



Brusque, 20 de maio de 2026.

## FLUXOGRAMA PARA EXAMES DE TUBERCULOSE

### 1) Pacientes suspeitos de Tuberculose

Todo paciente suspeito de (TB), sintomáticos respiratórios, com tosse persistente, sudorese noturna, perda de peso, fraqueza, febre/febrícula, deverá passar por **atendimento pelo enfermeiro ou médico** que solicitará **EM GUIA SIMPLES - SAM 67, modelo em anexo**.

Como redigir na guia a solicitação de exames de tuberculose:

- 1) **DIAGNÓSTICO:** Baar 2 amostras + Cultura para Tuberculose
- 2) **EXAME DE ACOMPANHAMENTO:** Baar de controle 1 amostra. quando paciente em tratamento ( controle mensal enquanto tiver escarro).
- 3) Ofertar 1 pote, caso tenha disponível na UBS, ou orientar o paciente a retirar o frasco no laboratório de agendamento.

**2) Agendamento:** No sistema SISREG, o profissional da UBS que tem acesso, efetua o agendamento no ícone " Grupo - Patologia Clínica (exames de laboratório )

Não há necessidade de solicitar na regulação ,selecionar os exames em tela.

- Para diagnóstico: Selecionar os exames solicitados (baciloscopia de diagnóstico 2 amostras + cultura em geral).

- Para controle :selecionar o exame (baciloscopia para acompanhamento do tratamento de tuberculose 1 amostra).

### 3) Instruções de coleta:

**De manhã em jejum, sem escovar os dentes.**

- A) Apenas fazer um bochecho com água para retirar resíduos da orofaringe.
- B) Após fazer várias inspirações profundas e tossir várias vezes, procurando obter o material do fundo do peito, encher no mínimo 5 ml do pote para exame.
- C) Não pode ser saliva, apenas escarro.
- D) Em caso de saliva o laboratório solicita recoleta.
- E) Instruir para paciente não colocar os dedos dentro do pote ou debaixo da tampa durante a coleta.

**A guia do agendamento do exame é válido para o mês em que foi autorizado.**

### 4) Resultado:

O resultado para baciloscopia fica pronto em média 4 **dias úteis e cultura pode levar de 45 a 60 dias para ser liberado.**

Paciente pode retirar o laudo no laboratório ou pelo site do mesmo.



Os casos positivos o laboratório notifica o Programa TB, que fará contato com Unidade de Saúde para busca ativa do paciente o mais breve possível.

Se BAAR negativo e persistência de sintomas, enquanto aguarda o resultado da cultura, pode-se continuar a investigação através de outros métodos diagnósticos, assim como atentar para possibilidade de outros agravos respiratórios.

Importante orientar o paciente a retornar com laudo mesmo que negativo para apresentar na Unidade de Saúde e evoluir o resultado e condutas no Gmus.

### **5) Locais de recebimento da amostra:**

As **Unidades do Hoffmann** para o recebimento do material biológico são:

#### 1. **Villa Schlosser**

[\(47\) 3351 2647](tel:(47)33512647)

Av. Getúlio Vargas, nº81, sala 23 - Centro 2 (Villa Schlosser)

(entrega das 06:00 às 09:00hs)

#### 2. **Brusque Centro I**

[\(47\) 3351-2647](tel:(47)3351-2647)

R. Pastor Sandresky, nº50 - Centro 1 (Renaux Global Center, próximo a Igreja Luterana)

(entrega das 06:00 às 09:00hs)

#### 3. **Rua do Cedro**, nº1211, sala 01 - Dom Joaquim (Ao lado da ViaCredi)

[\(47\) 3351-2647](tel:(47)3351-2647)

(entrega das 06:00 às 09:00hs)

#### 4. **Brusque Santa Terezinha**

[\(47\) 3350-2491](tel:(47)3350-2491)

[\(47\) 98837-4550](tel:(47)98837-4550)

Rua Santos Dumont, nº1483 - Santa Terezinha

(entrega das 05:30 às 09:00hs)

At.te

Gisele Pruner Koguchi

enfermeira

Rosilana de Souza

técnica de enfermagem

PROGRAMA TUBERCULOSE

contato: 20170451

e-mail: [tuberculose@smsbrusque.sc.gov.br](mailto:tuberculose@smsbrusque.sc.gov.br)



**ANEXO**

**REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES**

SECRETARIA DE  
SAÚDE



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

Nome _____							
Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cor: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	Peso:	Altura	Clínica	Enf.	Leito
Dados Clínicos:						Declaro que o serviço foi prestado Data: ____/____/____ _____ Carimbo e assinatura	
Material a examinar:							
Exames Solicitados:							
_____/_____/_____ _____ Data							
_____ Carimbo e assinatura do Médico							