

Journal of
**INFECTION
CONTROL**

ISSN 2316-5324 | Ano III . Volume 3 . Número 1 . 2014

FILIADO:



Journal of INFECTION CONTROL

*Official Journal of the Brazilian Association of Infection Control
and Hospital Epidemiology Professionals*

ISSN 2316-5324 . Ano III . Volume 3 . Número 1 . 2014

Executive Editor

Luis Fernando Waib, SP, Brazil
Marcelo Carneiro, RS, Brazil
Flávia Julyana Pina Trench, PR, Brazil

National Editorial Board

Adão Machado, RS, Brazil	Maria Tereza Freitas Tenório, AL, Brazil
Adriana Cristina de Oliveira, MG, Brazil	Marília Dalva Turch, GO, Brazil
Alberto Chebabo, RJ, Brazil	Marise Reis de Freitas, RN, Brazil
Alessandro C Pasqualotto, RS, Brazil	Nádia Mora Kuplich, RS, Brazil
Alexandre P. Zavascki, RS, Brazil	Nirley Marques Borges, SE, Brazil
Alexandre Marra, SP, Brazil	Patrícia de Cássia Bezerra Fonseca, RN, Brazil
Anaclara Ferreira Veiga Tipple, GO, Brazil	Rodrigo Santos, RS, Brazil
Ariany Gonçalves, DF, Brazil	Rosângela Maria Moraes da Costa, RN, Brazil
Claudia Maria Dantas Maio Carrilho, PR, Brazil	Thaís Guimaraes, SP, Brazil
Claudia Vallone Silva, SP, Brazil	Wanessa Trindade Clemente, MG, Brazil
Clovis Arns da Cunha, PR, Brazil	
Elisângela Fernandes da Silva, RN, Brazil	<i>International Editorial Board</i>
Guilherme Augusto Armond, MG, Brazil	Omar Vesga, Colombia
Icaro Boscowski, SP, Brazil	Pola Brenner, Chile
Isabela Pereira Rodrigues, DF, Brazil	Suzanne Bradley, United States of America
Iza Maria Fraga Lobo, SE, Brazil	
José David Urbaz Brito, DF, Brazil	<i>Associate Editors</i>
Julival Ribeiro, DF, Brazil	Afonso Barth, RS, Brazil
Kátia Gonçalves Costa, RJ, Brazil	Ana Cristina Gales, SP, Brazil
Kazuko Uchikawa Graziano, SP, Brazil	Anna Sara Shaffermann Levin, SP, Brazil
Lessandra Michelin, RS, Brazil	Eduardo Alexandrino Sêrvolo de Medeiros, SP, Brazil
Loriane Rita Konkewicz, RS, Brazil	Rosana Richtmann, SP, Brazil
Luci Corrêa, SP, Brazil	
Luciana Maria de Medeiros Pacheco, AL, Brazil	<i>Graphic Design and Diagramming</i>
Maria Clara Padoveze, SP, Brazil	Álvaro Ivan Heming, RS, Brazil aih.alvaro@hotmail.com
Maria Helena Marques Fonseca De Britto, RN, Brazil	

The Journal of Infection Control (JIC) the official journal of the Brazilian Association of Infection Control and Hospital Epidemiology Professionals, publishes studies dealing with all aspects of infection control and hospital epidemiology. The JIC publishes original, peer-reviewed articles, short communication, note and letter. Each three months, the distinguished Editorial Board monitors and selects only the best articles. Executives Editors: Luis Fernando Waib, MD, ID, MSc and Marcelo Carneiro, MD, ID, MSc. Frequency: Published 4 times a year.

O Jornal de Controle de Infecção (JIC) é a publicação oficial da Associação Brasileira de Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, publica estudos sobre todos os aspectos de controle de infecção e epidemiologia hospitalar. O JIC publica estudos originais, revisões, comunicações breves, notas e cartas. A cada três meses o corpo editorial, editores associados monitoram e selecionam somente os melhores artigos. Editores Executivos: Luis Fernando Waib, MD, ID, MSc e Marcelo Carneiro, MD, ID, MSc. Frequência: Publicação 4 vezes ao ano.

CLIQUE AQUI E CONFIRA TODAS AS EDIÇÕES DO JIC

ÍNDICE

Metodologia para coleta de escarro espontâneo para confirmação microbiológica do diagnóstico de tuberculose pulmonar, doença pulmonar por micobactérias não tuberculosas ou para controle de tratamento desses agravos em ambientes ambulatorial e hospitalar	04
• <i>PASSO-A-PASSO PARA COLETA DA 1ª AMOSTRA DE ESCARRO ESPONTÂNEO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE</i>	<i>07</i>
• <i>PASSO-A-PASSO PARA COLETA DE ESCARRO ESPONTÂNEO NO DOMICÍLIO DO PACIENTE</i>	<i>14</i>
• <i>PASSO-A-PASSO PARA COLETA DE ESCARRO ESPONTÂNEO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU NO HOSPITAL DE PACIENTES AMBULATORIAIS CUJA COLETA DOMICILIAR NÃO FOI SATISFATÓRIA</i>	<i>20</i>
• <i>PASSO-A-PASSO PARA COLETA DE ESCARRO ESPONTÂNEO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS</i>	<i>27</i>
• <i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS / OBSERVAÇÕES / AGRADECIMENTOS</i>	<i>33</i>

ARTIGO ORIGINAL

Metodologia para coleta de escarro espontâneo para confirmação microbiológica do diagnóstico de tuberculose pulmonar, doença pulmonar por micobactérias não tuberculosas ou para controle de tratamento desses agravos em ambientes ambulatorial e hospitalar

David Jamil Hadad¹, Ana Paula David², Deborah Lacerda Brum³, Lorena Rossoni Nogueira⁴, Carolina Maia Martins Sales⁵, Geisa Fregona⁶, Ethel Leonor Noia Maciel⁷, Valdério do Valle Dettoni⁸, Rita Lecco⁹, Renata Lyrio Peres¹⁰, Tatiana de Rezende Có Pelicão¹⁰, Sthar-Mar de Vasconcelos Silva¹¹, Melissa Fonseca Andrade¹², Lucilia Pereira Dutra Molino¹², Reynaldo Dietze¹³, Moises Palaci¹⁴

¹Professor Adjunto II do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde (CCS)/Universidade Federal do Espírito (UFES) e Coordenador Médico do Centro de Pesquisa Clínica (CPC)/Núcleo de Doenças Infecciosas (NDI)/(UFES);

²Enfermeira do Trabalho e Coordenadora do CPC/NDI (UFES);

³Enfermeira obstetra, ex-estagiária e ex-enfermeira do CPC/NDI (UFES);

⁴Enfermeira do Trabalho, ex-estagiária e ex-enfermeira do CPC/NDI (UFES);

⁵Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da UFES;

⁶Enfermeira do Ambulatório de Referência para Tratamento e Controle da Tuberculose do Estado do Espírito Santo (UFES);

⁷Professora Associada I do Departamento de Enfermagem do CCS e Vice-Reitora da UFES;

⁸Professor Adjunto IV do Departamento de Clínica Médica, CCS (UFES) e Médico Coordenador do Ambulatório de Referência para Tratamento e Controle da Tuberculose do Estado do Espírito Santo (UFES);

⁹Farmacêutica-Bioquímica, responsável pelo Setor de Micobactérias do Laboratório Central (LACEN) do Estado do Espírito Santo;

¹⁰Microbiologista do Laboratório de Micobacteriologia do NDI (UFES);

¹¹Cartunista do Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo e Bacharel em Pintura pela Faculdade de Belas Artes de São Paulo;

¹²Médica infectologista do Ambulatório de Referência para Tratamento e Controle da Tuberculose do Estado do Espírito Santo (UFES)

¹³Professor Associado III do Departamento de Medicina Social, CCS/UFES, Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e Diretor do NDI (UFES)

¹⁴Professor Adjunto IV do Departamento de Patologia, CCS/UFES e Chefe do Laboratório de Micobacteriologia do NDI (UFES).

Recebido em: 28/12/2013

Aceito em: 28/01/2014

davhadad@ndi.ufes.br

INTRODUÇÃO

O objetivo principal da coleta do escarro espontâneo de pacientes suspeitos de tuberculose pulmonar é garantir o diagnóstico microbiológico desse agravo (GARAY, 2006). É recomendado amostra de boa qualidade e com volume entre 5 e 10 ml (ISENBERG, 1998; MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008). Quanto maior o volume e quanto mais purulenta a amostra, maior a possibilidade de isolamento do *Mycobacterium tuberculosis* (LAIRD, 1909). Sempre que possível, garantir volume de escarro de 10 ml ou próximo desse valor. Não

considerar suficiente volume ≤ 5 ml, a não ser que o paciente não consiga expectorar mais após várias tentativas sem sucesso.

Entre as formas pulmonares cavitárias diagnosticadas no Centro de Pesquisa Clínica/Núcleo de Doenças Infecciosas/Universidade Federal do Espírito Santo entre 2002 e 2006, *Mycobacterium tuberculosis* foi isolado da cultura do escarro desses pacientes em 95% dos casos (dados não publicados). Percentuais semelhantes foram relatados na literatura (GREENBAUM et al., 1980; LEVY et al., 1989).

A coleta mensal do escarro espontâneo de

pacientes em uso da quimioterapia antituberculosa, tem como objetivo principal caracterizar a negativação da baciloscopia e da cultura. Portanto, todas as recomendações devem ser também respeitadas para a obtenção de 10 ml de escarro de boa qualidade.

Para a obtenção de amostra com essas características, o profissional de saúde deve explicar de maneira simples e objetiva ao paciente o passo-a-passo para a coleta (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC", 2002; MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008). Dessa forma, será possível coletar escarro espontâneo para os procedimentos diagnósticos recomendados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose: teste molecular rápido, pesquisa direta de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) (baciloscopia) e cultura para micobactérias.

A coleta do escarro espontâneo deverá ser, preferencialmente, realizada pela manhã ao acordar (ISENBERG, 1998; GARAY, 2006) e anteriormente à introdução da quimioterapia antituberculosa. Essa amostra é geralmente a mais abundante em bacilos álcool-ácido resistentes, porque é composta por secreção retida na árvore brônquica durante a noite.

O escarro espontâneo representa as secreções broncopulmonares e orofaríngeas, pois as broncopulmonares se misturam com as orofaríngeas quando passam pela parte superior do trato respiratório. Desta forma, o escarro é uma secreção contaminada pelos microrganismos da microbiota orofaríngea. Por conter grande quantidade de muco, é considerada uma secreção viscosa (MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008).

Quanto a suas características macroscópicas, a amostra de escarro espontâneo pode ser categorizada como saliva, mucopurulenta, sanguinolenta ou liquefeita. A amostra de boa qualidade é aquela proveniente da árvore brônquica, obtida após esforço da tosse, e não aquela da faringe, por aspiração de secreções nasais ou saliva. As amostras coletadas para o controle de tratamento devem ser examinadas independentemente da qualidade e do volume ≤ 5 ml (MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008).

Os procedimentos de coleta devem ser realizados em locais abertos, de preferência ao ar livre. Se os mesmos forem realizados em salas fechadas, essas salas precisam ser bem ventiladas e suas portas devem permanecer fechadas. Se a coleta for realizada numa sala, esta deve ser arejada e suas janelas devem permanecer abertas para reduzir a concentração das partículas infectantes (núcleos de Well) que permanecem suspensas no ar. A porta dessa sala deverá permanecer fechada durante a coleta para direcionar o fluxo de ar para fora do ambiente através da janela (MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL

DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008).

Para entrar em contato com esses pacientes, o profissional de saúde usará uma máscara semifacial filtrante descartável de uso pessoal e intransferível (máscara N95/PFF2/bico de pato). Sempre que houver indicação de isolamentos respiratório e por contato, a máscara deve ser o último equipamento de proteção individual (EPI) a ser retirado.

Em países de recursos limitados, as máscaras podem ser acondicionadas em envelopes de papel ou sacolas plásticas previamente perfuradas. A retenção da umidade prejudica o filtro e expõe o funcionário aos riscos biológicos, físicos e químicos presentes no ambiente.

É importante que não haja na amostra resíduos alimentares e/ ou de medicamentos e/ou substâncias químicas, pois eles prejudicam a qualidade da amostra. Por isso, as seguintes recomendações devem ser respeitadas:

1. Jejum a partir das 22 horas do dia anterior,
2. A não administração de medicações via oral de suporte clínico no mínimo 4 horas antes da coleta,
3. A não administração de drogas antituberculosas anteriormente à coleta,
4. Não higienização matinal com creme dental da cavidade oral. As soluções antissépticas para gargarejo, como cloreto de cetilperidínio (Cepacol[®]) ou clorexidine (Periogard[®]) durante 1 min podem ser utilizadas (PERES et al, 2011).
5. Escovação dos dentes com escova umedecida com água filtrada.

Caso o paciente possua prótese dentária móvel, a mesma deve ser retirada antes da higiene oral. Se a prótese for fixa (como as pontes), orientar e observar a escovação dentária somente com água (sem creme dental) e, posteriormente, orientar o bochecho com água na tentativa de garantir a remoção de resíduos das próteses.

O paciente deve realizar a coleta obrigatoriamente sentado. O pote coletor deverá ser posicionado de forma facilmente acessível, durante todo o procedimento.

É recomendado pote estéril descartável de plástico transparente com capacidades mínima e máxima de 35 mL e 50 mL, respectivamente, altura mínima de 40mm, de boca larga e com tampa rosqueável de 50mm de diâmetro (MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008).

Antes de entregar o pote ao paciente para coleta do escarro, peça que o mesmo lave suas mãos.

O pote deve ser entregue fechado e identificado através de uma etiqueta colada na parede do mesmo com o nome do paciente e a data da coleta registrados. Essa etiqueta deve ser fixada num local que não comprometa a observação da gradação do volume

do pote (MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008). Nunca entregar um pote de coleta sem identificação devido ao risco de troca de amostras e nunca colar a etiqueta sobre a tampa do pote.

Antes de iniciar as orientações, o profissional deve certificar-se de que os seguintes elementos estão disponíveis e de fácil acesso para o paciente: 1) água filtrada para ingesta durante a coleta; 2) pote de escarro fechado, com seu mecanismo de rosqueamento e desrosqueamento funcionando corretamente e devidamente identificado. Rosquear e desrosquear o frasco antes de entregá-lo para o paciente e 3) papel-toalha (MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008).

Orientar os seguintes procedimentos:

1. Inspirar profundamente pelo nariz, reter o ar por alguns instantes (segundos) e expirar. Após repetir esses procedimentos três vezes, tossir,
2. Imediatamente após o ato da tosse produtiva, o paciente deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro do mesmo sem tocar em qualquer local do pote com os lábios e/ou com os dedos, pois há o risco de contaminação da amostra e,
3. Logo após, fechar novamente o frasco rosqueando firmemente a tampa. Nunca deixar o frasco aberto entre duas expectorações.

Repetir esses procedimentos quantas vezes for necessário até que o volume de 10 mL seja atingido.

Além do conteúdo falado, é fundamental dirigir-se ao paciente sempre pelo seu nome, cumprimentá-lo, aproximar-se para atendê-lo, manter contato visual quando a ele se dirigir ou quando esse se dirigir ao profissional, concentrar-se no paciente e manter a fisionomia receptiva. Verificar se o paciente entendeu todas as orientações; caso seja necessário repetir as orientações, modificar a linguagem e deixar espaço para que o paciente possa fazer perguntas (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC", 2002).

A quantidade de bacilos em cada amostra é variável (WHO, 1998). Por isso todos os esforços devem ser direcionados para obter o volume de 10 mL de escarro na tentativa de aumentar a sensibilidade da baciloscopia e do isolamento do *M. tuberculosis*.

Os pacientes sintomáticos respiratórios ou com imagem radiográfica sugestiva de tuberculose, deverão ser submetidos a 2-3 coletas de escarro espontâneo para investigação de tuberculose e, se necessário, mais 3 amostras para pesquisa e cultura para fungos.

Cada paciente possui suas próprias características para a coleta do escarro, as quais devem ser respeitadas. Dores intercostais podem ser relatadas pelo paciente caso o mesmo se esforce excessivamente para expectorar. No Centro de Pesquisa Clínica/Núcleo de Doenças Infecciosas/UFES, os pacientes necessitam de 20 a 30 minutos para concluir a coleta. São raros os pacientes que precisam de mais tempo (dados não publicados).

Após a coleta da amostra, o pote coletor, com a tampa completamente rosqueada para evitar derramamento da amostra, deverá ser embalado num saco plástico transparente. Se o intervalo entre o término da coleta e o início dos procedimentos laboratoriais for inferior a 2 horas, o pote deve ser encaminhado ao laboratório em temperatura ambiente protegido da luz solar. Se esse intervalo for superior a 2 horas, o pote deverá ser acondicionado em geladeira (2°C-8°C) até seu envio para o laboratório. A amostra de escarro não deve ser mantida por período superior a 2 horas à temperatura ambiente, pois isso pode torná-la liquefeita, com aspecto muco-coloidal ou aguada (MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008).

Seguem as orientações passo-a-passo para coleta de escarro de PACIENTES AMBULATORIAIS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E DE PACIENTES HOSPITALIZADOS (LAIRD AT, 1909; ISENBERG, 1998; CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC", 2002; GARAY, 2006; MANUAL NACIONAL DE VIGILÂNCIA LABORATORIAL DA TUBERCULOSE e outras MICOBACTÉRIAS, 2008):

*PASSO-A-PASSO PARA COLETA DA 1ª AMOSTRA DE ESCARRO
ESPONTÂNEO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA CONFIRMAÇÃO
DO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR*

PREPARAÇÃO DO POTE

O profissional de saúde deve:

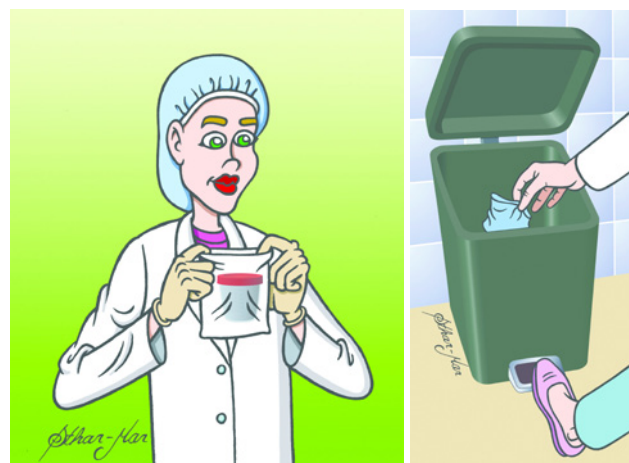
1. Lavar as mãos previamente à preparação do pote;



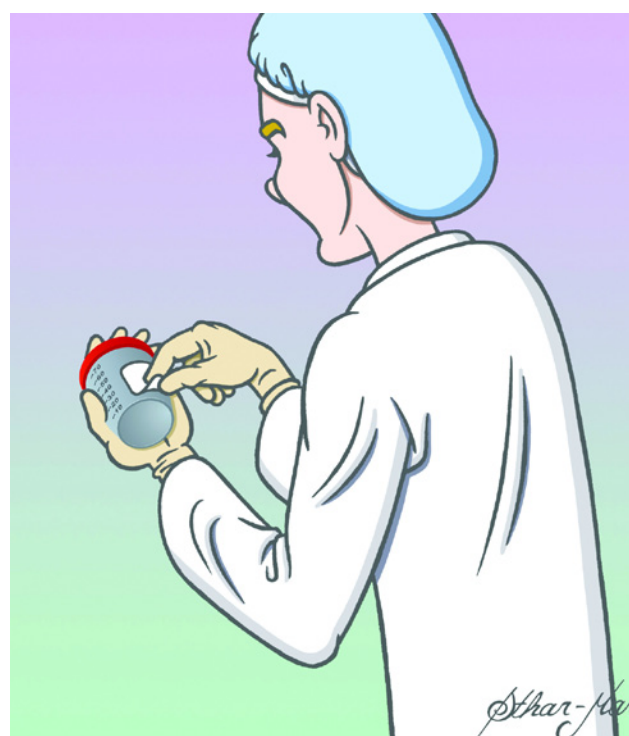
2. Escolher o frasco estéril graduado com parede transparente, capacidades mínima e máxima de volumes de 35 ml e 50 ml, respectivamente, altura máxima de 40 mm e tampa rosqueada de 50 mm conforme figura abaixo:



3. Abrir o invólucro do pote coletor; Retirá-lo sem des-rosquear a tampa e descartá-lo em lixo comum;



4. Registrar o nome do paciente e a data da coleta numa etiqueta e fixá-la na parte externa do pote;



5. Não fixar a etiqueta sobre a escala de volume ou sobre a tampa do pote;



6. A marca de 10 ml deve ser reforçada com caneta preta de retroprojeto para facilitar a visualização pelo paciente. *ATENÇÃO: espuma não será valorizada como volume de escarro expectorado.*



4. Recomendar ao paciente para ingerir o maior volume possível de água durante a coleta;

HIDRATAÇÃO DO PACIENTE, HIGIENE DOS DENTES E DA CAVIDADE ORAL

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

1. Recepcionar o paciente;
2. Entregar uma máscara cirúrgica branca para o paciente e orientar o paciente como fixá-la no rosto;
3. Explicar para o paciente que essa máscara deve ser fixada no rosto até o local da coleta ou caso o paciente se desloque para outros setores (Ex.: Ir ao banheiro ou ao setor de radiologia);



5. Pedir ao paciente para ir ao banheiro para os seguintes procedimentos na ordem abaixo:

a) Retirar a máscara cirúrgica branca do rosto;



c) Remover qualquer prótese dentária;



b) Lavar as mãos com água e sabão e depois secá-las com papel toalha;



d) Escovar os dentes com escova umedecida em água filtrada para remoção de possíveis resíduos alimentares dos dentes, gengivas e língua;



PREPARAÇÃO DO AMBIENTE PARA COLETA DO ESCARRO

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

1. Escolher um local ao ar livre na unidade básica de saúde para coleta da amostra;



e) Realizar o bochecho;



2. Caso não exista esse local, escolher um ambiente ventilado no qual o paciente possa permanecer sozinho;

3. Pedir para o paciente sentar-se para iniciar a coleta. O paciente deve se manter sentado durante toda a coleta;

4. Manter uma mesa próxima ao paciente para servir de apoio para o pote coletor;



f) Fixar novamente a máscara cirúrgica branca no rosto.

6. Orientar o paciente para não realizar higiene oral com creme dental;

7. Informar que a escovação dos dentes, bochecho e gargarejo com água são suficientes e indispensáveis.

5. Colocar o pote coletor em local de fácil acesso para o paciente;

6. Disponibilizar água filtrada para o paciente beber durante a coleta da amostra;



7. Pedir para o paciente retirar a máscara cirúrgica branca do rosto;



SIMULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA COLETA DA AMOSTRA DE ESCARRO

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve explicar para o paciente os procedimentos para coleta do escarro em poucas palavras numa linguagem simples e objetiva. Simular os procedimentos para facilitar o entendimento dos mesmos pelo paciente:

1. Explicar que o escarro é a secreção que vem dos pulmões, após a tosse. Portanto, é imprescindível a colaboração do paciente para tossir;

2. Orientar o paciente para:

a) Inspirar profundamente, reter (prender) o ar nos pulmões por alguns instantes (segundos) e soltar posteriormente;



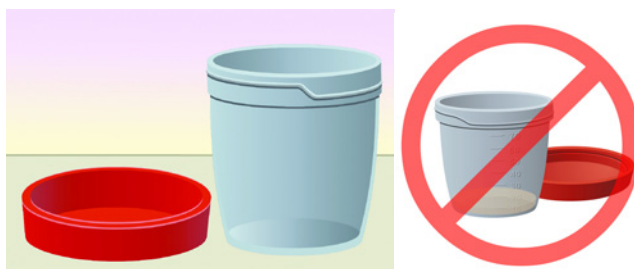
b) Esses procedimentos devem ser repetidos três vezes;

c) Imediatamente após, estimular o paciente a tossir;

d) Enquanto tosse, o paciente deverá des-rosqueiar a tampa do pote coletor. Abrir o pote, curvar sua cabeça sobre o mesmo, sem encostar os lábios, queixo ou bochechas em nenhuma área do pote ou da sua tampa e expectorar dentro do pote;



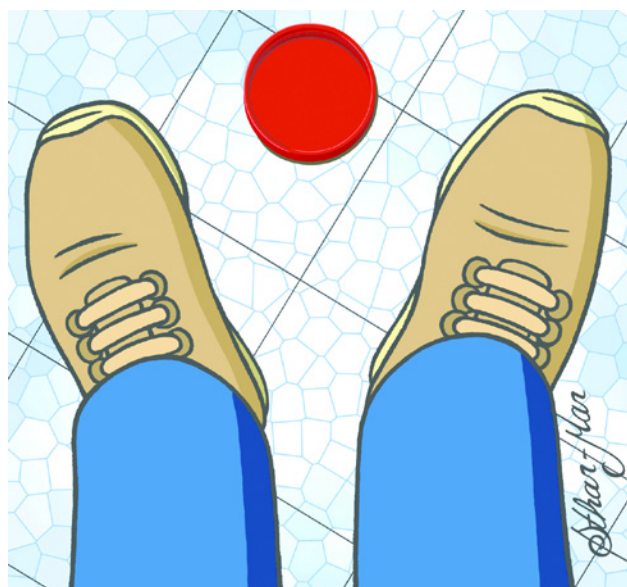
f) Ao final de cada expectoração, orientar o paciente a fechar o pote rosqueando completamente sua tampa;



3. Alertar o paciente para evitar que a tampa do pote caia no chão. Caso isso venha a ocorrer, o paciente deverá pedir ao profissional de saúde a substituição da tampa;



e) Não tocar as pontas dos dedos na parte interna do pote;



4. A importância de se coletar 10 ml deve ser apresentada ao paciente; reforçar que a espuma não será levada em consideração para atingir esse volume;

5. Não existe limite de tempo para a coleta do escarro;

6. A coleta será finalizada quando forem atingidos 10 ml de escarro;

7. Orientar o paciente a repetir esses procedimentos quantas vezes for necessário até atingir a marca sinalizada na parede do pote;

8. Caso o paciente não consiga expectorar 10 ml, o profissional de saúde deverá estimular o paciente para expectorar o maior volume próximo a esse valor, pelo menos 5 ml.

COLETA DO ESCARRO

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

1. Entregar o pote coletor identificado e com a marca de 10 ml de volume reforçada para facilitar a visualização pelo paciente do volume recomendado;
2. Entregar papel toalha descartável para remover a expectoração caso ela permaneça sobre os lábios. É proibido removê-la com o pote devido ao risco de contaminação da amostra;



3. Observar as primeiras expectorações e a maneira que o paciente expectora dentro do pote. Corrigir o paciente sempre que necessário;
4. Supervisionar a coleta na maior frequência possível para avaliar se as instruções estão sendo respeitadas. Durante as supervisões, estimular o paciente a continuar a coleta até atingir o volume de 10 ml;
5. Em caso de dificuldades, assistir o paciente durante a coleta até que ele tenha autonomia para realizá-la sozinho;
6. Caso a secreção seja expectorada na parede externa do pote, o profissional de saúde deverá imediatamente removê-la utilizando papel toalha e descontaminar com solução de fenol a 5%;
7. A coleta será finalizada quando forem atingidos 10 ml de escarro;
8. Aguardar o tempo que julgar necessário para o paciente coletar os 10 ml de escarro ou qualquer volume mais próximo a esse valor e
9. Caso o paciente não consiga expectorar 10 ml, o

profissional de saúde deverá estimular o paciente para expectorar o volume mais próximo possível desse valor, pelo menos 5 ml.



COLOCAÇÃO DO POTE NA GELADEIRA ATÉ O SEU TRANSPORTE PARA O LABORATÓRIO

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve ao término da coleta:

1. Colocar o pote num saco plástico transparente e fechá-lo com um nó;
2. Guardar o pote em geladeira para materiais contaminados sob temperatura entre 2-8°C até o seu transporte para o laboratório;

ATENÇÃO: se o profissional de saúde julgar que o paciente é capaz de respeitar todas as recomendações sobre a coleta longe de sua supervisão, a próxima coleta poderá ser realizada no domicílio do paciente. Caso contrário, ela deverá ser realizada na unidade básica de saúde ou em alguma outra referência.



*PASSO-A-PASSO PARA COLETA DE ESCARRO ESPONTÂNEO NO DOMICÍLIO DO
PACIENTE PARA CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR,
DOENÇA PULMONAR POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS OU PARA
CONTROLE DE TRATAMENTO DESSES AGRAVOS.*

*ORIENTAÇÕES SOBRE JEJUM E INGESTA
HÍDRICA ANTERIOR À COLETA*

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve em data anterior à coleta:

1. Recomendar ao paciente jejum de, no mínimo, 6 h;
2. Recomendar ao paciente para ingerir o maior volume possível de água durante a noite anterior ao dia da coleta. É permitida a ingestão de água durante o período do jejum.

PREPARAÇÃO DO POTE

O profissional de saúde deve:

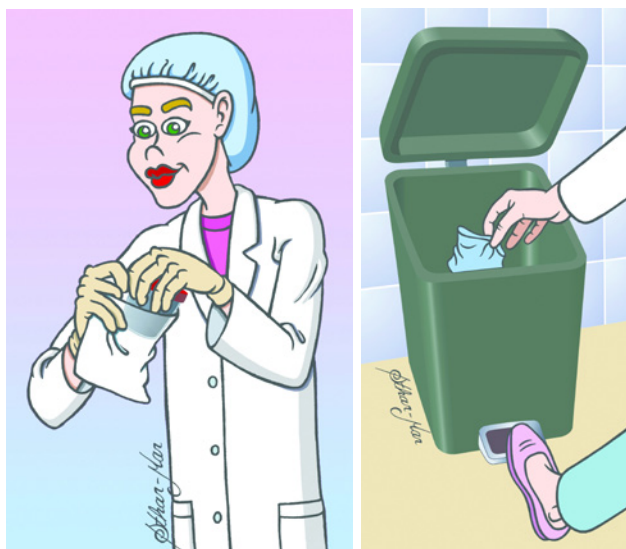
1. Lavar as mãos previamente à preparação do pote;



2. Escolher o frasco estéril graduado com parede transparente, capacidades mínima e máxima de volumes de 35 ml e 50 ml, respectivamente, altura máxima de 40 mm e tampa rosqueada de 50 mm conforme figura abaixo;

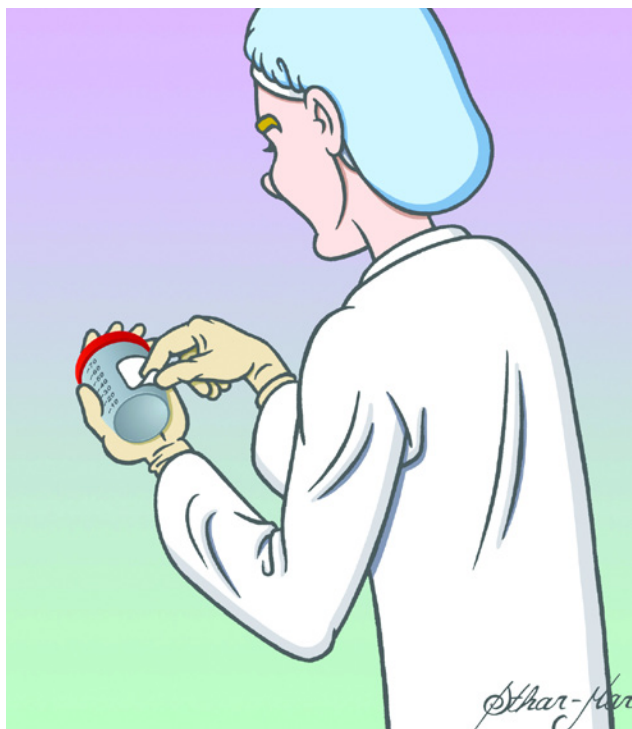


3. Abrir o invólucro do pote coletor, retirá-lo sem desrosquear a tampa e descartá-lo em lixo comum;

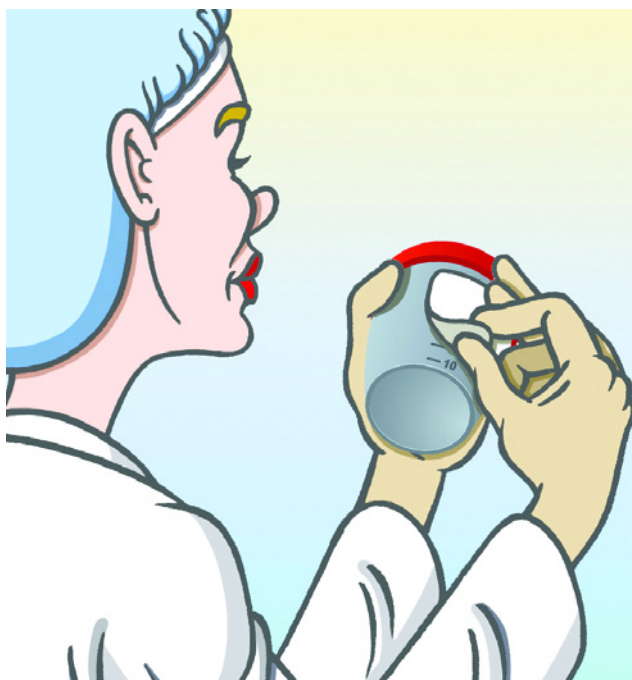


4. Registrar o nome do paciente e a data da coleta na etiqueta;

5. Fixar a etiqueta na parede externa do pote;



6. Não fixar a etiqueta sobre a escala de volume ou sobre a tampa do pote;



7. A marca de 10 ml deve ser reforçada com caneta preta de retroprojeto para facilitar a visualização pelo paciente. **ATENÇÃO: a espuma não será valorizada.**

8. Entregar o pote coletor para o paciente levá-lo para seu domicílio, devidamente identificado e com a marca de 10 ml de volume sinalizada e

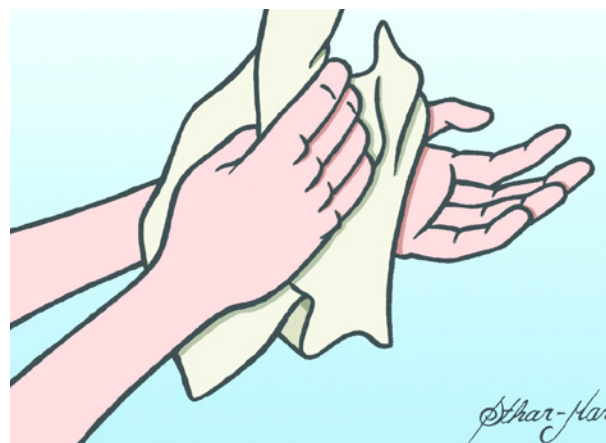
9. Entregar, também, um saco plástico transparente no qual, após o término da coleta, o pote com o escarro já coletado deverá ser colocado.

LAVAGEM DAS MÃOS, HIGIENE DOS DENTES E DA CAVIDADE ORAL

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

1. Pedir ao paciente para ir ao banheiro para os seguintes procedimentos na ordem abaixo na manhã do dia da coleta:

a) Lavar as mãos com água e sabão e depois secá-las;



b) Remover qualquer prótese dentária;



d) Realizar bochecho e gargarejo com água filtrada;



e) Orientar o paciente para não realizar higiene oral com creme dental ou soluções para bochecho/gargarejo na manhã da coleta.

f) Atenção: o uso apenas da água filtrada é suficiente para escovação dos dentes, bochecho e gargarejo.

PREPARAÇÃO DO AMBIENTE PARA COLETA DO ESCARRO

No seu domicílio, o paciente deve:

1. Escolher um local ao ar livre para coleta da amostra;



2. Caso não exista esse local, escolher um ambiente ventilado no qual o paciente possa permanecer sozinho;

c) Escovar os dentes com escova umedecida em água filtrada para remoção de possíveis resíduos alimentares dos dentes, gengivas e língua;





6. Sentar para iniciar a coleta. Deve manter sentado durante toda a coleta.

SIMULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA COLETA DA AMOSTRA DE ESCARRO

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve explicar ao paciente em poucas palavras numa linguagem simples e objetiva como se coleta o escarro. Simular os procedimentos para o paciente para facilitar o entendimento dos mesmos pelo paciente:

1. Explicar que o escarro é a secreção que vem dos pulmões após a tosse. Portanto, é imprescindível a colaboração do paciente para tossir;

2. Orientar o paciente para:

a) Inspirar profundamente, reter (prender) o ar nos pulmões por alguns instantes (segundos) e soltar posteriormente;

3. Manter uma mesa próxima ao mesmo para servir de apoio para o pote coletor;

4. Colocar o pote coletor em local de fácil acesso para o mesmo;

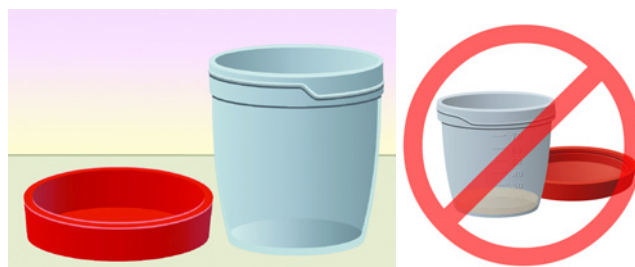
5. Ter água filtrada disponível para beber durante a coleta da amostra;



b) Esses procedimentos devem ser repetidos três vezes;

c) Imediatamente após, estimular o paciente a tossir;

d) Enquanto tosse, o paciente deverá des-rosquear a tampa do pote coletor abrir o pote e curvar sua cabeça sobre o mesmo, sem encostar os lábios queixo ou bochechas em nenhuma área do pote ou da sua tampa e expectorar dentro do pote;



g) Caso a secreção seja expectorada na parede externa do pote, o paciente deverá imediatamente removê-la utilizando papel higiênico;



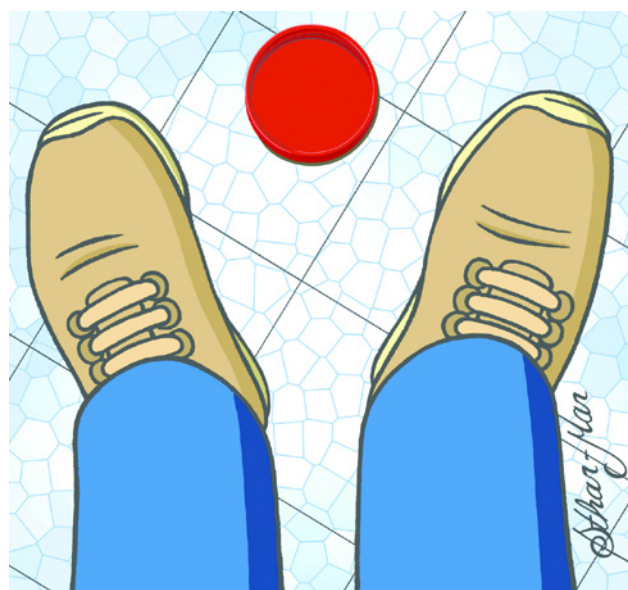
e) Não tocar as pontas dos dedos na parte interna do pote;



3. Alertar o paciente para evitar que a tampa do pote caia no chão. Caso isso venha a ocorrer, o paciente deverá comunicar ao profissional de saúde no momento de entregar a amostra coletada;



f) Ao final de cada expectoração, orientar o paciente a fechar o pote rosqueando completamente sua tampa;



4. A importância de se coletar 10 ml deve ser apresentada ao paciente; reforçar que a espuma não será levada em consideração para atingir esse volume;

5. Não existe limite de tempo para a coleta do escarro;

6. Orientar o paciente a repetir esses procedimentos quantas vezes for necessário até atingir a marca sinalizada na parede do pote;

7. Caso o paciente não consiga expectorar 10 ml, o paciente deve fazer o possível para expectorar a maior quantidade próxima a esse valor, pelo menos 5 ml;

8. A coleta será finalizada quando forem atingidos 10 ml de escarro ou qualquer volume mais próximo possível desse valor, pelo menos 5 ml.

TRANSPORTE DO POTE ATÉ A UNIDADE DE SAÚDE OU LABORATÓRIO

O paciente deve, ao término da coleta, no seu domicílio:

1. Colocar o pote num saco plástico transparente e fechá-lo com um nó;



2. Transportar esse pote até a unidade de saúde ou laboratório protegido da luz solar num prazo máximo de 2 h;



ENTREGA DO POTE DE ESCARRO NA UNIDADE DE SAÚDE

Antes que o paciente entre na unidade de saúde, o profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

1. Recepcionar o paciente;
2. Entregar a máscara cirúrgica branca para o paciente;
3. Certificar que o paciente respeitou o jejum de no mínimo 6 h para coleta da amostra;
4. Certificar que o paciente realizou a higiene oral e escovação dos dentes imediatamente antes de iniciar a coleta no seu domicílio; certificar que não foi utilizado creme dental;
5. Guardar o pote em geladeira para materiais contaminados sob temperatura entre 2-8°C até o seu transporte para o laboratório.



PASSO-A-PASSO PARA COLETA DE ESCARRO ESPONTÂNEO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU NO HOSPITAL DE PACIENTES AMBULATORIAIS CUJA COLETA DOMICILIAR NÃO FOI SATISFATÓRIA. O OBJETIVO DESSA COLETA É CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR, DOENÇA PULMONAR POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS OU PARA CONTROLE DE TRATAMENTO DESSES AGRAVOS

ORIENTAÇÕES SOBRE JEJUM E INGESTA HÍDRICA ANTERIOR À COLETA

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

1. Orientar o paciente para comparecer ao local na data e horário agendado;
2. Recomendar ao paciente jejum de, no mínimo, 6 h;
3. Recomendar ao paciente para ingerir o maior volume possível de água durante a noite anterior ao dia da coleta. É permitida a ingestão de água durante o período do jejum;
4. Certificar-se que o paciente compreendeu o endereço e sabe como chegar a esse local;
5. Orientar o paciente para não realizar higiene oral com creme dental;
6. Informar que a escovação dos dentes, bochecho e gargarejo com água filtrada são suficientes e indispensáveis e serão realizadas no local da coleta do escarro e não em casa.

PREPARAÇÃO DO POTE

O profissional de saúde deve:

1. Lavar as mãos previamente à preparação do pote;



2. Escolher o frasco estéril graduado com parede transparente, capacidades mínima e máxima de volumes de 35 ml e 50 ml, respectivamente, altura máxima de 40 mm e tampa rosqueada de 50 mm conforme figura abaixo;

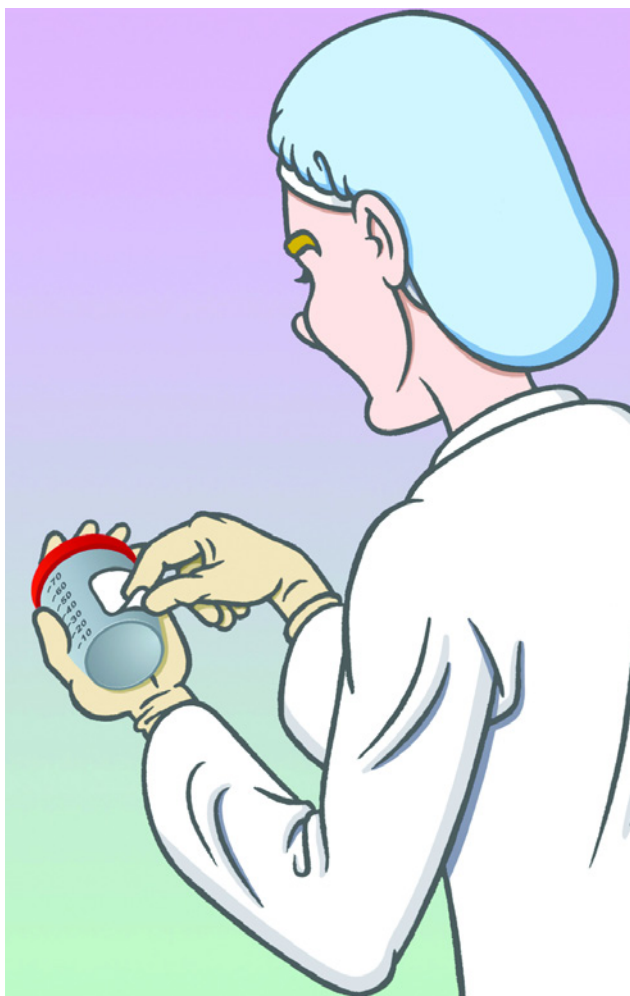


3. Abrir o invólucro do pote coletor, retirá-lo sem desrosquear a tampa e descartá-lo em lixo comum;



4. Registrar o nome do paciente e a data da coleta numa etiqueta;

5. Fixar a etiqueta na parede externa do pote;



6. Não fixar a etiqueta sobre a escala de volume ou sobre a tampa do pote;



7. A marca de 10 ml deve ser reforçada com caneta preta de retroprojeto para facilitar a visualização pelo paciente. **ATENÇÃO:** *espuma não será valorizada como volume de escarro expectorado.*

HIGIENE DOS DENTES E DA CAVIDADE ORAL

Antes que o paciente entre no local, o profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

8. Recepcionar o paciente;

9. Entregar uma máscara cirúrgica branca para o paciente e orientar o paciente como fixá-la no rosto;





b) Lavar as mãos com água e sabão e, depois secá-las com papel toalha;



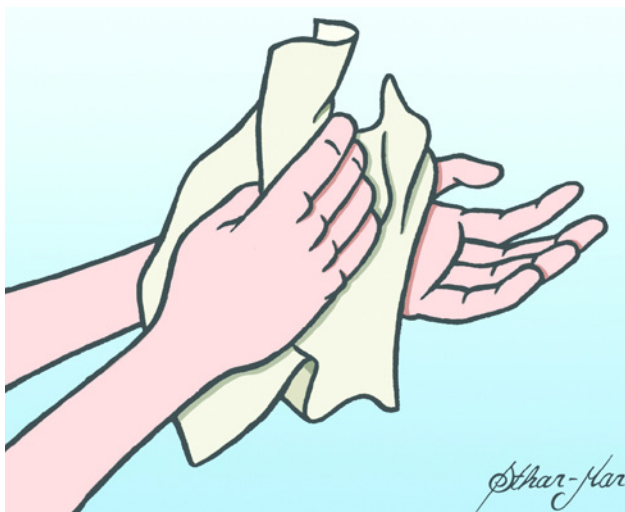
10. Explicar para o paciente que essa máscara deve ser fixada no rosto até o local da coleta ou caso o paciente se desloque para outros setores (Ex.: ir ao banheiro ou ao setor de radiologia);

11. Certificar que o paciente esteja em jejum de no mínimo 6 h;

12. Questionar o paciente quanto à realização de higiene oral e escovação dos dentes na sua residência;

13. Pedir ao paciente para ir ao banheiro para os seguintes procedimentos na ordem abaixo:

a) Retirar a máscara cirúrgica branca do rosto;



c) Remover qualquer prótese dentária;



d) Escovar os dentes com escova umedecida em água filtrada para remoção de possíveis resíduos alimentares dos dentes, gengivas e língua;



e) Realizar bochecho e gargarejo com água filtrada;



f) Fixar novamente a máscara cirúrgica branca no rosto;



PREPARAÇÃO DO AMBIENTE PARA A COLETA DO ESCARRO

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

1. Pedir para o paciente sentar-se para iniciar a coleta.



2. Manter uma mesa próxima ao paciente para servir de apoio para o pote coletor;



3. Colocar o pote em local de fácil acesso para o paciente;

4. Entregar papel toalha descartável para remover a expectoração caso ela permaneça sobre os lábios. É proibido removê-la com o pote devido ao risco de contaminação da amostra;



5. Disponibilizar água filtrada para o paciente beber durante a coleta da amostra;

6. Pedir para o paciente retirar a máscara cirúrgica branca e colocá-la em local de fácil acesso.

SIMULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA COLETA DO ESCARRO

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve explicar ao paciente em poucas palavras numa linguagem simples e objetiva como se coleta o escarro. Simular os procedimentos para o paciente para facilitar o entendimento dos mesmos pelo paciente:

1. Informar ao paciente a importância da coleta de escarro para o diagnóstico de tuberculose;

2. Explicar que o escarro é a secreção que vem dos pulmões após a tosse. Portanto, é imprescindível a colaboração do paciente para tossir;

3. Orientar o paciente para:

a) Inspirar profundamente, reter (prender) o ar nos pulmões por alguns instantes (segundos) e soltar posteriormente;



b) Esses procedimentos devem ser repetidos três vezes;

c) Imediatamente após, estimular o paciente a tossir;

d) Enquanto tosse, o paciente deverá des-rosquear a tampa do pote coletor, abrir o pote, curvar sua cabeça sobre o mesmo, sem encostar os lábios, queixo ou bochechas em nenhuma área do pote ou da sua tampa e expectorar dentro do pote;



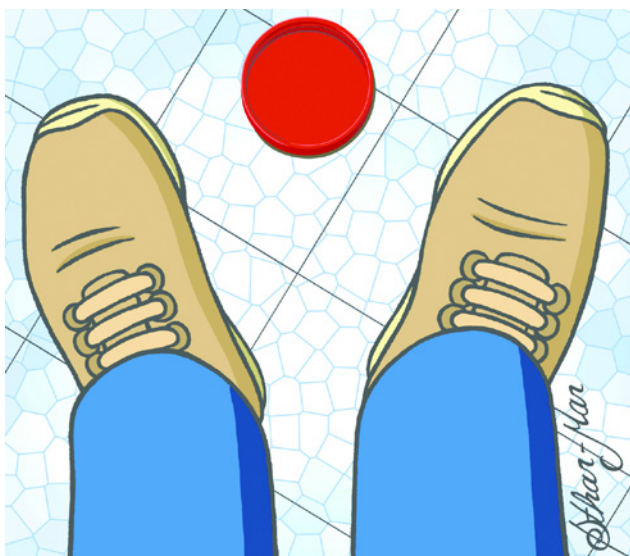
e) Não tocar as pontas dos dedos na parte interna do pote;



f) Ao final de cada expectoração, orientar o paciente a fechar o pote rosqueando completamente sua tampa;



4. Alertar o paciente para evitar que a tampa do pote caia no chão. Caso isso venha a ocorrer, o paciente deverá pedir ao profissional de saúde a substituição da tampa;



5. Observar as primeiras expectorações e a maneira que o paciente escarra dentro do frasco. Corrigir o paciente sempre que necessário;

6. Supervisionar a coleta na maior frequência possível para avaliar se as instruções estão sendo respeitadas. Durante as supervisões, estimular o paciente a continuar a coleta até atingir o volume de 10 ml;

7. Em caso de dificuldades, assistir o paciente durante a coleta até que ele tenha autonomia para realizá-la sozinho;

8. Caso a secreção seja expectorada na parede externa do pote, o profissional de saúde deverá imediatamente removê-la utilizando papel toalha e descontaminar com solução de fenol a 5%;



9. A importância de se coletar 10 ml deve ser apresentada ao paciente; reforçar que a espuma não será levada em consideração para atingir esse volume;

10. Não existe limite de tempo para a coleta do escarro; aguardar o tempo que julgar necessário para o paciente coletar os 10 ml de escarro ou qualquer volume mais próximo a esse valor;

11. Orientar o paciente a repetir esses procedimentos quantas vezes for necessário até atingir a marca sinalizada na parede do pote;

12. Caso o paciente não consiga expectorar 10 ml, o profissional de saúde deverá estimular o paciente para expectorar a maior quantidade próxima a esse valor, pelo menos 5 ml;

13. A coleta será finalizada quando forem atingidos 10ml de escarro ou o volume mais próximo possível desse valor.

TRANSPORTE DO POTE ATÉ A GELADEIRA

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve:

1. A partir do momento que a coleta for considerada encerrada pelo profissional de saúde, colocar o pote num saco plástico transparente, fechá-lo com um nó;
2. Guardar o pote em geladeira para materiais contaminados sob temperatura entre 2-8°C até o seu transporte para o laboratório.



PASSO-A-PASSO PARA COLETA DE ESCARRO ESPONTÂNEO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. O OBJETIVO DESSA COLETA É CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR, DOENÇA PULMONAR POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS OU PARA CONTROLE DE TRATAMENTO DESSES AGRAVOS

ORIENTAÇÕES SOBRE JEJUM E INGESTA HÍDRICA ANTERIOR À COLETA

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve na noite anterior ao dia da coleta:

1. Comunicar ao paciente que uma amostra de escarro deverá ser coletada na manhã do dia seguinte;
2. Recomendar ao paciente jejum de no mínimo 6 h;
3. Recomendar ao paciente para ingerir o maior volume possível de água durante a noite anterior ao dia da coleta. É permitida a ingestão de água durante o período do jejum;
4. Orientar o paciente para não realizar higiene oral com creme dental ou utilizar soluções para bochecho/gargarejo na manhã da coleta;
5. Informar que a escovação dos dentes, bochecho e gargarejo com água são suficientes e indispensáveis.

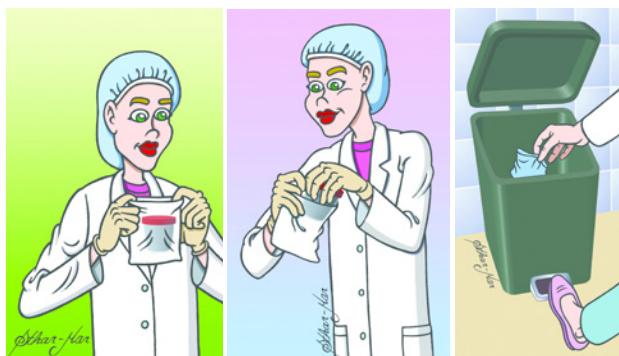
PREPARAÇÃO DO POTE

O profissional de saúde deve:

1. Lavar as mãos previamente à preparação do pote;
2. Escolher o frasco estéril graduado com parede transparente, capacidade mínima de volume de 35 ml, máxima de 50 ml, altura máxima de 40 mm e tampa rosqueada de 50 mm conforme figura abaixo;

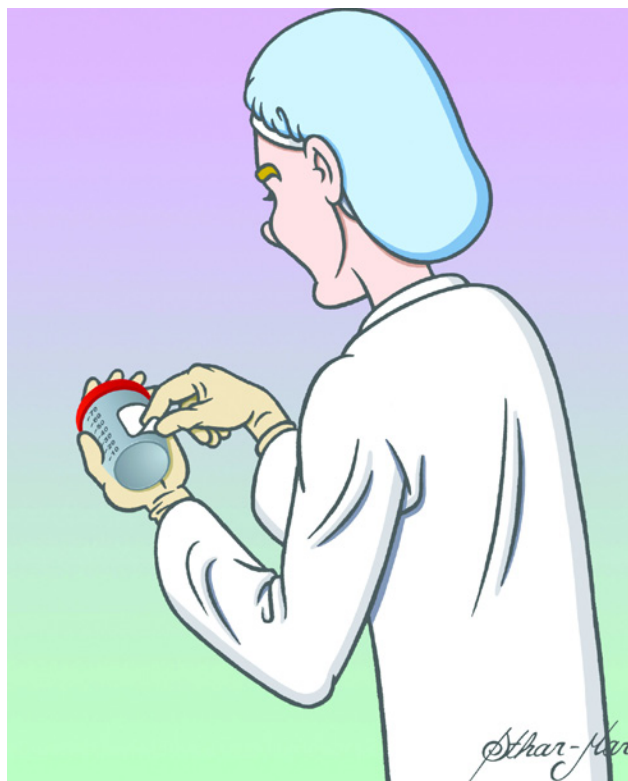


3. Abrir o invólucro do pote coletor e retirá-lo sem desrosquear a tampa e descartá-lo em lixo comum;



4. Registrar o nome do paciente e a data da coleta numa etiqueta;

5. Fixar a etiqueta na parede externa do pote;



6. Não fixar a etiqueta sobre a escala de volume ou sobre a tampa do pote;



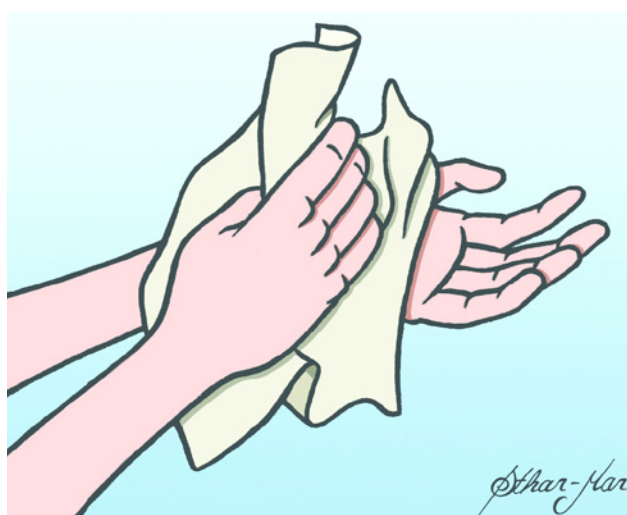
7. A marca de 10 ml deve ser reforçada com caneta preta de retroprojeto para facilitar a visualização pelo paciente. **ATENÇÃO:** *espuma não será valorizada como volume de escarro expectorado.*

LAVAGEM DAS MÃOS, HIGIENE DOS DENTES E DA CAVIDADE ORAL

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve na manhã do dia da coleta:

1. Pedir para o paciente ir ao banheiro para os seguintes procedimentos na ordem abaixo:

a) Lavar as mãos com água e sabão, depois secá-las com papel toalha;



b) Remover qualquer prótese dentária;



c) Escovar os dentes com escova umedecida em água filtrada para remoção de possíveis resíduos alimentares dos dentes, gengivas e língua;

d) Realizar bochecho e gargarejo com água filtrada;



PREPARAÇÃO DO AMBIENTE PARA COLETA DO ESCARRO

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve na manhã do dia da coleta:

1. Pedir para o paciente sentar-se ou elevar a cabeceira a 90° para iniciar a coleta. Ele deve se manter sentado durante toda a coleta;



2. Manter uma mesa próxima ao paciente para servir de apoio para o pote coletor;



3. Colocar o pote coletor em local de fácil acesso para o paciente;

4. Disponibilizar água filtrada para o paciente beber durante a coleta da amostra;



5. Antes de entregar o pote coletor, questionar se o paciente já realizou a escovação dos dentes e o bochecho com água. Caso não, solicitar que o faça. Se o paciente estiver restrito ao leito, fornecer a escova de dente com um copo d'água para ambos os procedimentos.

SIMULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA COLETA DA AMOSTRA

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve explicar ao paciente em poucas palavras numa linguagem simples e objetiva como se coleta o escarro, na manhã do dia da coleta. Simular os procedimentos para o paciente para facilitar o entendimento dos mesmos pelo paciente:

1. Explicar que o escarro é a secreção que vem dos pulmões após a tosse. Portanto, é imprescindível a colaboração do paciente para tossir;

2. Orientar o paciente para:

a) Inspirar profundamente o ar nos pulmões por alguns instantes (segundos) e soltar posteriormente;

b) Esses procedimentos devem ser repetidos três vezes;

c) Imediatamente após, estimular o paciente a tossir.

3. Enquanto tosse, o paciente deverá des-rosquear a tampa do pote coletor, abrir o pote, curvar sua cabeça sobre o mesmo, sem encostar os lábios, queixo ou bochechas em nenhuma área do pote ou da sua tampa e expectorar dentro do pote;

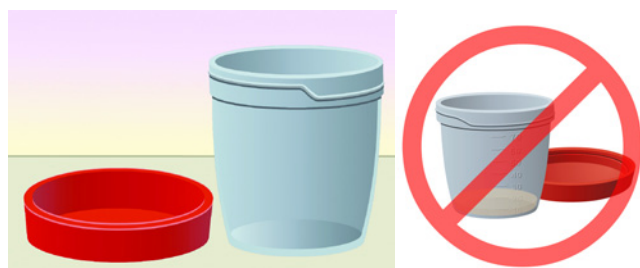


4. Não tocar as pontas dos dedos na parte interna do pote;

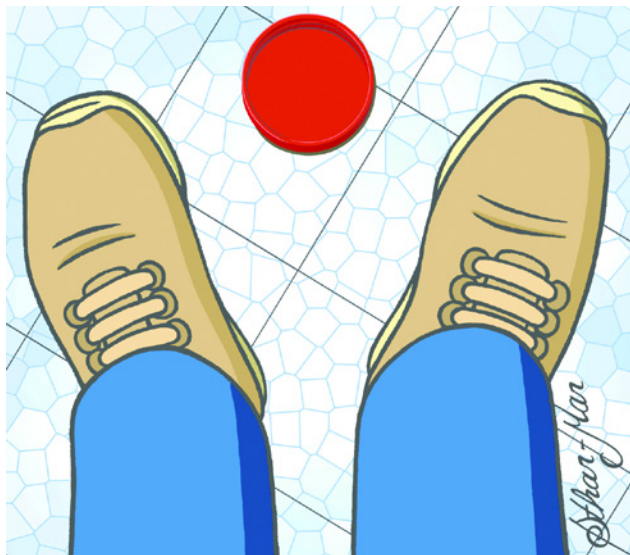


5. Expectorar dentro do pote;

6. Ao final de cada expectoração, orientar o paciente a fechar o pote rosqueando completamente sua tampa;



7. Alertar o paciente para evitar que a tampa do pote caia no chão. Caso isso venha a ocorrer, o paciente deverá comunicar ao profissional de saúde para que a tampa seja substituída;



8. A importância de se coletar 10 ml deve ser apresentada ao paciente; reforçar que a espuma não será levada em consideração para atingir esse volume;

9. Não existe limite de tempo para a coleta do escarro;

10. Orientar o paciente a repetir esses procedimentos quantas vezes for necessário até atingir a marca sinalizada na parede do pote.

SUPERVISÃO DA COLETA DO ESCARRO (sempre que possível)

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve no dia da coleta de manhã cedo:

1. Entregar papel toalha descartável para remover a expectoração caso ela permaneça sobre os lábios. É proibido removê-la com o pote devido ao risco de contaminação da amostra;



2. Observar as primeiras expectorações e a maneira que o paciente escarra dentro do pote. Corrigir o paciente sempre que necessário;

3. Supervisionar a coleta na maior frequência possível para avaliar se as instruções estão sendo respeitadas. Durante as supervisões, estimular o paciente a continuar a coleta até atingir o volume de 10 ml;

4. Em caso de dificuldades, assistir o paciente durante

a coleta até que ele tenha autonomia para realizá-la sozinho;

5. Caso a secreção seja expectorada na parede externa do pote, o profissional de saúde deverá imediatamente removê-la utilizando papel toalha e descontaminar com solução de fenol a 5%;



6. A coleta será finalizada quando forem atingidos 10 ml de escarro;

7. Caso o paciente não consiga expectorar 10 ml, o profissional de saúde deverá estimular o paciente para expectorar o maior volume possível próximo a esse valor, pelo menos 5 ml;

8. Aguardar o tempo que julgar necessário para o paciente coletar os 10 ml de escarro ou qualquer volume mais próximo a esse valor.

TRANSPORTE DO POTE ATÉ A GELADEIRA

O profissional de saúde, devidamente paramentado com máscara N95/PFF2, deve ao término da coleta:

1. Colocar o pote num saco plástico transparente; fechá-lo com um nó;
2. Guardar o pote em geladeira para materiais contaminados sob temperatura entre 2-8°C até o seu transporte para o laboratório.



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1. A importância de se coletar 10 ml deve ser apresentada ao paciente; reforçar que a espuma não será levada em consideração para atingir esse volume;
2. Não existe limite de tempo para a coleta do escarro. A enfermeira deve avaliar se o paciente é capaz de expectorar; *Nota: são raros os pacientes que exigem mais de 30 min para expectorar 10 ml de escarro;*
3. A coleta será considerada finalizada quando a enfermeira certificar que foram atingidos 10 ml de escarro;
4. Se o paciente não for capaz de atingir os 10 ml de expectoração, a enfermeira deve adotar medidas para que sejam coletados ao menos 5 ml ou o volume mais próximo possível de 10 ml;
5. Não descartar potes com volumes de escarro inferiores a 5 ml;
6. Caso seja impossível coletar a amostra de escarro, o pote deve ser obrigatoriamente descartado e o paciente orientado a tentar numa data futura a coleta;
7. Em caso de expectoração com sangue ou hemoptise, chamar imediatamente o médico para avaliar a interrupção do procedimento. Essa amostra não poderá ser utilizada para o teste molecular rápido;
8. Em caso de vômitos durante a coleta do escarro, interromper a coleta. O pote deve ser obrigatoriamente descartado;
9. Registrar os horários de início e término da coleta de escarro na requisição médica para baciloscopia e cultura para micobactérias;
10. Registrar qualquer desvio de técnica durante a coleta de escarro na requisição médica de baciloscopia e cultura para micobactérias;
11. Ao término da coleta, o paciente deverá lavar as mãos, fixar novamente a máscara no rosto e ser liberado caso seja paciente ambulatorial;
12. O profissional de saúde, responsável pela coleta, deverá colocar o pote coletor num saco plástico transparente e fechá-lo;
13. A enfermeira deve certificar que a identificação no frasco coletor está de acordo com as informações da requisição médica de baciloscopia e cultura para micobactérias;
14. Guardar o pote com a amostra em geladeira para materiais contaminados sob temperatura entre 2-8°C até o seu transporte para o laboratório, caso o intervalo entre o término da coleta e o início do

processamento da amostra for maior que 2 h;

15. Transportar o pote dentro de caixas térmicas com gelo seco sob temperatura entre 2-8°C até o laboratório; colocar cada pote de escarro num orifício (para evitar agitação tanto quanto possível);
16. Transportar essa caixa refrigerada até o laboratório fechada protegida da luz solar;
17. As requisições médicas devem ser mantidas longe do local de coleta de escarro para evitar sujidade;
18. Os potes com as amostras de escarro devem ser levados ao laboratório protegidos da luz solar o mais rápido possível;
19. O intervalo entre o término da coleta de escarro e o processamento da amostra no laboratório deve ser inferior a 2 h.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC". Divisão de Tuberculose. Manual de orientação para coleta de amostras de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose. São Paulo, 26p. 2002.

Essential Procedures for Clinical Microbiology. . Isenberg, H.D. (Editor in chief). ASM Press. 1998.

GARAY, S.M. Pulmonary tuberculosis. Chapter 25. In: Tuberculosis. ROM, W.N. & GARAY, S.M. 2nd edition, 2006.

LAIRD, A.T. A method for increasing the diagnostic value of sputum reports. JAMA LII: 294-5, 1909.

Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras micobactérias. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. 1º Edição, 2008.

WHO/World Health Organization. Laboratory Services in tuberculosis control. Part III: Culture. Geneva, Switzerland, WHO/TB/98.258, 1998.

Evaluation of Oral Antiseptic Rinsing before Sputum Collection To Reduce Contamination of Mycobacterial Cultures. JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY, Aug. 2011, p. 3058–3060 Vol. 49, No. 8. Renata L. Peres, Moisés Palaci, Rafaela B. Loureiro, Reynaldo Dietze, John L. Johnson, Jonathan E. Golub, A. Ruffino-Netto, and Ethel L. Maciel.

AGRADECIMENTOS

Este material foi produzido com apoios financeiros do Projeto ICOHRTA AIDS/TB, Fogarty International Center/NIH 5U2RTW006883 (PI: José R. Lapa e Silva) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).