



Ministério da Saúde
Direção Nacional de Saúde Pública
Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

Política e Plano Nacional de Controlo da Infecção para a Tuberculose em Unidades Sanitárias e ambientes conglomerados de Moçambique

“Promovendo a segurança sem estigmatização”



Maputo, Dezembro de 2010

Agradecimentos

O presente plano foi elaborado pela Dra. Eliana Coelho, responsável pela área de Controlo de Infecção para Tuberculose do PNCT no MISAU e pela Dra. Luciana Brondi, Assessora Técnica para TB/HIV e Controlo de Infecções da Jhpiego.

Os seguintes profissionais contribuíram para a revisão da política e plano nacional:

MISAU:

Dr. Mouzinho Saíde (Director Nacional de Saúde Pública), Dr. Egídio Langa (Chefe do PNCT, MISAU), Dra. Maria José Pires Machai (PNCT, MISAU), Sr. Lourenço Nhocuana (PNCT), Dra. Elizabeth Coelho (Laboratório Nacional de Referência Tuberculose, INS), Dra. Nureisha Cadir (Laboratório Nacional de Referência Tuberculose, INS), Dra. Olga Novela (PCI/DNAM), Dr. Daniel Chicavel (PCI/DNAM), Dr. Antonio Meque (PNCHIV/SIDA), Dr. Daniel Lee (Assessor PNCHIV/SIDA).

Sr. Zacarias Chissequere (Direcção Província Maputo), Enfermeira Eleutéria Jaime (Hospital Rural de Chicumbane), Enfermeira Luiza Mbeve (Direcção Cidade de Maputo), Dra. Lizete Mualeia (Hospital Geral da Machava), Dra. Elisabete Nunes (Hospital Central de Maputo), Dra. Ana Paula Rodrigues (Hospital Geral da Machava), Dra. Glória Vicente (Hospital Geral do Mavalane).

Parceiros:

Dra. Shalala Ahmadova (OMS), Dr. Emmanuel Aidee (OMS), Dra. Miranda Brouwer (HAI), Kawi Mailutha (CDC), Hercínia Manjate (OMS), Dr. Mbate Matandalasse (MSF Bélgica), Dra. Micó Polana (Jhpiego), Dra. Hanifa Rahman (CDC), Dr. Benedito Toalha (FHI), Dra. Archa Hassane (FHI).

Lista de Tabelas e Figuras

Figura 1. Casos de tuberculose notificados de 2001 a 2009

Figura 2. Medidas de controlo da Tuberculose na sua ordem de importância

Figura 3. Hierarquia das medidas de controlo para TB e suas funções

Figura 4. Caixas ilustrativas das responsabilidades de cada nível de gestão para CITB

Índice

Abreviaturas e Definições	5
Abreviaturas:	5
Definições:.....	6
Prefácio.....	7
Introdução.....	7
Antecedentes e fundamentação	9
Propósito.....	11
Objectivos Gerais.....	11
Âmbito.....	11
Estratégias de Acção	11
Responsabilidades e autoridade.....	12
Estratégias Parte I – Actividades de responsabilidade do nível central e provincial.....	14
Estratégia 1: <i>Sensibilização, colaboração e coordenação dos intervenientes para o CI TB</i>	14
Estratégia 2: <i>Desenvolvimento e disseminação de Políticas e Directrizes Técnicas Nacionais para CI TB</i>	15
Estratégia 3: <i>Planeamento, Orçamentação, Alocação e Distribuição de Fundos Estratégicos para CI TB</i>	16
Estratégia 4: <i>Desenvolver uma estratégia para capacitação nacional na área do Controlo da Infecção para TB</i>	17
Estratégia 5: <i>Realizar uma Análise da Situação Nacional do CI TB</i>	18
Estratégia 6: <i>Incluir o CI TB como parte da iniciativa de segurança e saúde no ambiente de trabalho</i>	18
Estratégia 7: <i>Envolver os Pacientes e a Comunidade na Campanha de Divulgação e Consciencialização para CI TB</i>	19
Estratégia 8: <i>Expandir o CI TB para outros ambientes conglomerados</i>	21
Estratégia 9: <i>Organizar uma estratégia de Monitoria e Avaliação para o CI TB</i>	22
Estratégias Parte II – Enfoque nas políticas e actividades nas Unidades Sanitárias.....	23
Estratégia 10: <i>Implementar as Práticas de CI TB nas Unidades Sanitárias</i>	23
Estratégia 11: <i>Aceleração do diagnóstico laboratorial e tratamento da TB</i>	26
Bibliografia	28
Anexos	29

Abreviaturas e Definições

Abreviaturas:

AFB	Bacilo Ácido-Rápido
BK	Bacilo de Koch, refere-se ao <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , ou ao exame de baciloscopia para detecção do mesmo
CDC	Centros para a Prevenção e Controlo de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention)
CI TB	Controlo de Infecção para a tuberculose
DDSs	Direcções Distritais de Saúde
DNAM	Departamento Nacional de Assistência Médica do MISAU
DPSs	Direcções Provinciais de Saúde
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humano
MISAU	Ministério da Saúde
M&A	Monitoria e Avaliação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCI	Programa Nacional para o Controlo de Infecções (DNAM/MISAU)
PNC ITS/ HIV/SIDA	Programa Nacional para o Controlo de ITS/ HIV/SIDA
PNCT	Programa Nacional para o Controlo da Tuberculose
POPs	Procedimentos Operacionais Padrão
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
SIDA	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multi-Droga Resistente
TPI	Terapia Preventiva com Isoniazida
TS	Trabalhador de Saúde
US (s)	Unidade Sanitária(s)

Definições:

O Plano, ou Este Plano

Refere-se ao presente Plano e Política Nacional para o Controlo da Infecção para a Tuberculose em Moçambique, citado como *Plano CI TB* ou *O Plano* ou *Este Plano*.

Outros ambientes conglomerados

Qualquer ambiente além das unidades sanitárias aonde haja aglomeração de pessoas por longo tempo, e aonde o confinamento espacial e aéreo permita a transmissão do bacilo da tuberculose. De relevância em Moçambique, podemos citar as prisões, os dormitórios do exército, os abrigos de refugiados, os orfanatos, etc.

Prefácio

Em Moçambique, como na maior parte dos países da África Sub-Sahariana, a tuberculose (TB) ainda constitui um sério problema de saúde pública, sendo também uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em nosso meio.

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose é um dos programas mais antigos do MISAU, e desde o final da década de 70, tem atingido reconhecidos progressos, entre eles a introdução da estratégia (DOTS) e a declaração da TB como Emergência Nacional em 2006.

Entretanto, devido à estreita relação da TB com a infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a situação tem vindo a agravar-se, tal como em muitos outros países em desenvolvimento, mesmo apesar dos esforços envidados. Adicionalmente, a emergência de estirpes resistentes do Mycobacterium tuberculosis, veio acrescentar mais um desafio para o controlo efectivo desta doença.

Apesar da população em geral estar em risco de contrair a TB, os trabalhadores de saúde, pela próprias funções que desempenham, são um grupo de risco acrescido para infectar-se, inclusive com a TB Multi-Droga Resistente (TB-MDR).

Felizmente, há claras evidências que em países com baixos recursos, como Moçambique, é possível reduzir o risco que pacientes e profissionais de saúde têm de adquirir tuberculose nos serviços de saúde. Para isto, é preciso que todos nós, governantes, gestores e trabalhadores de saúde tomemos o controlo de infecção para TB como prioridade. É necessário também utilizar as medidas de controlo adequadas, simples e não onerosas e reforçar a sua implementação continuamente.

O presente Plano, tem uma importância fundamental, pois orienta sobre as medidas e actividades a serem implementadas desde o nível central até ao nível mais periférico, de modo a reduzir o risco de transmissão de TB nas unidades sanitárias e ambientes conglomerados.

Garantiremos assim serviços de saúde e ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis para todos os moçambicanos!

Maputo, Dezembro de 2010

O Ministro da Saúde

Dr. Alexandre L. Jaime Manguela

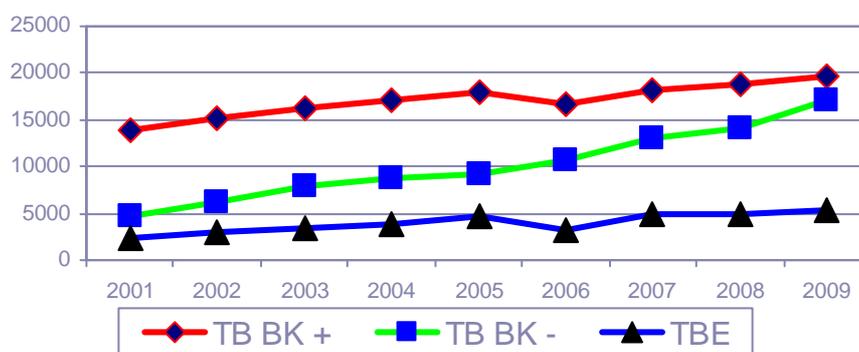
Introdução

Apesar de muitos avanços, a tuberculose (TB) continua a ser um grande desafio à saúde pública em Moçambique. O país está no 16º lugar entre os 22 países com alta prevalência de TB no mundo e enfrenta uma epidemia generalizada de HIV com prevalência de 11.5% na população geral (MISAU, INSIDA 2009). Em 2009, foram registados 45 529 casos de tuberculose no país (WHO, 2010), com uma incidência de todas as formas da doença que chegou a 409 casos por 100.000 habitantes. Soma-se a esta “carga dupla” de Tuberculose e HIV uma prevalência também elevada de Tuberculose Multi-Droga Resistente (TB-MDR) com 3,5% de todos os casos novos nesta categoria (dados de 2007).

Desde a década de 80 que Moçambique adopta a estratégia DOTS recomendada pela Organização Mundial de Saúde e, em 2006, a tuberculose foi declarada Emergência Nacional.

Ao longo dos últimos anos, registou-se um aumento do número de casos notificados de TB tanto BK positivo quanto BK negativo (ver Figura 1 abaixo). Entretanto, os casos notificados de TB extra pulmonar mantêm-se estacionários. Apesar do número de casos de tuberculose multi-droga resistente (TB-MDR) diagnosticados ter crescido nos últimos anos, com um total de 419 casos que iniciaram o tratamento desde 2006 até 2009, o programa ainda enfrenta dificuldades de detecção destes casos e início do tratamento.

Figura 1. Casos de tuberculose notificados de 2001a 2009



Alguns desafios mais importantes para o controlo da tuberculose em Moçambique incluem o aumento da taxa de detecção de casos, o reforço da colaboração entre os Programas da tuberculose e do HIV/SIDA, a melhoria do diagnóstico e manejo dos casos de TB/MDR/XDR e a melhoria da abordagem da TB Pediátrica.

Antecedentes e fundamentação

Devido à importância da tuberculose e da manutenção de hospitais seguros, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) recomenda que, cada país tenha um Plano de Controlo de Infecções para a Tuberculose. Este Plano deve ser escrito e aprovado pelas autoridades da área da saúde do país, para além de que qualquer Plano e Controlo de Infecção para a Tuberculose seja parte do Plano de Controlo de Infecção Geral.

Em Moçambique, o Programa Nacional de Controlo de Infecção vem desde 2004 e, a partir de 2009, está institucionalizado e a realizar um trabalho intenso de capacitação, apoio técnico e avaliação das unidades sanitárias, para que as normas básicas de Controlo de Infecção estejam a ser seguidas. Portanto, este Plano vem acrescentar e aperfeiçoar ao trabalho do PCI na componente Tuberculose, que tem características de transmissão e controlo muito particulares, ou seja, uma doença de transmissão respiratória através de Aerossóis e que, em geral, é tratada no nível primário do sistema de saúde. Para evitar a transmissão da Tuberculose, é preciso aplicar medidas *adicionais* de controlo, além das precauções básicas que já vêm sendo utilizadas nas unidades sanitárias de Moçambique. São as medidas de precauções para *Aerossóis*.

Portanto, descrevemos na figura abaixo os quatro tipos diferentes de medidas de controlo de transmissão da Tuberculose na sua ordem de importância:

Figura 2. Medidas de controlo da Tuberculose na sua ordem de importância

Prioridade #1: Medidas **de Gestão**

Prioridade #2: Medidas **Administrativas**

Prioridade #3: Medidas **Ambientais**

Prioridade #4: Medidas de **Protecção Respiratória Individual**

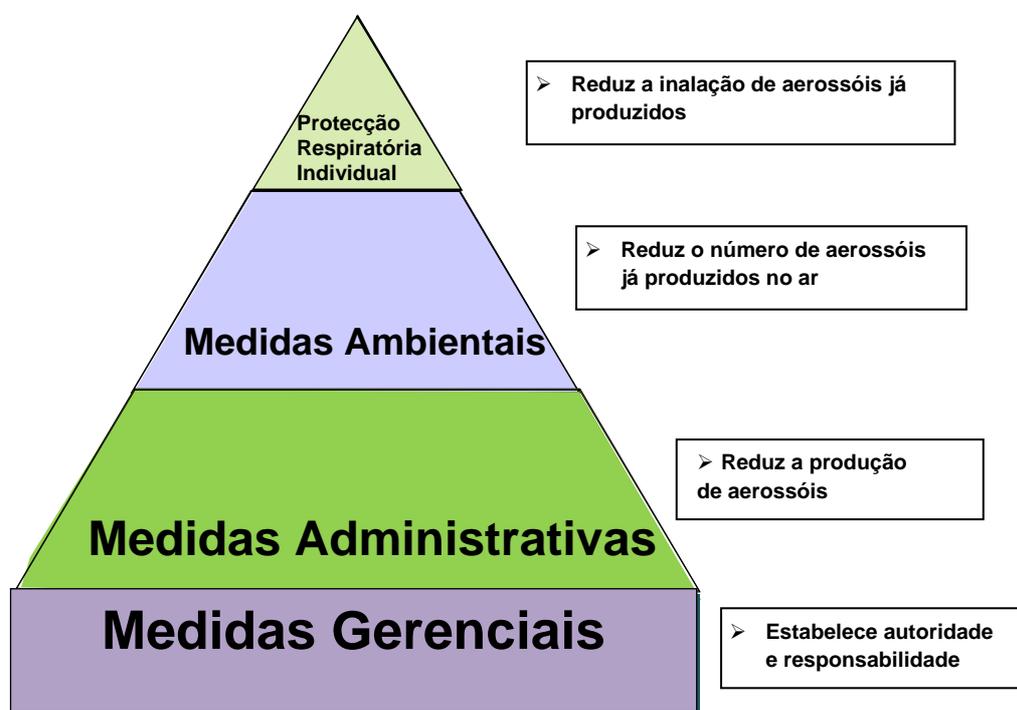
Cada uma das medidas, funciona num ponto diferente do processo de transmissão da Tuberculose, conforme a explicação e o diagrama abaixo:

- As **Medidas de Gestão**, são aquelas medidas que determinam as responsabilidades e autoridade em cada nível de gestão (nacional, provincial, distrital e dentro da Unidade Sanitária), que vão garantir a implementação efectiva das medidas Administrativas, Ambientais e de Protecção Respiratória. Estas são a base aonde estão construídas as outras medidas e, não deixam de ser medidas administrativas.
- As **Medidas Administrativas**, estão em Primeiro lugar em qualquer programa de CI TB bem sucedido. Estas envolvem políticas e práticas de trabalho em vigor, com vista a reduzir ou **prevenir a geração de aerossóis infecciosos** e, reduzir a exposição dos TSs e pacientes à *M. tuberculosis*.

- As **Medidas Ambientais**, estão em Segundo em termos de importância e têm em vista **reduzir a concentração de núcleos de gotículas infecciosos** no ambiente, utilizando princípios de engenharia ambiental.
- As **Medidas de Protecção Respiratória Individual** estão em Terceiro lugar e reduzem a inalação de aerossóis infectantes pelos TSs em locais onde a concentração destes aerossóis não pode ser satisfatoriamente reduzida pelos controlos *Administrativos* e *Ambientais*. As medidas de **protecção respiratória individual** não são eficazes por si só, por isso, devem ser utilizadas em conjunto com as medidas Administrativas e Ambientais.

O diagrama abaixo ilustra a ordem de importância das medidas de controlo, utilizando a alegoria de uma pirâmide, aonde na base devem ser as medidas gerenciais, onde se apoiam as outras medidas de controlo, de acordo com a sua importância.

Figura 3. Hierarquia das medidas de Controlo para TB e suas funções



Foram envidados esforços para garantir que todas as recomendações aqui presentes estejam de acordo com as mais recentes e relevantes directrizes internacionais e nacionais, considerando a realidade do Sistema Nacional de Saúde Moçambicano. Mesmo assim, as políticas, regulamentos, normas e directrizes podem mudar periodicamente tal como as doenças infecciosas. Portanto, apesar deste Plano poder conter todos os elementos importantes para melhorar o controlo da transmissão da Tuberculose nas Unidades de Sanitárias Moçambicanas, este deve ser periodicamente revisto procurando oportunidades para melhoria.

Propósito

O propósito da presente Política e Plano Nacional, é de estabelecer as normas e actividades mínimas, a fim de *reduzir o risco de transmissão da Tuberculose nas Unidades Sanitárias e ambientes conglomerados de Moçambique.*

Objectivos Gerais

Os objectivos gerais deste Plano são quatro:

- Estabelecer o Controlo de Infecção para a Tuberculose em unidades sanitárias e ambientes conglomerados como uma questão de emergência nacional para Moçambique.
- Fomentar e melhorar as medidas de prevenção e controlo da tuberculose adquiridas em Unidades Sanitárias do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.
- Controlar a transmissão da tuberculose multi-droga resistente.
- Garantir que as Unidades Sanitárias de Moçambique sejam ambientes seguros e saudáveis tanto para os *trabalhadores de saúde, utentes, famílias e população em geral.*

Os objectivos específicos de cada Estratégia de Acção proposta neste Plano estão contidos dentro de cada Estratégia descritas no texto abaixo.

Âmbito

Esta política e plano Nacional deverão ser seguidos pelos nível central do MISAU, Direcções Provinciais de Saúde, Direcções Distritais de Saúde e Unidades Sanitárias.

Estratégias de Acção

Para alcançar os Objectivos deste Plano, deve ser concluída uma lista de actividades associadas a onze Políticas e Áreas de Acção. Este capítulo irá descrevê-las, e está dividido em duas partes, I e II. A Parte I é relativa à Política, Áreas de Acção e actividades relativas às Estratégias Nacionais para CI TB, e acontecem principalmente com o nível central do MISAU ou estão dependentes de directivas do nível central, apesar de afectarem o nível local. A parte II concentra-se sobre as políticas e actividades que deveriam ser implementadas nos níveis periféricos do Sistema Nacional de Saúde, principalmente nas Unidades Sanitárias. Algumas das actividades recomendadas devem ter prioridade na implementação. Para facilitar este **processo de definição de prioridades**, foi desenvolvida

uma tabela contendo o orçamento e o *cronograma* esperado para conclusão de cada actividade, a qual está em anexo ao presente documento (vide Anexos).

As onze diferentes estratégias de acção deste Plano são:

1. Sensibilização, colaboração e coordenação dos intervenientes para o CI TB
2. Desenvolvimento e disseminação de Políticas e Directrizes Técnicas Nacionais para CI TB
3. Planificação, Orçamentação, Alocação e de Fundos Estratégicos
4. Desenvolver uma estratégia de capacitação nacional em Controlo da Infecção para TB
5. Realizar uma Análise da Situação Nacional do CI TB
6. Incluir o CI TB como parte da iniciativa de segurança e saúde no ambiente de trabalho
7. Envolver os Pacientes e a Comunidade na Campanha de Divulgação e Consciencialização para CI TB
8. Expandir o CI TB para outros ambientes conglomerados
9. Organizar uma estratégia de Monitoria e Avaliação para o CI TB
10. Implementar práticas de CI TB nas Unidades Sanitárias – de cada nível
 - *Medidas de Gestão*
 - *Medidas Administrativas*
 - *Medidas Ambientais, incluindo reabilitação de instalações*
 - *Medidas de Protecção Respiratória Individual*
11. Aceleração do diagnóstico laboratorial e tratamento

Responsabilidades e autoridade

De acordo com as orientações da OMS (WHO, 2009), para garantir o sucesso nacional das estratégias de Controlo de Infecção para a TB, é preciso que haja um grupo de acções de responsabilidade do nível nacional, provincial, distrital e, outro grupo de acções ao nível das Unidades Sanitárias. Isto porque, para que as Unidades Sanitárias do país implementem adequadamente as medidas de controlo, é fundamental que o nível nacional e o nível provincial/distrital, ou seja o MISAU, as DPSs e DDSs, garantam o apoio técnico e de gestão necessários. Por este motivo, este Plano determina claramente as acções necessárias em cada nível de gestão para o sucesso da política de CI TB.

É importante notar que as unidades sanitárias de maior complexidade, terão medidas adicionais dependendo do tipo de procedimentos e departamentos presentes dentro das mesmas. Especificamos nas caixas de texto abaixo o grupo de acções, actividades e medidas de cada nível e as responsabilidades e autoridade dos mesmos.

A Figura 4 abaixo ilustra o resumo das responsabilidades de cada nível de gestão do sistema de saúde para o CITB.

Figura 4. Caixas ilustrativas das responsabilidades de cada nível de gestão para CITB

Caixa 1: Responsabilidade dos Níveis nacional e provinciais quanto ao CI TB

1. Sensibilização, colaboração e coordenação dos intervenientes para o CI TB
2. Desenvolvimento e disseminação de Políticas e Directrizes Técnicas Nacionais para CI TB
3. Planificação, Orçamentação, Alocação e de Fundos Estratégicos
4. Desenvolver uma estratégia de capacitação nacional em CI TB
5. Realizar uma Análise da Situação Nacional do CI TB
6. Incluir o CI TB como parte da iniciativa de segurança e saúde no ambiente de trabalho
7. Envolver os Pacientes e a Comunidade na Campanha de Divulgação e Consciencialização para CI TB
8. Expandir o CI TB para outros ambientes conglomerados
9. Organizar uma estratégia de Monitoria e Avaliação para CI TB

Caixa 2: Responsabilidades das Unidades Sanitárias

10. Implementar práticas de CI TB nas Unidades Sanitárias
 - *Medidas de Gestão*
 - *Medidas Administrativas*
 - *Medidas Ambientais, incluindo reabilitação de instalações*
 - *Medidas de Protecção Respiratória Individual*
11. Acelerar do diagnóstico laboratorial e tratamento da TB

Estratégias Parte I – Actividades de responsabilidade do nível central e provincial

Estratégia 1: Sensibilização, colaboração e coordenação dos intervenientes para o CI TB

Objectivo

Advocar para o Controlo da Infecção para a TB e garantir o apoio dos intervenientes nacionais e regionais relevantes para elevar a questão do CI TB como um problema prioritário. Promoção da colaboração e coordenação com os intervenientes do programa TB como uma forma eficaz para solucionar a transmissão nas unidades sanitárias. Isto inclui também o desenvolvimento de mecanismos de colaboração para as actividades TB/HIV através do envolvimento não só dos intervenientes TB mas também intervenientes HIV a todos os níveis.

Política

Elevar o Controlo da Infecção para a TB como uma questão prioritária na agenda nacional para a saúde. Debater o CI TB com o Grupo de Trabalho para TB e, criar um subgrupo para CI MDR TB. Este grupo promove a coordenação e colaboração relativa à MDR TB e Actividades de Controlo da Infecção para a TB, estratégias baseadas em evidências recomendadas, coordena com os peritos em MDR TB e CI, presta apoio técnico ao PNCT, desenvolve directrizes e módulos de formação TB, promove a investigação operacional e produz relatórios periódicos.

Papéis e Responsabilidades

- I. O PNCT irá identificar os intervenientes e certificar-se de que estes estejam cientes do seu papel na implementação do Plano de CI.
- II. Os intervenientes devem reunir-se regularmente para coordenação (não somente para CI TB) e incluir o CI TB nas suas próprias discussões e plano de acção.
- III. Membros: o grupo será formado pelo menos por um representante das instituições/organizações abaixo:
 - PNCT
 - Programa Nacional para o Controlo de Infecções, MISAU
 - Programa Nacional de Controlo de HIV/SIDA e ITS
 - Laboratório Nacional de Referência para TB

- Parceiros (ONGs relevantes, Doadores, OMS) e Hospitais Gerais e Central da Cidade de Maputo

Actividades

1. Discutir o CI TB com o Grupo de Trabalho para TB e TB/HIV
2. Criação de um subgrupo CI TB e TB-MDR
3. Realizar reuniões de divulgação para intervenientes e agentes de implementação
4. Envolver os Programas PCI e PNCHIV/SIDA/ITS em todas as etapas do Plano, incluindo aprovação, disseminação, implementação em todos os níveis do sistema de saúde.
5. Submeter o Plano para aprovação da Sua Excia.Senhor Ministro da Saúde.
6. Assistência técnica ao nível central
7. Implementar teste rápido de diagnóstico da MDR-TB no laboratório nacional de referência de Tuberculose

Estratégia 2: Desenvolvimento e disseminação de Políticas e Directrizes Técnicas Nacionais para CI TB

Objectivo

O desenvolvimento de políticas e directrizes de acordo com os padrões internacionais que sejam adequadas à realidade do país, e que guiem a implementação de medidas de CI para TB pelos Gestores e Profissionais da Saúde de todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.

Política

Deve ser desenvolvida (e posteriormente aprovada pelas autoridades relevantes) uma Política Nacional para CI TB. Devem ser produzidas directrizes técnicas para o estabelecimento de recomendações seguras relativas ao Controlo da Infecção para a TB a serem implementadas nas Unidades Sanitárias e ambientes conglomerados. As directrizes actuais devem ser revistas e actualizadas quando necessário. Além das Directrizes Nacionais para CI TB (Guia para Prevenção de Tuberculose nas Unidades Sanitárias) outras directrizes técnicas de importância incluem POPs de biossegurança nas USs para procedimentos dos cuidados sanitários, POPs de biossegurança laboratorial, directrizes clínicas para TB e directrizes para MDR-TB.

Papéis e Responsabilidades

O PNCT irá coordenar com os parceiros o desenvolvimento de políticas e directrizes e, a aprovação final virá do MISAU.

Outras áreas do MISAU (incluindo o Departamento de Assistência Médica/PCI e PNCHIV/SIDA e ITS) devem rever as suas directrizes dos POPs para absorverem as recomendações para CI TB.

Actividades

1. Desenvolver a Política e Plano Operacional para CI TB Nacional
2. Disseminar o Plano Operacional para CI TB a todos os níveis
3. Rever e actualizar as directrizes técnicas Nacionais para CI TB (Guia para a prevenção de TB nas Unidades Sanitárias)
4. Incorporar CI TB nos seguintes Manuais
 - Manuais de formação para TB
 - Manual Clínico para TB e TB-MDR
 - Manual de laboratório
 - Manual de gestão
5. Estabelecer directrizes apropriadas para a o desenho arquitetónico, construção, ou reabilitação de Unidades Sanitárias de modo a diminuir a transmissão da TB
6. Criar planos arquitetónicos para a reabilitação e readequação dos hospitais de referência para TB-MDR

Estratégia 3: Planificação, Orçamentação, Alocação e Distribuição de Fundos Estratégicos para CI TB

Objectivo

Garantir a existência de fundos sustentáveis para o apoio à implementação do Plano Nacional para CI TB.

Política

O Ministério da Saúde deve alocar recursos financeiros próprios para a implementação das actividades CI TB e promover advocacia para aquisição de mais fundos de outras fontes (doadores, parceiros) para o mesmo fim.

Papéis e Responsabilidades

O PNCT deve defender a alocação de recursos para este fim junto do MISAU. O PNCT deve defender fundos para CI TB junto aos doadores e parceiros. Os doadores e parceiros devem priorizar fundos para o CI TB.

Actividades

1. Elaborar orçamento detalhado do Plano Nacional de CI TB, incluindo formações, materiais, suprimentos (respiradores), disseminação, supervisões, reabilitações.
2. Incluir CI TB como uma área de alocação de fundos na planificação anual ou quinquenal do MISAU, dos doadores e dos parceiros
3. Separar fundos específicos para pequenas reabilitações de unidades sanitárias
4. Separar fundos específicos para a reabilitação das unidades de referência para internamento de TB e TB-MDR

Estratégia 4: Desenvolver uma estratégia para capacitação nacional na área do Controlo da Infecção para TB

Objectivo

Garantir que os profissionais de saúde estejam dotados de conhecimentos relativos ao controlo da Infecção para a Tuberculose, para a melhoria da adesão às medidas de CI TB nas unidades sanitárias do país.

Política

O MISAU terá uma estratégia nacional para capacitação dos profissionais de saúde para CI TB. Esta irá garantir que seja estabelecida uma abordagem consistente para iniciativas e actividades de capacitação em CI TB, maximizando a eficácia destas e, portanto, o cumprimento das políticas e planos de CI TB. Devem ser envidados esforços para desenvolver e promover um currículo nacional sobre CI e, um acordo com as competências nucleares sobre CI para a TB. (A política/norma de formação das unidades sanitárias está contida na Estratégia 11, Parte II do Plano)

Papéis e Responsabilidades

Ministério da Saúde e parceiros: Desenvolver um Currículo Nacional incluindo material para treinamento padrão para CI TB a ser replicado nas actividades de formação a todos os níveis do Sistema de Saúde do país. Parceiros e doadores: prover fundos para Curso para engenheiros.

Actividades

1. Realizar formação nacional em CI TB para iniciar a advocacia e sensibilização (Supervisores da TB e Médicos)

2. Desenvolver um manual padrão CI TB e outros materiais de apoio e testar
3. Formar supervisores provinciais TB, PCI e outros intervenientes provinciais relevantes para prepará-los para replicar a formação CI TB para outros níveis
4. Formar a equipa do departamento de infraestruturas do MISAU área de CI para TB

Estratégia 5: Realizar uma Análise da Situação Nacional do CI TB

Objectivo

Fornecer um quadro geral evidenciando as variações regionais do **nível de risco de transmissão da tuberculose** nas Unidades Sanitárias em Moçambique e. uma medida do **nível de cumprimento das Práticas de Controlo de Infecções** para a TB. Oferecer também um quadro de referência da situação do CI TB e uma moldura para reavaliações posteriores para monitorar o progresso.

Política

Realizar uma Avaliação Rápida do Risco e Cumprimento das práticas de CI e reavaliações anuais do plano para monitorar o progresso.

Papéis e Responsabilidades

O MISAU irá realizar juntamente com o parceiro de implementação, uma Avaliação Rápida do risco de transmissão da Tuberculose e do cumprimento das Práticas de Controlo de Infecções nas Unidades Sanitárias Moçambicanas.

Actividades

1. Planificar e Realizar uma Avaliação Rápida Nacional sobre CI TB
2. Disseminar os resultados
3. Repetir a avaliação rápida CI TB em 3 anos para comparar o progresso

Estratégia 6: Incluir o CI TB como parte da iniciativa de segurança e saúde no ambiente de trabalho

Objectivo

Prover os meios necessários para garantir a protecção dos Profissionais da Saúde das USs contra a TB.

Política

Incluir o CI TB como parte da iniciativa de segurança e saúde no local de trabalho do MISAU. Deve-se oferecer aos profissionais da saúde condições mínimas de segurança no ambiente de trabalho e um acesso acelerado ao rastreio, diagnóstico e cuidados para a TB e o HIV.

Papéis e Responsabilidades

O MISAU/DNAM em coordenação com as DPSs, devem disseminar a política de segurança e saúde do trabalhador de saúde já existente (Directrizes sobre Segurança e Saúde no Ambiente de Trabalho (MISAU,2008) envolvendo os departamentos e/ou programas relevantes (PNCHIV/SIDA/ITS, PNCT, PCI). O PNCT vai defender a inclusão do CI TB como parte importante desta iniciativa.

(As responsabilidades das unidades sanitárias de oferecer serviços de despistagem para o seu pessoal está contido na Estratégia 10).

Actividades

1. Disseminar as Directrizes sobre Segurança e Saúde no Ambiente de Trabalho
2. Elaborar uma norma orientadora para garantir o rastreio de TB e HIV em trabalhador de saúde que trabalhe em locais de risco para TB.
3. O DNAM deve garantir a disponibilidade e distribuição de respiradores de partícula (N-95 e/ou FFP-2) para áreas ou situações de risco das unidades sanitárias (laboratório, radiologia, urgências, enfermarias, sector de TB e triagem).
4. Realizar um estudo de prevalência de TB em trabalhadores de saúde.
5. Criar um sistema de vigilância da TB nos trabalhadores de saúde

Estratégia 7: Envolver os Pacientes e a Comunidade na Campanha de Divulgação e Consciencialização para CI TB

Objectivo

Manter os pacientes e as comunidades educadas sobre a Prevenção e Controlo da Infecção para a TB, de maneira a estarem cientes da importância das medidas de CI TB, e que possam aderir à estas práticas, especialmente àquelas relativas à etiqueta da tosse, higiene respiratória e, separação de pacientes TB infecciosos.

Política

Para a concretização dos objectivos anteriormente referidos, os pacientes com TB têm determinados direitos e deveres:

- Devem ser encorajados a procurar aconselhamento e testagem para HIV, rastreio da TB, diagnóstico e tratamento quando necessário.
- Devem compreender os princípios básicos da transmissão da TB e a importância de aderir à Etiqueta da Tosse e higiene respiratória.
- Promover a mensagem de “**Segurança sem estigmatização**”.
- Devem ser encorajados a receber o tratamento TB em casa.
- As campanhas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) devem incluir mensagens tais como: “Juntos com a nossa comunidade vamos parar a TB.”

Papéis , Responsabilidades e actividades

Nível central, MISAU e parceiros:

Actividades:

1. Elaborar material para a campanha educacional/de consciencialização desenvolvido (Ex. Cartazes sobre a Etiqueta da Tosse e higiene respiratória, panfletos sobre a transmissão da TB, material sobre sinais e sintomas da TB, e sobre melhora da ventilação ambiental, etc.)
2. Disseminar (reprodução e distribuição) material para a campanha educacional/de consciencialização desenvolvido (ex. Novo cartaz “Cubra a Sua Tosse”, panfletos sobre a transmissão da TB, material sobre sinais e sintomas da TB, etc.)
3. Realizar Campanhas de Educação e Consciencialização
4. Elaborar e disseminar as diretrizes das Campanhas de educação e Consciencialização para todos os níveis relevantes
5. Envolver os meios de comunicação social nas campanhas (mídia escrita, falada e televisiva)

Nível provincial/distrital:

Actividades:

1. Elaborar material para a campanha educacional/de consciencialização (Ex. Cartazes sobre a Etiqueta da Tosse e higiene respiratória, panfletos sobre a transmissão da TB, material sobre sinais e sintomas da TB, e sobre melhora da ventilação ambiental, etc.)
2. Disseminar (reprodução e distribuição) material para a campanha educacional/de consciencialização desenvolvido (ex. Ex. Cartazes sobre a Etiqueta da Tosse e higiene respiratória, panfletos sobre a transmissão da TB, material sobre sinais e sintomas da TB, e sobre melhora da ventilação ambiental, etc.)

3. Realizar Campanhas de Educação e Consciencialização
4. Orientar as diretrizes das Campanhas de educação e Consciencialização para todos os níveis relevantes
5. Envolver os meios de comunicação social nas campanhas (mídia escrita, falada e televisiva)
6. Reimpressão de parte do material
7. Envolver os pacientes e comunidades nas campanhas e iniciativas distritais e das USs

Estratégia 8: Expandir o CI TB para outros ambientes conglomerados

Objectivo

Expandir o Controlo de CI TB para outros ambientes conglomerados tais como, prisões e campos de refugiados.

Política

Expandir o CI da TB para outros ambientes conglomerados tais como cadeias, campos de refugiados, transporte colectivos, escolas, etc.

Papéis e Responsabilidades

O MISAU deverá coordenar e colaborar com o Ministério da Justiça, Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação (MNEC) aonde está o Instituto Nacional de Apoio aos Refugiados (INAR), associação de transporte colectivo e, se possível, Ministério da Educação e da Defesa para organizar as iniciativas de CI TB.

O MISAU pode recomendar ao Ministério da Justiça, a atenção à separação de doentes infecciosos, cuidado na construção de novas prisões e campos/alojamentos, de forma a manter espaço adequado para separar os pacientes TB, para evitar a disseminação da doença.

Actividades

Actividade 8.1 O MISAU deve realizar encontros com o Ministério da Justiça, para defender o CI TB.

Actividade 8.2 O MISAU deve realizar encontros com o Instituto Nacional de Apoio aos Refugiados, (através do Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação), Ministério da Educação, Defesa e, Associações de transportes colectivos para defender o CI TB.

Estratégia 9: Organizar uma estratégia de Monitoria e Avaliação para o CI TB

Objectivo

Avaliar as actividades e medidas implementadas do CI TB e seus resultados.

Política

Criar estratégias e ferramentas de Monitoria e Avaliação (M&A), para garantir que as USs possam medir o seu progresso na implementação de medidas e políticas de CI TB de uma forma consistente e simples.

Papéis e Responsabilidades

O Ministério da Saúde deve desenvolver estratégias e ferramentas iniciando assim o processo, e os níveis periféricos devem continuar. As unidades sanitárias devem utilizar as ferramentas de M&A padrão para avaliar o seu progresso na implementação do Plano para CI TB. Os relatórios devem ser enviados desde o nível periférico até ao nível central.

Actividades:

1. Desenvolver ferramenta padrão de avaliação de CI TB para uso de rotina pelas USs
2. Definir indicadores de desempenho do Plano e incorporá-los nas ferramentas de recolha de dados existentes
3. Disseminar os questionários CI TB a todos os níveis
4. Incorporar a ferramenta de avaliação no processo de avaliação de PCI nas unidades sanitárias
5. Apoiar todos os níveis para desenvolverem o plano para CI TB para cada unidade sanitária
6. O nível central deve produzir e enviar relatório nacional para as provinciais para retroinformação do sistema
7. Assegurar a implementação e manutenção de medidas de Biossegurança adequadas nos Laboratórios e, em especial, onde sejam efectuadas as culturas e testes de sensibilização

Estratégias Parte II – Enfoque nas políticas e actividades nas Unidades Sanitárias

Estratégia 10: *Implementar as Práticas de CI TB nas Unidades Sanitárias*

Objectivo

Ajudar as Unidades Sanitárias a estabelecerem estratégias económicas e eficazes para Controlo de Infecções para prevenir a transmissão da Tuberculose.

Política

As Unidades Sanitárias devem implementar medidas de CI TB, incluindo as Medidas de Gestão, Administrativas, Ambientais e de Protecção Respiratória. A ênfase e prioridade deveriam estar nas Medidas Administrativas, que formam a base de qualquer programa de CI TB de êxito e, envolvem políticas e práticas de trabalho que ajudam a reduzir a produção de aerossóis infecciosos, **reduzindo portanto, a exposição dos TSs e pacientes à *M. tuberculosis*.**

Papéis e Responsabilidades

Estas actividades deveriam ser implementadas por todos os TSs de todas as unidades sanitárias. Os gestores das USs, supervisores/responsáveis da TB e responsáveis do PCI, devem orientar e supervisionar a implementação das referidas actividades de CI TB pelos TSs. As DPSs/DDSs deverão apoiar, orientar e supervisionar os gestores das USs.

Actividades e Medidas na Unidade Sanitária

Medidas de Gestão:

1. Cada unidade sanitária deverá elaborar por escrito um Plano para Controlo de Infecções para TB, e adaptá-lo de acordo com o seu nível de cuidado e realidade local. Este deverá ser aprovado por todas as autoridades relevantes, idealmente no âmbito de um Plano geral para CI da unidade. O plano deverá possuir uma forte ênfase sobre o apoio administrativo e, em alguns casos financeiro, para ajudar a sua implementação.
2. Cada unidade sanitária deverá divulgar e afixar o Plano para Controlo de Infecções para TB em local visível na unidade sanitária.

3. Cada unidade sanitária deverá identificar um ponto focal para CI TB, e esta pessoa será responsável pela planificação, implementação e monitoria das actividades de CI TB, utilizando as directrizes do MISAU sobre CI TB e o seu próprio plano de CI TB.
4. Cada unidade sanitária deverá priorizar na implementação do seu plano as áreas de alto risco (enfermarias/quartos e salas de consulta de TB e TB-MDR, laboratório, Radiologia, locais de indução de expectoração, triagens/consultas externas, salas de broncoscopia, unidades de cuidados intensivos e gabinetes para autópsia.)
5. Cada unidade sanitária deverá realizar a sua própria avaliação anual do CI TB e, participar em pesquisas operacionais da região/país.
6. Educar os pacientes TB e famílias, usando instrumentos padronizados para os profissionais de saúde sobre a transmissão e importância da etiqueta da tosse, higiene respiratória e a ventilação adequada tanto nas unidades sanitárias como em seus domicílios.
7. Realizar formações em serviço dos TSs na área de CI TB e reciclar
8. Organizar campanhas de educação em CI TB junto à comunidade local

Medidas Administrativas:

9. Identificar precocemente os pacientes suspeitos de TB, diagnosticar (ou encaminhar, se não houver laboratório disponível) através de instrumentos apropriados (ficha de rastreio) e iniciar o tratamento o mais cedo o possível (utilizando o princípio **RESPI***). Deve ficar como norma para todos os triadores.
10. Implementar um sistema padrão simples, priorizar e separar potenciais pacientes TB infecciosos, segundo cada contexto.
11. Oferecer o rastreio anual para TB e HIV aos trabalhadores de saúde das unidades sanitárias, oferecer e/ou encaminhar para tratamento e cuidados quando necessário.
12. Produzir um registo confidencial anual de casos de TB em TSs na unidade sanitária
13. Oferecer o tratamento preventivo com isoniazida (TPI) aos TSs com HIV + sem TB activa (de acordo com as normas TPI do MISAU).
14. Orientar os trabalhadores de saúde que vivem com HIV sobre o risco de TB no local de trabalho e realocar quando possível e necessário.
15. Orientar os doentes de TB infecciosos (baciloscopia +) e suspeitos a usarem uma máscara cirúrgica ao deixarem os seus quartos de isolamento para procedimentos clínicos essenciais e, quando estes estiverem em áreas mal ventiladas na unidade sanitária, em especial os doentes de TB-MDR.

16. Pacientes internados: Isolar ou separar os pacientes TB conhecidos como infecciosos (baciloscopia +) e pacientes TB potencialmente infecciosos quando admitidos e até que eles não estejam infecciosos.
17. Pacientes internados: Os suspeitos de MDR-TB e pacientes confirmados DEVEM ser separados dos outros pacientes
18. Pacientes internados: As salas/enfermarias/quartos de risco para transmissão de TB devem estar sinalizadas (cartaz) para garantir a segurança dos utentes e profissionais de saúde.
19. Evitar o contacto entre PVHS, crianças, e outros imunocomprometidos e os pacientes com TB e, principalmente os doentes com TB-MDR, tendo locais de atendimento separados ou horários diferentes
20. Garantir a recolha segura da expectoração para baciloscopia, de preferência ao ar livre, longe de outras pessoas ou numa área muito bem ventilada da unidade sanitária.
21. Restringir o acesso ao laboratório aonde se realiza a baciloscopia aos TS essenciais
22. Restringir as visitas para pacientes TB-M(X)DR e TB BK+ ou se estas ocorrerem, devem ser feitas ao ar livre.
23. Os serviços de Radiologia devem priorizar os doentes com TB (ex: marcar tais doentes para o horário de baixo movimento, fornecer-lhes máscaras cirúrgicas, quando necessário)
24. Realizar os procedimentos de risco (indução de tosse, intubação orotraqueal, broncoscopias, autópsias e cirurgias pulmão) somente quando necessário e com protecção adicional com medidas Ambientais e de Protecção Respiratória
25. Maximizar a ventilação natural na unidade sanitária, mantendo as janelas e portas abertas e sem cortinas (ou com cortinas abertas)
26. Direcção do ar para fora com uso de ventoinhas quando necessário e possível
27. Criar sempre que possível áreas de espera exteriores
28. Manter as portas entre os corredores interiores e as salas de alto risco fechadas
29. Avaliar os espaços e fluxos na unidade sanitária e, propôr planos de melhoria

Medidas de Protecção Respiratória Individual:

30. Realizar formação em serviço para uso adequado de respiradores de partícula (N-95 e FFP-2) pelos TSs

31. Garantir a disponibilidade de respiradores de partícula (N-95 e FFP-2) nas áreas ou situações de alto risco.

* Princípio **RESPI**:

RASTREAR: Rastreio precoce dos suspeitos de TB ou identificação dos que já iniciaram o tratamento
EDUCAR: Educar os doentes sobre a TB e etiqueta da tosse
SEPARAR- Separação dos doentes suspeitos ou com TB dos outros doentes
PRIORIZAR- Priorizar o atendimento a estes doentes para diminuir o tempo de exposição
INVESTIGAR/REFERIR- Os testes da TB devem ser feitos no local ou existir um circuito de referência

Estratégia 11: Aceleração do diagnóstico laboratorial e tratamento da TB

Objectivo

Reduzir os seguintes intervalos de tempo que por fim podem ter um impacto sobre a transmissão nosocomial da *M. tuberculosis*:

- ✓ Intervalo de tempo desde a admissão até a suspeita de TB;
- ✓ Intervalo de tempo desde a suspeita de TB e o pedido de baciloscopia BAAR;
- ✓ Intervalo de tempo desde o pedido e a recolha do esputo;
- ✓ Intervalo de tempo desde o exame do baciloscopia até a comunicação dos resultados;
- ✓ Intervalo de tempo desde a comunicação dos resultados do BK e o início do tratamento.

Atrasos desnecessários em qualquer um destes podem aumentar a transmissão da *M. tuberculosis*. Os resultados rápidos significam um tratamento rápido e uma implementação mais rápida das medidas de controlo.

Política

Devem ser envidados todos os esforços para diagnóstico e tratamento precoces da TB, expectoração.

Papéis e Responsabilidades

Os clínicos devem seguir os princípios *RESPI** e reduzir o intervalo de tempo entre a suspeita de TB, diagnóstico e início de tratamento; da admissão até a suspeita de TB; reduzir o intervalo de tempo desde a suspeita de TB até ao pedido de expectoração para baciloscopia; reduzir o intervalo de tempo desde a devolução dos resultados laboratoriais até ao início do tratamento.

Todos os profissionais devem garantir a colheita do BK imediato em caso de suspeita de TB. A rede de laboratórios deve acelerar o fornecimento dos resultados dos diagnósticos laboratoriais para suspeitos de TB, incluindo os resultados das culturas.

Actividades

1. Garantir colheita imediata de expectoração para BK a todo o suspeito de TB
2. Realizar baciloscopia de expectoração de urgência nos serviços de urgência dos Hospitais Centrais, Gerais e Provinciais
3. Garantir o regresso do resultado de baciloscopia de expectoração para BK em 24 horas (ou 48 para ambulatório) depois de chegar ao laboratório.
4. Solicitar o teste de Cultura e TSA para:
 - Todos os pacientes no início do retratamento
 - Todos os casos novos com BK + no final do 2º mês
 - TB activa que seja contacto de TB-MDR
 - Caso novo de TB em trabalhador de saúde
5. Implementar a realização de testes rápidos de diagnóstico da MDR-TB nos 3 laboratórios de referência de TB

Bibliografia

1. World Health Organisation. WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva: WHO, 2009. WHO/HTM/TB/2009.419.
2. World Health Organisation. Guidelines for Prevention of Tuberculosis in Health Care Facilities in Resource-Limited Settings. Geneva: WHO; 1999. WHO/CDS/TB/99.269
3. CDC, WHO, IUATLD. Tuberculosis Infection Control in the Era of Expanding HIV Care and Treatment. Addendum to *"WHO guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings"*, 1999. 2006
4. Francis J. Curry National Tuberculosis Center and California Department of Health Services, 2002: Tuberculosis Infection Control Plan Template for Jails.
5. Miller B. Tb Infection Prevention and Control: Ten steps to get started today. (Abstract) 39th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Paris, France 16-20 of October, 2008. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2008 12(11), Suppl. 2, Page S 44.
6. Centers for Disease Control and Prevention(CDC). Guidelines for Preventing the Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Health-Care Settings, 2005. MMWR 2005;54(No. RR-17): page 128-133.
7. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente, 2009.
8. MISAU. Diretrizes sobre segurança e saúde no ambiente de trabalho, 2008. MISAU
9. WHO.Global Tuberculosis Control: WHO Report 2010. Geneva, WHO, 2010. WHO/HTM/TB/2010.7. Available at: <http://www.who.int/tb/country/en/index.html>
10. MISAU. INSIDA, 2009: Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde. Maputo, Moçambique, 2009.
11. MISAU. Guião para a Prevenção da Tuberculose nas Unidades Sanitárias dos países com baixos recursos - Adaptado do Guião da OMS pelo Programa de Assistência ao Controlo da Tuberculose (TB CAP), Family Health International. Maputo, Moçambique, 2009.

Anexos

Anexo 1: Actividades a serem implementadas nas Unidades Sanitárias do tipo A e B

Anexo 2: Actividades a serem implementadas na Unidade Sanitária do tipo C

Anexo 3: Cronograma e Orçamento por níveis

Anexo 1. Actividades a serem implementadas nas Unidades Sanitárias do tipo A e B

A=Hospitais Centrais, Gerais e Provinciais ,

B= Hospitais Distritais, Rurais, Centros de Saúde do tipo 1 (Rural) e tipo A (Urbano)

Medidas de Gestão

1. Cada US deverá elaborar um Plano para CI TB
2. Cada US deverá divulgar e afixar o Plano para Controlo de Infecções para TB em local visível na US.
3. Cada US deverá identificar um ponto focal para CI TB.
4. Cada US deverá priorizar na implementação do seu plano as áreas de alto risco (enfermarias/quartos e salas de consulta de TB e TB-MDR, laboratório, Radiologia, locais de indução de expectoração, salas de broncoscopia, triagens/consultas externas, unidades de cuidados intensivos, e gabinetes para autópsia.)
5. Cada US deverá realizar a sua própria avaliação anual de CI TB e participar em pesquisas operacionais
6. Educar aos pacientes TB e suas famílias sobre a transmissão de TB em seus domicílios
7. Realizar anualmente formações em serviço dos TSs na área de CI TB
8. Organizar campanhas de educação em TB e CI TB junto à comunidade local

Medidas Administrativas

1. Identificar precocemente os pacientes suspeitos de TB, diagnosticar (ou encaminhar) e iniciar o tratamento o mais cedo possível (usar o princípio RESPI**)
2. Garantir colheita imediata de expectoração para BK a todo suspeito de TB
3. Implementar um sistema simples para priorizar e separar potenciais pacientes TB infecciosos
4. Oferecer o rastreio anual aos trabalhadores de saúde da US para TB e HIV
5. Produzir um registo confidencial anual de casos de TB em TSs na US
6. Oferecer o tratamento preventivo com isoniazida (TPI) aos TSs seropositivos elegíveis
7. Orientar os TSs que vivem com o HIV sobre o risco da TB no local de trabalho e realocá-los se possível e necessário
8. Orientar os doentes de TB infecciosos , suspeitos e TB-MDR para que usem uma máscara cirúrgica ao deixarem os seus quartos e em áreas mal ventiladas.
9. Pacientes internados: Isolar ou separar os pacientes TB conhecidos como infecciosos (baciloscopia +) e potencialmente infecciosos quando admitidos e até que eles não estejam infecciosos
10. Pacientes internados: Os suspeitos de TB-MDR e pacientes confirmados DEVEM ser separados dos outros pacientes e, as visitas devem ser restritas ou realizadas ao ar livre.
11. No internamento: As salas/enfermarias/quartos de risco para transmissão de TB devem estar sinalizadas (cartaz) para garantir a segurança dos utentes e TSs
12. Evitar o contacto entre PVHS, crianças, e outros imunocomprometidos e os pacientes com TB, principalmente os doentes com TB-MDR, tendo locais de atendimento separados ou horários diferentes
13. Garantir a recolha segura da expectoração para baciloscopia, de preferência ao ar livre, longe de outras pessoas, ou numa área muito bem ventilada da US
14. Restringir o acesso ao laboratório aonde se realiza a baciloscopia aos TSs essenciais
15. Os serviços de Radiologia devem priorizar os doentes com TB
16. Realizar os procedimentos de risco (indução de tosse, intubação orotraqueal, broncoscopias, autópsias e cirurgias pulmão) somente quando necessário e com protecção adicional com medidas Ambientais e de Protecção Respiratória

Actividades a serem implementadas nas Unidades Sanitárias tipo A e B (continuação)

Medidas Ambientais

1. Maximizar a ventilação natural na US mantendo janelas e portas abertas e sem cortinas (ou com cortinas abertas)
2. Direcctionar o ar contaminado para fora com uso de ventoinhas quando necessário e possível
3. Criar sempre que possível áreas de espera exteriores em varandas
4. Manter as portas entre os corredores interiores e as salas de alto risco fechadas
5. Avaliar espaços e fluxos de doentes na US e propôr plano de melhoria

Medidas de Proteção respiratória individual

1. Disponibilizar respiradores de partícula (N 95) nos locais de risco
2. Realizar formação em serviço para uso adequado de respiradores de partícula (N-95 e FFP-2) pelos TSs

Anexo 2. Actividades a serem implementadas na Unidade Sanitária do tipo C

(todas as outras US)

Medidas de Gestão

1. Cada US deverá elaborar um Plano para CI TB
2. Cada US deverá divulgar e afixar o Plano para Controlo de Infecções para TB em local visível na US
3. Cada US deverá priorizar na implementação do seu plano as áreas de alto risco (enfermarias/quartos e salas de consulta de TB e TB-MDR, laboratório, triagens/consultas externas)
4. Educar aos pacientes TB e suas famílias sobre a transmissão de TB em seus domicílios
5. Realizar anualmente formações em serviço dos TSs na área de CI TB

Medidas Administrativas

1. Identificar precocemente os pacientes suspeitos de TB, diagnosticar (ou encaminhar) e iniciar o tratamento o mais cedo possível (usar o princípio RESPI**)
2. Garantir colheita imediata de expectoração para BK a todo suspeito de TB
3. Implementar um sistema simples para priorizar e separar potenciais pacientes TB infecciosos
4. Orientar os doentes de TB infecciosos, suspeitos e TB-MDR para que usem uma máscara cirúrgica ao deixarem os seus quartos e em áreas mal ventiladas.
5. No internamento: Isolar ou separar os pacientes TB conhecidos como infecciosos (baciloscopia +) e potencialmente infecciosos quando admitidos e até que eles não estejam infecciosos
6. No internamento: Os suspeitos de MDR-TB e pacientes confirmados DEVEM ser separados dos outros pacientes ou encaminhados para uma Unidade Sanitária com condições.
7. No internamento: As salas/enfermarias/quartos de risco para transmissão de TB devem estar sinalizadas (cartaz) para garantir a segurança dos utentes e TSs
8. Evitar sempre que possível o contacto entre PVHS, crianças, e outros imunocomprometidos e os pacientes com TB, principalmente os doentes com TB-MDR, tendo locais de atendimento separados ou horários diferentes
9. Garantir a recolha segura da expectoração para baciloscopia, de preferência ao ar livre, longe de outras pessoas, ou numa área muito bem ventilada da US
10. Restringir o acesso ao laboratório aonde se realiza a baciloscopia aos TSs essenciais

Medidas Ambientais

1. Maximizar a ventilação natural na US mantendo janelas e portas abertas e sem cortinas (ou com cortinas abertas)
2. Direcção do ar contaminado para fora com uso de ventoinhas quando necessário e possível
3. Criar sempre que possível áreas de espera exteriores em varandas
4. Manter as portas entre os corredores interiores e as salas de alto risco fechadas

Medidas Protecção Respiratória Pessoal

1. Disponibilizar respiradores de partícula (N 95) nos locais de risco
2. Realizar formação em serviço para uso adequado de respiradores de partícula (N-95 e FFP-2) pelos TSs