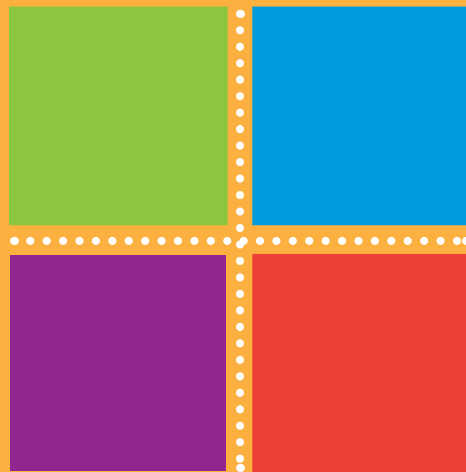
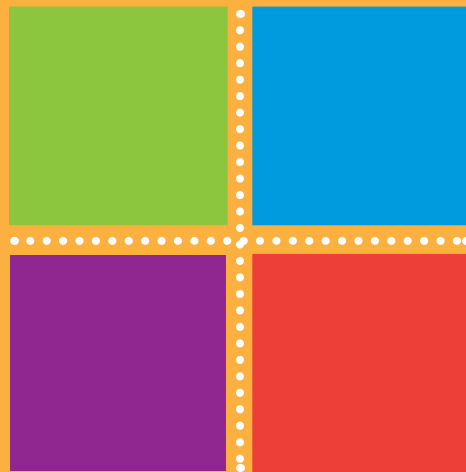


Lista de Verificação Simplificada para **Controle de Infecção por TB**



Lista de Verificação Simplificada para **Controle de Infecção por TB**



Lista de Verificação Simplificada para Controle de Infecção por Tuberculose
© 2011 pela FHI 360 (originalmente criada em 2010)

Este trabalho tornou-se possível graças ao generoso apoio do povo americano por meio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). O conteúdo é de responsabilidade da FHI 360 e do TB CAP e não reflete necessariamente os pontos de vista da USAID ou do Governo dos Estados Unidos. A ajuda financeira foi fornecida pelo Bureau de Saúde Global, Departamento de Saúde, Doenças Infecciosas e Nutrição (HIDN), USAID por meio do TB CAP nos termos do Acordo No GHS-A-00-05-00019-00.

Agradecimentos

- Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e TB CAP
- Jintana Ngamvithayapong-Yanai, PhD, JATA
- Carol Hamilton, Doutor em Medicina, FHI 360
- Paul Jensen, PhD, CDC
- Seraphine Kabanje, Doutor em Medicina, e Amos Nota, FHI 360/Zâmbia
- Yared Kebede Haile, Doutor em Medicina, e Max Meis, Doutor em Medicina, KNCV Holanda
- Rose Pray, RN, OMS
- Maria Pia Sanchez, RN, MSH
- Ezra Shimeles, Doutor em Medicina, KNCV Etiópia
- Participantes do workshop em Livingstone, Zâmbia, são das seguintes organizações: PIH Lesoto, Wellness Center Suazilândia, MSF Khayelitsha África do Sul, PATH Tanzânia, MSH Malauí e Gana, ICW Uganda, CWG in Health Zimbábue, COSH KZN África do Sul, Aurum Institute África do Sul, FHI 360/Moçambique, NETMA+ Quênia. Zâmbia: CIDRZ, CHEP, ZAMBART, COBTAG, CHAZ, ZPCT, JATA Zâmbia, NTP, AMDA, CDC, DHMT e OMS
- Agentes de adesão voluntária e tratamento da tuberculose, Ndola e Kitwe, Zâmbia
- GLRA Etiópia
- Agentes de extensão de saúde do governo e supervisores de enfermagem da HAPSCO, Addis Ababa e Assela, Etiópia
- Francesca Stuer, MSc, RN e Altaye Kidane, Doutor em Medicina, FHI 360/Etiópia
- Stella Kirkendale, MPH, consultora comunitária, FHI 360

FHI 360
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Telefone: 919.544.7040
Website: www.fhi360.org



Lista de Verificação Simplificada para Controle de Infecção por TB

Cronograma do projeto: Janeiro-Setembro de 2010

Histórico

O Programa de Assistência e Controle da Tuberculose (TB CAP) é uma coalizão de parceiros apoiada pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) que fornece assistência técnica para o controle da tuberculose em todo o mundo. A FHI 360, juntamente com os parceiros do TB CAP, desenvolveu uma **Lista de Verificação Simplificada para Controle de Infecção por Tuberculose**. Esta lista é direcionada aos agentes comunitários de saúde (ACSs) na África Subsaariana para prevenir a transmissão da tuberculose em ambientes comunitários com alta prevalência de infecção por HIV. Os seguintes parceiros colaboraram:

- Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDCs)
- Organização Mundial da Saúde (OMS)
- Associação Japonesa Antituberculose (JATA)
- Gestão de Ciências para Saúde (MSH)
- Fundação KNCV contra Tuberculose
- FHI 360

Os pacientes infectados por TB, HIV e TB/HIV enfrentam inúmeros obstáculos quando buscam serviços em ambientes clínicos e hospitalares tradicionais que geralmente são escassos e muito distantes do local onde residem. Com o reconhecimento dessas barreiras, programas de combate à TB e ao HIV em âmbito nacional têm criado programas comunitários de cuidados e tratamento de saúde. Esses programas permitem aos ACSs fornecerem o tratamento contra a tuberculose e o apoio ao tratamento, tais como tratamento diretamente observado (DOT), além de ensinar as pessoas sobre tuberculose e outros temas de saúde pública. Esses esforços têm gerado melhores resultados em termos de saúde através da descoberta precoce e tratamento de sua doença.

As medições do controle de infecção por tuberculose (TB IC) nas comunidades são muito importantes, particularmente em áreas com alta prevalência de HIV. A maioria dos esforços de TB IC até hoje, contudo, têm focado em cenários e instalações maiores de cuidados de saúde, negligenciando os ambientes comunitários. Como resultado dessa negligência, existem recursos limitados disponíveis para ajudar os ACSs a não se infectarem enquanto estiverem trabalhando com as comunidades por eles atendidas. Os agentes comunitários de saúde também carecem de materiais didáticos adequados para serem usados nas atividades educacionais do dia a dia com os pacientes e a comunidade.



Lista de Verificação Simplificada para Controle de Infecção por TB

Objetivo

O objetivo do projeto é aumentar a atenção e as medidas específicas referentes aos problemas de TB IC na comunidade e assim reduzir não só o risco de transmissão de tuberculose dos clientes para os ACSs, como a transmissão nos domicílios e nas comunidades. A Lista de Verificação objetiva fornecer aos Programas Nacionais de Controle da Tuberculose (PNCT), bem como aos programas não governamentais e aqueles ao nível da comunidade, entre outros, maneiras bem práticas de implementar corretamente um TB IC e de minimizar o risco de transmissão dentro dos ambientes residenciais das comunidades, incluindo famílias e domicílios.

Métodos

Uma **revisão de literatura** e das ferramentas existentes sobre TB IC para os ACSs foi realizada, e além disso foi desenvolvido um documento resumido. Pelo fato de o tema ser bem recente, grande parte da pesquisa foi concentrada em informações on-line, incluindo “resumos de congressos” e fontes referentes a organizações pares que trabalham nos cuidados e na prevenção de TB e TB/HIV.

Uma **lista inicial de verificação em três partes** foi desenvolvida com enfoque em TB IC em domicílios e em ambientes comunitários, bem como no apoio organizacional para ACSs que trabalham com pacientes com tuberculose. Essa versão inicial teve por base as diretrizes existentes da OMS, CDC e outras diretrizes de Controle de Infecção IC, na língua inglesa.

A FHI 360 e os parceiros de colaboração convocaram um **workshop interativo de interessados (stakeholders)** com parceiros do TB CAP e não-TB CAP em Livingstone, Zâmbia, no mês de abril de 2010. Os participantes do workshop (40) incluíram representantes de organizações que apoiam a implementação de atividades comunitárias em termos de controle de tuberculose e TB/HIV em 11 países da África Subsaariana: Zimbábue, Zâmbia, Moçambique, Suazilândia, Lesoto, África do Sul, Uganda, Tanzânia, Quênia, Malauí e Gana.

Os objetivos do workshop foram:

- Discutir por que TB IC nos domicílios e nas comunidades é importante
- Discutir as principais necessidades, barreiras e oportunidades para a implementação de TB IC nos domicílios e nas comunidades
- Obter dados dos interessados sobre o tema e suas reações em relação a uma versão inicial da “Lista de Verificação Simplificada para Controle de Infecção por TB”



Lista de Verificação Simplificada para Controle de Infecção por TB

A lista de verificação em três partes foi modificada durante o workshop com base nas experiências dos participantes em nível comunitário, experiências estas que foram discutidas em pequenos grupos. As principais recomendações do workshop incluíram:

- Condução de um teste sistemático em campo para garantir a viabilidade e a aceitabilidade, para incluir supervisores e gerentes de programa de saúde pública e as pessoas que trabalham no campo em questão.
- Produção da lista de verificação final em inglês como um documento genérico em formato eletrônico, de modo que cada país ou organização possa personalizar e, caso necessário, traduzir o documento em idiomas locais.

A lista de verificação foi **testada em campo** com os ACSs e supervisores em dois locais periurbanos na Zâmbia (Ndola e Kitwe) e em um local urbano e rural na Etiópia (Addis Ababa e Assela) durante os meses de agosto e setembro de 2010.

Resultado

Uma lista de verificação simplificada em três partes foi desenvolvida para fins de modificação e uso local por parte dos agentes comunitários de saúde para prevenir a transmissão da tuberculose, particularmente em ambientes comunitários com alta prevalência de HIV.

Próximas etapas

Decisões sobre o formato da lista de verificação e como ela será usada serão tomadas por meio de programas PNCT de cada país a fim de garantir que uma atenção seja dada em contextos e situações locais. É altamente recomendável que as listas de verificação sejam apresentadas no contexto de prioridades e programas PNCT e dos ministérios da saúde. É recomendável que a lista de verificação seja usada em treinamentos de TB IC dos agentes comunitários de saúde.

Consultas

Por gentileza, entrar em contato com Stella Kirkendale no endereço skirkendale@fhi360.org para obter mais informações ou uma versão eletrônica deste documento em Microsoft Word.



Lista de Verificação Simplificada para **Controle de Infecção por TB** direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde e Voluntários que Trabalham em Ambientes com Alta Prevalência de HIV na África Subsaariana

As seguintes listas de verificação foram desenvolvidas para ajudar a monitorar e reduzir o risco de transmissão de tuberculose (TB) em domicílios e para reduzir o risco de exposição à TB entre os agentes comunitários de saúde (ACSs) em ambientes com alta prevalência de HIV.

Lista de verificação	Por que precisamos desta lista?	Quem usará esta lista?	Quando usar esta lista?	Como usar esta lista?
Lista de verificação 1 Domicílio	<ul style="list-style-type: none">Para orientar os ACSs na prática de TB IC em domicílios a fim de melhorar a própria segurança dos ACSsPara facilitar a identificação imediata de casos ativos de TB em domicíliosPara educar as pessoas nos domicílios onde a TB estiver presente, de modo que os membros da família possam reduzir o risco de transmissão para outras pessoas dentro de casa ou para pessoas que visitarem sua casa	ACSs	<ul style="list-style-type: none">Pelo menos uma vez por paciente, especialmente na fase inicial de tratamento da TB nas comunidadesPeriodicamente durante visitas em domicílio para tratamento da TB	Os ACSs podem levar a lista de verificação às casas dos pacientes e preenchê-las por meio de observação ou entrevistando o paciente e os membros da família
Lista de verificação 2 Comunidade	<ul style="list-style-type: none">Para reduzir o risco de transmissão de TB nos ambientes comunitários onde as pessoas com TB e as pessoas que vivem com HIV (PLHIV) possam se reunir (como em um local tradicional de cura, igreja ou clube)Para planejar uma maior conscientização em termos de TB IC para os líderes comunitários	ACSs ou seus supervisores	<ul style="list-style-type: none">Pelo menos uma vez por ano	<ol style="list-style-type: none">Examinar o mapa da comunidadeIdentificar os locais onde as pessoas se reúnemUsar uma lista de verificação por localPreencher as listas de verificação observando a atividade naquele local e entrevistando o chefe daquela comunidade
Lista de verificação 3 Organizações	<ul style="list-style-type: none">Para reduzir o risco de exposição dos ACSs à TB e seu risco de desenvolver TBPara planejar treinamento e intervenções de TB IC para os ACSs	Supervisores/gerentes de programas dos ACSs	<ul style="list-style-type: none">Pelo menos uma vez por ano	Os supervisores/gerentes do programa preenchem essa lista e compartilham os resultados com os ACSs



Lista de Verificação 1: Controle de Infecção por TB nos Domicílios

NOME DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

DATA

Instruções

Preencha a lista de verificação a seguir entrevistando o cliente/paciente de TB na casa dele.

(NA = não se aplica ou não sabe.)

- Use essa lista de verificação pelo menos uma vez para cada cliente/paciente, principalmente na fase inicial do tratamento de TB baseado na comunidade. Repita periodicamente a avaliação da lista de verificação durante as visitas do tratamento de TB.
- Explique a finalidade da lista de verificação aos clientes/pacientes e reafirme que todas as informações serão confidenciais.
- Explique que a entrevista levará cerca de 30 minutos e, em seguida, obtenha a permissão do cliente/paciente para continuar.
- Depois de preencher a lista de verificação, discuta os resultados com os supervisores e com o pessoal relevante para os quais você enviará a lista de verificação.

Informações sobre o cliente/paciente de TB

(do registro de TB/cartão de tratamento de TB)

UNIDADE DE SAÚDE

NÚMERO DE TB

NOME DO CLIENTE/PACIENTE

IDADE ENDEREÇO DO CLIENTE/PACIENTE

DATA EM QUE O CLIENTE/PACIENTE INICIOU O TRATAMENTO DE TB

Atividades focadas no cliente

	Sim	Não	NA/não sabe	Ações/comentários
1. O cliente/paciente está engolindo e tolerando o medicamento de TB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em caso negativo, descreva os problemas e analise a importância de levar ao conhecimento da equipe de TB.
Em caso afirmativo, tipo de tratamento diretamente observado (DOT):				
■ Nenhuma DOT (auto-medicação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ DOT por membro da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ DOT por ACS em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ DOT por profissional da saúde na unidade de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Outros _____				

Atividades focadas no cliente

	Sim	Não	NA/não sabe	Ações/comentários
<p>2. Pergunte ao cliente/paciente se ele/ela observou alguma coisa fora do comum na sua saúde desde que iniciou o tratamento. Não questione. Marque as opções apropriadas caso os clientes mencionem um dos problemas de saúde descritos abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Erupção cutânea, coceira <input type="checkbox"/> Náusea (vontade de vomitar) ou ocorrência de vômitos <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Dor nas articulações <input type="checkbox"/> Perda ou redução de apetite <input type="checkbox"/> Visão turva (de repente não consegue ver adequadamente, com um ou os dois olhos) <input type="checkbox"/> Dormência ou dor nas mãos ou na sola dos pés 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Em caso negativo, confirme com o cliente</p> <p>Caso o problema persista ou esteja piorando, forneça uma referência para o centro de saúde</p>
<p>3. O cliente/paciente tem acesso a comida para quando tomar o medicamento?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descreva
<p>4. O cliente/paciente revelou seu estado de TB para os membros da família?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em caso negativo, analise os prós e os contras da revelação
<p>5. Algum outro membro da família teve tosse? Em caso afirmativo, pergunte por quanto tempo.</p> <p>E quantas pessoas moram nessa casa além da pessoa com TB? _____ pessoas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quantas crianças com menos de 5 anos _____ <input type="checkbox"/> Idosos _____ <input type="checkbox"/> Gestantes _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caso a tosse esteja presente por mais de 2 semanas, aconselhe-os a ir a um centro de saúde para fazer um exame de TB

Atividades focadas no cliente	Sim	Não	NA/não sabe	Ações/comentários
<p>6. Outros membros da família já fizeram exame de TB? Em caso afirmativo, quantos? _____</p> <p>Tipo de exame de TB (mais de uma resposta possível):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Exame clínico por funcionários de posto de saúde <input type="checkbox"/> Teste de catarro <input type="checkbox"/> Radiografia do tórax <input type="checkbox"/> Avaliação de sinais e sintomas de TB 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>7. O cliente/paciente é capaz de demonstrar boa higiene em relação à tosse?</p> <p>Em caso afirmativo, quais são os cuidados tomados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cobre a boca com um lenço <input type="checkbox"/> Cobre a boca com o braço <input type="checkbox"/> Usa uma máscara 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em caso negativo, ensine os métodos adequados
<p>8. O cliente/paciente sabe como eliminar com segurança o catarro? Exemplos: Tossir em um lenço descartável ou em um recipiente com uma tampa de segurança.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em caso negativo, ensine os métodos adequados
<p>9. Até que o cliente/paciente tenha resultado negativo para o esfregaço da expectoração, o que normalmente ocorre poucas semanas após o início do tratamento de TB, ele pode infectar outras pessoas. O cliente/paciente sabe como reduzir o risco de expor outras pessoas à TB enquanto ainda estiver contagioso?</p> <p>Exemplos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Socialização em áreas externas (e não áreas internas) durante o período infeccioso (ou até um resultado negativo do esfregaço da expectoração) <input type="checkbox"/> Cumprimentar os visitantes na área externa mais do que na parte interna da casa <input type="checkbox"/> Caso possível, evitar transportes lotados 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em caso negativo, instrua sobre as formas de proteger os outros
<p>10. O cliente/paciente sabe como reduzir a transmissão de TB se o contato interno com visitantes não puder ser evitado? (“Visitantes” são pessoas que não são moradores regulares do domicílio.)</p> <p>Exemplos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fazer com que o cliente/paciente fique em um quarto separado, com a porta fechada <input type="checkbox"/> Abrir portas e janelas <input type="checkbox"/> Usar uma boa higiene em relação à tosse 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em caso negativo, instrua o cliente/paciente sobre as formas de proteger os outros

Atividades focadas no cliente	Sim	Não	NA/não sabe	Ações/comentários
11. O cliente/paciente e os membros da família podem e desejam maximizar o tempo em que as janelas e portas ficam abertas durante o dia? (Existem janelas que podem ser abertas?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instrua sobre a importância da ventilação para reduzir a disseminação de TB
12. O cliente/paciente fez teste de HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Caso ele não tenha feito o teste, encaminhe para aconselhamento e teste de HIV</p> <p>Caso tenha feito o teste há mais de 6 meses, recomende um novo teste</p>
13. Caso o cliente/paciente tenha feito o teste de HIV, qual foi o resultado?			<input type="checkbox"/>	<p>Caso negativo, reforce como permanecer negativo</p> <p>Caso seja soropositivo, verifique se ele/ela está recebendo os serviços ou precisa de referências</p>
14. Outros moradores do domicílio fizeram teste de HIV?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> O resultado de HIV é conhecido? <input type="checkbox"/> O prestador de cuidados de HIV dessas pessoas sabe que elas estão expostas a alguém com TB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Caso seja soropositivo, aconselhe sobre o exame de TB no posto de saúde e o Programa de Terapia Preventiva com Isoniazida (IPT), quando elegível</p>
15. O cliente/paciente tem alguma dúvida? Caso tenha, descreva-as:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda de acordo

Durante a sua visita, também preencha a lista de verificação a seguir.

Questões ambientais a serem observadas pelo ACS em cada visita	Sim	Não	NA/não sabe	Descreva
1. A casa tem janelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As janelas e portas estão abertas para permitir o máximo de ventilação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. O cliente/paciente tem muitos visitantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Somente os moradores do domicílio estão presentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Existem pessoas especialmente vulneráveis morando no domicílio com o cliente/paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Crianças com menos de 5 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Pessoas soropositivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Idosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Gestantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. O cliente/paciente cobre a boca ao tossir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Proteção Pessoal do ACS	Sim	Não	NA/não sabe	Descreva
1. Sempre que possível, você está levando seu cliente/ paciente para uma área externa a fim de coletar amostras de expectoração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Caso o cliente/paciente seja resistente a vários medicamentos para TB (MDR) ou muito resistente aos medicamentos para TB (XDR), você usa máscara facial com ajuste testado (respirador) enquanto o paciente ainda está contagioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Trace um esboço da planta baixa da casa (ou seja, como está dividida internamente) que você visitou e indique onde o cliente/paciente de TB dorme em relação aos outros.

Outras pessoas que moram na casa

Exemplo: inquilino, sogra

	Idade	Homem/ Mulher	Situação quanto a HIV	Sintomas de TB que possam ter
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

Resuma a principal verificação da visita (pontos fortes e fracos relativos ao controle de infecção por TB).

Descreva suas recomendações e as próximas etapas.

Agradeça a eles antes de sair.





Lista de Verificação 2: Controle de Infecção por TB em Ambientes Comunitários

NOME DA COMUNIDADE

Ambiente observado: Igreja Local tradicional/religioso de cura Escola Cinema/casa de vídeo Ônibus/táxi
 Mercado Bares Outro (descreva) _____

NOME DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

DATA

HORA

NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL PELO AMBIENTE

INFORMAÇÕES DE CONTATO (ENDEREÇO, TELEFONE)

LOCAL DE TRABALHO DO ACS

Instruções

Apresente-se. Explique que a finalidade da sua visita é falar sobre TB e como reduzir o risco de transmissão de TB em ambientes comunitários onde pessoas com TB e HIV podem se reunir. Explique que você deseja desenvolver um plano para aumentar a conscientização do controle de infecção por TB na comunidade.

Pergunte à pessoa responsável pelo estabelecimento as seguintes questões.

Sim

Não

NA/não sabe

Respostas do entrevistado

Comentários do supervisor

1. Por favor, explique o que você sabe sobre TB (verifique):
 - Transmissão de TB (pelo ar)
 - Sinais e sintomas da TB (tosse crônica por mais de 2 semanas, suores noturnos, perda de peso)
 - Tratamento (a TB tem cura, mesmo quando associada ao HIV, desde que o paciente de TB conclua todo o curso do medicamento)
 - Prevenção (higiene em relação à tosse, detecção de novos casos, ventilação natural)

2. O que você acha que deve ser feito para educar as pessoas sobre os cuidados de higiene em relação à tosse?

Pergunte à pessoa responsável pelo estabelecimento as seguintes questões.	Sim	Não	NA/não sabe	Respostas do entrevistado	Comentários do supervisor
3. As pessoas costumam se reunir neste local por mais de 2 horas seguidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. É comum que crianças pequenas (com menos de 5 anos) fiquem muito tempo aqui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Quando as pessoas estão aqui, é comum manter a maioria das <input type="checkbox"/> Portas abertas? <input type="checkbox"/> Janelas abertas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Pense em como maximizar a ventilação
Observe o seguinte	Sim	Não	NA/não sabe	Observações do ACS	Comentários do supervisor
1. Este local é <input type="checkbox"/> Um espaço aberto (s/paredes, ao ar livre)? <input type="checkbox"/> Um espaço fechado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2. O local tem janelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Durante a sua visita, a maioria das <input type="checkbox"/> Janelas estão abertas? <input type="checkbox"/> Portas estão abertas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Observe o seguinte	Sim	Não	NA/não sabe	Observações do ACS	Comentários do supervisor
4. Você vê pessoas tossindo e expectorando no local?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. As pessoas estão cobrindo a boca quando tosse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Existem materiais sobre controle de infecção por TB visíveis e prontamente disponíveis para as pessoas que chegam a este local?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Outras observações

Ações tomadas pelo ACS no local (p. ex., educação, feedback direto, plano de ação/cronograma para o ACS, palavras de incentivo)

O que o supervisor deveria fazer ou quem poderia ser contatado para facilitar as mudanças recomendadas?

Comentário e ações por parte do supervisor (desempenho/supervisão, medidas para o próximo nível)



Lista de Verificação 3: O que as organizações devem fazer para prevenir a TB nos agentes comunitários de saúde

NOME DO SUPERVISOR / GERENTE DO PROGRAMA

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

Preencha a lista de verificação a seguir e compartilhe com os outros agentes comunitários de saúde (ACSs). Muito obrigado.

Lista de verificação	Sim	Não	NA/não sabe	Comentários
<p>1. A sua organização ou instituição tem uma política sobre controle de infecção por TB em domicílios e ambientes comunitários?</p> <p>■ Em caso negativo, a sua organização segue outras diretrizes distritais ou locais?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Informe o nome e as informações de contato da pessoa responsável
<p>2. A sua organização tem procedimentos por escrito sobre controle de infecção por TB? Em caso afirmativo, eles especificam:</p> <p>■ Equipamento de proteção pessoal?</p> <p>■ Referência de pacientes?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>3. Existe uma pessoa especializada no controle de infecção por TB responsável pelo treinamento na sua organização?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>4. A sua organização forneceu aos ACSs orientações ou treinamento sobre controle de infecção por TB em domicílios e ambientes comunitários?</p> <p>■ Em caso afirmativo, quando foi a última vez que eles receberam treinamento ou um curso de reciclagem?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>5. Os ACSs têm acesso a exames de TB pelo menos uma vez por ano ou qualquer momento que apresentem sintomas de TB?</p> <p>■ Em caso afirmativo, informe o local:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lista de verificação	Sim	Não	NA/não sabe	Comentários
<p>6. A sua organização fornece acesso a teste de HIV confidencial e gratuito?</p> <p>■ Caso forneça, onde?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>7. Caso um ACS da sua organização seja soropositivo:</p> <p>■ Ele/ela teria acesso a serviços de cuidados e tratamento de HIV?</p> <p>■ O ACS teria acesso à terapia preventiva com isoniazida (IPT) para TB (quando aplicável)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>8. Caso um ACS seja soropositivo, é recomendável que ele/ela tente evitar a exposição a casos de TB ativa.</p> <p>■ A sua organização oferece remanejamento de cargos para os ACSs soropositivos ou atribui a eles outras responsabilidades longe dos pacientes de TB?</p> <p>■ Se um ACS soropositivo não puder ser remanejado e for o único treinado para atender os pacientes com TB, que medidas a organização tomará para protegê-lo da exposição à TB?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Nesse caso, liste-os</p> <p>Descreva</p>
<p>9. A sua organização tem uma estratégia para detectar casos ativos de TB nos domicílios e nas comunidades?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>10. A sua organização colabora com grupos da comunidade para intensificar a detecção de casos de TB (identificar ativamente e fazer exames de TB nas pessoas de alto risco)?</p> <p>■ Nesse caso, como?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>11. A sua organização faz um acompanhamento (p. ex., ter um registro) dos ACSs que desenvolveram TB ativa a cada ano?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>12. Se um ACS estiver cuidando de um cliente resistente a vários medicamentos (MDR) ou muito resistente aos medicamentos (XDR) de TB que receberá tratamento baseado na comunidade, a sua organização fornece ao ACS uma máscara facial adequada (respirador) que tenha o ajuste testado para uso até que o paciente não esteja mais contagioso?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Liste as áreas nas quais o ACS precisa de suporte técnico.



FHI 360

Caixa Postal 13950

Research Triangle Park, NC 27709 EUA

Telephone: 919.544.7040

Website: www.fhi360.org

