticos respiratórios, avaliação de risco de o paciente soropositivo desenvolver tuberculose. Mediante a este aumento de casos de coinfeção e falta de integração entre os serviços, este trabalho tem como objetivo tentar elencar as causas do aumento do número de casos de coinfectados no município, assim como melhorar as ações do serviço de saúde do município, aumentar o diagnóstico precoce e consequentemente reduzir o número de óbitos dos pacientes coinfectados. O projeto para ser efetivo necessita sensibilizar e envolver a gestão de saúde municipal, principalmente a atenção básica para melhorar o acesso aos serviços de atendimento a tuberculose e HIV/AIDS pelo fato de que ainda existe centralização das ações nos ambulatórios o que retarda o diagnóstico precoce, haja vista que um dos fatores relevantes no município é o alto índice de casos de tuberculose notificados no serviço hospitalar

**Descritores:** Coinfeção TB/HIV – Tuberculose - Diagnóstico tardio – Rede de Atenção

## Sumário

Resumo.....	3
1. Introdução.....	5
2. Objetivos .....	9
2.1. Objetivo Geral .....	9
2.2. Objetivos Específicos. ....	9
3. Método. ....	10
3.1. Cenário do projeto de intervenção. ....	10
3.2. Elementos do Plano de Intervenção. ....	11
3.3. Fragilidades e Oportunidades. ....	12
3.4. Processo de Avaliação. ....	13
4. Considerações finais.....	14
5. Referências. ....	15
Anexo.....	16

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a WHO (2016), o Brasil ocupa a 20ª posição na classificação de carga da tuberculose e a 19ª quanto à coinfeção TB/HIV. Os países que compõem essa lista representam 87% do número de casos de tuberculose no mundo. O Brasil, com seus 84 mil casos estimados, representa 0,8% dos casos do mundo. A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Afeta tipicamente o pulmão (TB pulmonar), mas também pode afetar outros órgãos (TB extrapulmonar). A doença é disseminada quando as pessoas que estão doentes com TB pulmonar expulsam as bactérias para o ar, geralmente pela tosse.

A epidemia de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) constitui fator em potencial para a transformação da tuberculose de doença endêmica em epidêmica, em todo o mundo. A infecção por HIV pode ser considerada um dos principais fatores de risco para que indivíduos infectados por *Mycobacterium tuberculosis* desenvolvam tuberculose (CHEADE et al 2009).

Conforme Cheade et al (2009), em geral, uma proporção relativamente pequena (5-15%) dos estimados 2-3 bilhões de pessoas infectadas com *M. tuberculosis* desenvolverá a doença durante a sua vida. No entanto, a soropositividade para HIV incrementa a suscetibilidade a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e o risco de progressão para doença tuberculose. Tanto na infecção recente quanto na latente, o risco aumenta à medida que a imunossupressão se estabelece. Dessa forma, a tuberculose pode ocorrer em qualquer fase da infecção por HIV na fase assintomática ou quando já estabelecida a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). No Brasil, segundo a OMS (2016), 15% dos casos de tuberculose notificados no ano de 2015 eram coinfectados com HIV.

Segundo Brunello et al (2010), um fator relevante na tuberculose é a vulnerabilidade dos indivíduos, que resulta na marginalização da população em relação aos locais de moradia, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e falta de representação social, e tais aspectos são agravados pela situação socioeconômica precária do indivíduo e da comunidade. Vulnerabilidade para aids ou TB é um conceito

complexo que engloba dimensões (individuais, institucionais e sociais) determinantes de suscetibilidade de indivíduos ou grupos. Nessa linha de raciocínio, considera-se que a distribuição de riscos de adoecer e morrer ocorre segundo formas distintas de inserção ou oportunidades sociais. Esses aspectos influenciam os padrões de vulnerabilidade dessa população no processo saúde-doença, articulando-o às condições de vida de uma comunidade e, portanto, ao espaço geosocial em que vivem.

A prevalência da infecção pelo HIV em indivíduos com tuberculose no Brasil é estimada em 8% pelo Ministério da Saúde. Estudos em diversas regiões do país têm apresentado uma grande amplitude de variação dessa prevalência de 0,8% a 30%, em função do local estudado e da metodologia utilizada. A detecção precoce da coinfeção tuberculose/HIV permite a adoção de medidas terapêuticas adequadas, como o início da terapia antiretroviral e a profilaxia de infecções oportunistas, reduzindo os custos com internações e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Uma estratégia viável e de fácil operacionalização com o objetivo de melhorar a cobertura do teste sorológico para o HIV nos pacientes com diagnóstico de tuberculose é a utilização de testes rápidos nas unidades de saúde da rede de atenção básica (OLIVEIRA, SILVA, 2012).

Guarapuava, município localizado no Centro Sul do Estado do Paraná, com população estimada de 179.256 habitantes conforme IBGE (2016), possui um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano de 0,731 e historicamente está relacionada a grandes desigualdades sociais, o que corrobora com a vulnerabilidade das populações carentes.

A formação social de Guarapuava, de acordo com Schimdt (2009), acompanha a evolução de um grupo que se estabeleceu como a elite local, bem como de outras pessoas que se agregaram à estrutura social e que passaram a fazer parte dos grupos sociais mais carentes, momento em que passaram a dividir o espaço numa intensa e constante luta de apropriação. Na estrutura de Guarapuava, a elite local e suas propriedades ativas no campo político e econômico ocupam uma posição diferenciada, cujos traços são culturalmente determinados na formação socioespacial.

Guarapuava conta com muitas áreas que ainda carecem de estruturas públicas básicas como saneamento básico, pavimentação asfáltica, dificuldade de acesso a

serviços como cultura e lazer bem como carência no acesso a serviços públicos de qualidade no que se diz respeito à resolutividade na atenção básica.

Com relação a estrutura dos serviços de saúde, atualmente conta com 32 unidades básicas de saúde, 03 unidades de pronto atendimento, 01 unidade do SAE (Serviço de Atendimento Especializado), 02 unidades de CAPS 1 unidade de referência municipal para atendimento à Tuberculose e Hanseníase, denominada AMPDS (Ambulatório Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária) e demais serviços vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. Não há serviço hospitalar de estrutura pública. Para atender a demanda do SUS, são utilizados serviços de 03 Hospitais instalados no município, sendo um filantrópico e 2 particulares.

Nos últimos anos, Guarapuava tem apresentado um crescimento significativo no número de casos de tuberculose coinfectados pelo vírus do HIV conforme observado na tabela abaixo, que são oriundos das fichas de notificação de Tuberculose (Anexo1):

**TABELA 1 – Casos de tuberculose notificados entre 2012 e 2016 coinfectados com HIV**

<b>Ano</b>	<b>Número de casos de tuberculose</b>	<b>Número de casos coinfectados com HIV.</b>	<b>% de casos coinfectados HIV/TB</b>
<b>2012</b>	20	3	15%
<b>2013</b>	33	7	21%
<b>2014</b>	34	5	15%
<b>2015</b>	40	8	20%
<b>2016</b>	48	12	30%

*Fonte: SinanNet (2017)*

Como observado na tabela, o aumento infecção do vírus do HIV nos casos de tuberculose vem de encontro com o aumento no número de casos de tuberculose notificados. Um fator que chama atenção é o aumento das notificações no serviço hospitalar nos últimos anos, sendo levantadas as seguintes questões: Há falhas na atenção básica para o diagnóstico ser realizado tardiamente? Houve uma melhora nas notificações dentro do serviço hospitalar? Há um aumento de casos notificados

coinfectados com HIV que necessitem suporte hospitalar? A tabela a seguir mostra a proporção de casos notificados no serviço hospitalar:

**TABELA 2 – Casos de tuberculose de 2012 a 2016 notificados no serviço hospitalar**

<b>Ano</b>	<b>Número de casos de tuberculose</b>	<b>Número de casos notificados na rede hospitalar</b>	<b>% de notificações hospitalares</b>
<b>2012</b>	20	1	5%
<b>2013</b>	33	04	12%
<b>2014</b>	34	11	32%
<b>2015</b>	40	16	40%
<b>2016</b>	48	10	20%

*Fonte: SinanNet (2017)*

Embora no ano de 2016 houve uma diminuição no número de casos notificados na rede hospitalar no ano de 2016, chama a atenção o ano de 2015 com 40% de casos notificados, sendo relevante entender a causa deste aumento de casos, considerando que os dados aqui mencionados são de pacientes residentes em Guarapuava, já que os hospitais do município também fazem atendimento a mais de 20 municípios da região.

Estes dados demonstram um ponto contrário do Plano Nacional de controle da TB no Brasil que conta com a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com parceiros que tendem a contribuir na expansão das ações do Programa de Controle da TB, pois a família e o domicílio consistem no locus de seu trabalho. Nas visitas domiciliares dos ACS está prevista a detecção de usuários sintomáticos respiratórios e contatos, principalmente nos casos bacilíferos e de crianças (Rodrigues et al 2011).

Com relação a encerramento dos casos de pacientes coinfectados TB/HIV, chama atenção a presença do óbito, sendo que em um universo de 35 pacientes, 11 foram a óbito enquanto estavam em tratamento de TB/HIV. Para Cecilio et al (2013) em se tratando da tuberculose, os dados de mortalidade podem não ser fidedignos, pois para muitos casos a tuberculose não constitui causa básica do óbito.



**TABELA 3 – Encerramento de casos de tuberculose notificados entre 2012 e 2016**

<b>Ano</b>	<b>Ignorado/Branco</b>	<b>Cura</b>	<b>Óbito</b>	<b>Transferência</b>	<b>Total</b>
<b>2012</b>	0	3	0	0	3
<b>2013</b>	0	2	4	1	7
<b>2014</b>	0	3	2	0	5
<b>2015</b>	0	4	4	0	8
<b>2016</b>	0	8	3	1	12
<b>Total</b>	0	17	11	2	35

*Fonte: SinanNet (2017)*

Guarapuava conta com ações de serviço de diagnóstico de HIV ainda centralizado do SAE, com raras exceções de unidades básicas de saúde que realizam testagem rápida.

O Programa de Tuberculose, embora tendo um centro municipal de referência, atua de forma descentralizada, onde todas as unidades de saúde estão aptas a realizar diagnóstico e tratamento da doença, embora que se observa pouco diagnóstico nas UBS e uma necessidade de apoio constante do AMPDS, demonstrando a necessidade clara de se trabalhar melhor as redes de atenção à saúde no município. Conforme cita Mendes (2011), rede de serviço ou de atenção à saúde é a forma de organização das ações e serviços, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulações e a interconexão de todos os conhecimentos e saberes, tecnologias, profissionais e organizações, ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica e regulada.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Procurar entender o aumento da coinfeção de Tuberculose e HIV no município de Guarapuava / Pr para melhorar as ações do serviço de saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Sensibilizar gestores e profissionais de saúde do município sobre a importância do diagnóstico precoce das patologias.

Diminuir o número de óbitos relacionados á coinfeção de TB/HIV.

Alertar os gestores de saúde municipais sobre a importância do tema tuberculose e HIV e melhorar o trabalho em conjunto dos dois programas.

## **3 METODO**

### **3.1 Cenário do projeto de intervenção**

A pesquisa será realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava dentro dos serviços que são responsáveis sobre os programas de Tuberculose e HIV/Aids, atenção básica e rede hospitalar.

O AMPDS é um ambulatório que faz referência municipal à Tuberculose há mais de 20 anos, passou por descentralização nos anos de 2002 e como cita Vieira et al (2011), foi também efetuado um trabalho de sensibilização, entre abril de 2003 a julho de 2004, por meio de dinâmicas de grupo com o objetivo de melhorar o relacionamento interpessoal das equipes das unidades básicas de saúde para a manutenção da descentralização da hanseníase e tuberculose. Estas ações repercutem até os dias de hoje, sendo que sempre há necessidade de reintegrar os serviços da atenção básica assim como da rede hospitalar.

De acordo com Monroe et al (2008), desde o ano de 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem demonstrando sua preocupação em relação à

qualificação das equipes de saúde para assumirem as responsabilidades com as ações de controle da TB, questão que emerge no bojo da descentralização e integração do controle da doença nos serviços de Atenção Primária à Saúde e que representa um dos desafios para a expansão sustentável da estratégia DOTS (Directly Observed Therapy Short Course – Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração) e para o alcance das metas de detecção e cura.

O SAE – Serviço de atendimento especializado atua em Guarapuava realizando ações de diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS e hepatites virais. Inicialmente atendia todos os municípios da Regional de Saúde, agora está focado no atendimento dos residentes de Guarapuava. Atualmente o ambulatório padece com falta de infectologista e isso está dificultando o trabalho da equipe, assim como a centralização de testes rápidos de diagnóstico de HIV que ao invés de serem realizados nas unidades básicas de saúde, acabam sendo encaminhados todos ao SAE.

O trabalho do SAE e AMPDS em conjunto elenca uma série de dificuldades, primeiramente a falta de médico infectologista o que retardam algumas ações. Outro ponto é a localização dos ambulatórios que ficam distantes e os pacientes acabam tendo dificuldade em localizar os endereços. Já foi sugerido a gestão municipal que alocasse os dois programas próximos ou realizasse fusão dos mesmos e assim focar e um atendimento de qualidade, centrado no cuidado e no objetivo de apoio à atenção básica, não como executores de suas ações.

É necessário conhecimento da rede hospitalar do município para averiguar o interesse em se investigar tuberculose, para que a doença não seja vista como uma outra patologia que acaba sendo mascarada com uso de medicamentos, assim como verifica a realização de testagem de HIV na rede hospitalar como rotina, garantindo assim uma eficácia do tratamento.

### **3.2 Elementos do plano de intervenção**

O projeto pretende monitorar todas as notificações de tuberculose coinfetados com o vírus HIV, mensurando a época do diagnóstico de HIV, se foi ou não concomitante ao diagnóstico de tuberculose; verificando o prontuário eletrônico que está disponível em todo o serviço público do município, averiguando às idas até as

unidades de saúde, elencando possíveis subnotificações das patologias e “esquecimentos” de solicitar pesquisa de HIV.

Grande parte dos enfermeiros da atenção básica já foram capacitados para realizar a testagem rápida de HIV, porém somente 1 unidade básica realiza os testes. Guarapuava é um município de médio porte e o SAE fica na região central da cidade e muitas pessoas acabam não vindo procurar o programa pela distância e pela falta até mesmo de recurso financeiro para o transporte coletivo. Mediante a esta falta de execução de testes o projeto também vai abordar este tema para ser debatido com a gestão municipal para que estimulem os enfermeiros a realizar a testagem nas unidades de saúde, garantindo assim diagnóstico precoce.

Outro ponto de extrema necessidade de intervenção é o baixo índice de busca de sintomáticos respiratórios. No ano de 2016, o município realizou 30% da meta de investigar 1690 pessoas, demonstrando pouca ação nas unidades básicas, mesmo com todas as ações de mobilização e conscientização das equipes, agentes de saúde por parte do ambulatório de referência de tuberculose.

### **3.3 Fragilidades e oportunidades**

#### **Fragilidades**

Falta de equipe completa no SAE (médico infectologista e assistente social, técnico de enfermagem em número suficiente);

Falta de acesso a sistemas de informação do SAE, pelo fato de não haver prontuário eletrônico naquele setor;

Atenção básica com precariedades, como falta de médicos e equipes insuficientes para atendimento à população;

Gestão com dificuldade de entender a necessidade de se valorizar e apoiar os serviços de HIV/AIDS e Tuberculose

## **Oportunidades**

Vontade política e organizacional para melhorar as ações dos programas  
Vínculos com outras esferas da saúde pública, como a Regional de Saúde, sistema prisional e rede hospitalar.

Facilidade a acesso a informações da rede hospitalar.

Equipes do AMPDS e SAE motivadas em unificar os serviços e assim melhorar o atendimento aos pacientes coinfectados.

Pacientes colaborativos para “contar” sua história de forma que auxilie no tratamento.

Acolhimento humanizado dos programas de tuberculose e HIV/AIDS.

### **3.4 Processo de avaliação**

Após levantamento de dados dos setores envolvidos, será realizado um processo de avaliação sobre como o paciente foi diagnosticado tanto com tuberculose e HIV, averiguando se estas notificações se relacionam, haja vista que o teste de HIV é um teste obrigatório a ser realizado nos casos notificados com tuberculose;

Em seguida, serão realizados o repasse das informações da pesquisa para a gestão municipal, com intuito de se manter o processo de pesquisa na área, assim somando argumentos para a realização da fusão dos dois programas.

Cabe aqui estimular a participação da atenção básica na investigação de sintomáticos respiratórios e testagem rápida para o HIV, haja vista que as unidades de saúde são porta de entrada para o sistema e necessitam estar envolvidas no processo, pois conforme cita Ferraz e Nemes (2009), embora a prevenção das DST/AIDS não esteja explicitamente estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica como área prioritária, a integração dessas atividades na atenção básica consta em documentos referenciais do Programa Nacional de DST e AIDS (PN DST/AIDS) como melhor alternativa para a prevenção de novas infecções e instrumento capaz de antecipar problemas individuais e coletivos em relação à epidemia de HIV e AIDS e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desconhecimento da coinfeção TB/HIV pode ser um fator de atraso de diagnóstico, óbito e falhas terapêuticas e resistência medicamentosa. A agilidade no processo diagnóstico corrobora com o bom prognóstico do tratamento.

Ampliar a oferta de testes rápidos de HIV no município assim como ampliar a busca dos sintomáticos respiratórios possibilita diagnóstico precoce que conseqüentemente gera menos ônus ao serviço de saúde

Valorizar os programas que dão suporte a Tuberculose é de suma importância, haja vista a necessidade da capacitação em Tuberculose assumindo assim importante papel e garantindo a compreensão da doença e seus condicionantes, bem como de instrumentos e tecnologias utilizadas para sua prevenção e controle. Supervisões contínuas também são necessárias para a identificação de falhas, dificuldades no processo de operacionalização, correções e aprimoramento de habilidades adquiridas. A prática da supervisão pautada na finalidade administrativo-gerencial deve ser superada, de modo que esta seja conduzida de forma motivadora pelo coordenador do PCT para facilitar que as equipes da Atenção Básica se responsabilizem pelo controle da TB (MONROE et al, 2008).

No momento em que o SUS se encontra hoje, apesar e todas as falhas e falta de recursos, o sistema possibilita realizar inúmeras atividades de prevenção e diagnóstico precoce a fim de reduzir o ônus financeiro e social. Acaba sendo deprimente aqueles inúmeros pacientes que são diagnosticados com AIDS e Tuberculose em uma UTI, onde pouco o sistema de saúde pode fazer, mas quando há uma investigação de seu histórico, prontuário, se observam várias idas e vindas em consultas em unidades de saúde, serviços de emergência com sintomas clássicos das doenças. O paciente clamando por um diagnóstico que resolva seus problemas e os profissionais e o sistema simplesmente fecham os olhos, talvez por esquecerem da presença constante da tuberculose e do HIV, ou talvez por puro comodismo de não se realizar uma investigação mais aprofundada e a falta de se colocar no lugar do outro e valorizar mais a vida do próximo.

## 5. REFERENCIAS

Brunello MEF et al. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV/TB Rev Saúde Pública 2010.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg. et al. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 42(2):119-125, mar-abr, 2009

Cecilio, Hellen Pollyanna Mantelo, et al. "Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose." *Acta Paul Enferm* 26.3 (2013): 250-5.

IBGE cidades. Município de Guarapuava disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=4109401>> Acesso em 11 de março de 2017.

Ferraz, Dulce Aurélia de Souza, and Maria Ines Battistella Nemes. "Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil." *Cadernos de Saúde Pública* 25 (2009): s240-s250.

MENDES, E. V. – AS Redes de Atenção a Saúde; OPAS, Brasília, 2011.  
Monroe, Aline Aparecida, et al. "Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose." *Rev Esc Enferm USP* 42.2 (2008): 262-7.

OLIVEIRA, Helder; SILVA, Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose na atenção básica em Fortaleza, Ceará. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 38, n. 3, p. 382-385, 2012.

Rodrigues, Débora César Souza, et al. "A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose." *Cogitare Enfermagem* 16.3 (2011).

Schmidt, Lisandro Pezzi. A (re) produção de um espaço desigual poder e segregação socioespacial em Guarapuava (PR). Tese. Orientador, Elson Manoel Pereira. - Florianópolis, SC, 2009.

WHO. World Health Organization. GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT Library Cataloguing-in-Publication Data Global tuberculosis report 2016.

VIEIRA, I.R.; KATAYAMA, E.M.Y.; FRANÇA, A.A.; LOZOVE, S., D'OLIVEIRA, S.L.D. Atuação da referência na descentralização das ações de controle da hanseníase em Guarapuava-PR. *Hansenologia Internationalis*, 2011; 36(1): 122

## ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

**CRITÉRIO LABORATORIAL** - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.  
**CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO** - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença <b>TUBERCULOSE</b>		Código (CID10) A16.9	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação				Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>						
	31 N° do Prontuário		32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-óbito				
33 Populações Especiais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		População Privada de Liberdade População em Situação de Rua		Profissional de Saúde Imigrante		34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
35 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		36 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra					
37 Doenças e Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica		39 Radiografia do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado		40 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado			
41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				42 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado			
43 Cultura 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado		44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) 1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado		45 Teste de Sensibilidade 1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado			
46 Data de Início do Tratamento Atual				47 Total de Contatos Identificados			
Município/Unidade de Saúde					Cód. da Unid. de Saúde		
Nome		Função		Assinatura			
Tuberculose							