



PROTOCOLO DE ADMISSÃO NA UNIDADE DE TISIOPNEUMOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA: UMA PROPOSTA DE PADRONIZAÇÃO ASSISTENCIAL E MANEJO DA TUBERCULOSE

Resumo: A tuberculose (TB) permanece como um dos principais desafios de saúde pública global, exigindo estratégias integradas para o controle da transmissão e a garantia da adesão terapêutica. No contexto hospitalar, a ausência de fluxos padronizados pode comprometer a segurança do paciente e a proteção da equipe multidisciplinar. O objetivo é estabelecer critérios normatizados para triagem, admissão e manejo clínico, fundamentados nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. A metodologia consistiu em uma revisão narrativa da literatura e na análise técnica das necessidades da unidade, culminando na estruturação de etapas operacionais que abrangem desde a elegibilidade clínica até o planejamento da alta. Os resultados destacam a importância da estratificação de risco e da biossegurança, integrando o diagnóstico rápido por testes moleculares e o suporte às vulnerabilidades sociais. Conclui-se que a padronização assistencial é essencial para otimizar a gestão de leitos, reduzir a transmissão intra-hospitalar e promover a continuidade do cuidado na rede de atenção básica.

Descritores: Tuberculose, Hospitalização, Controle de Infecções, Segurança do Paciente, Continuidade da Assistência ao Paciente.

Admission protocol in the phthisiopneumology unit of the Gama regional hospital: a proposal for standardized care and tuberculosis management

Abstract: Tuberculosis (TB) remains one of the primary global public health challenges, requiring integrated strategies to control transmission and ensure therapeutic adherence. In the hospital context, the absence of standardized workflows can compromise patient safety and the protection of the multidisciplinary team. The objective is to establish standardized criteria for screening, admission, and clinical management, based on World Health Organization (WHO) and Ministry of Health guidelines. The methodology consisted of a narrative literature review and a technical analysis of the unit's needs, culminating in the structuring of operational steps covering everything from clinical eligibility to discharge planning. The results highlight the importance of risk stratification and biosafety, integrating rapid diagnosis through molecular tests and support for social vulnerabilities. It is concluded that healthcare standardization is essential to optimize bed management, reduce in-hospital transmission, and promote continuity of care in the primary care network.

Descriptors: Tuberculosis, Hospitalization, Infection Control, Patient Safety, Continuity of Patient Care.

Protocolo de admisión en la unidad de tisiopneumología del hospital regional del Gama: una propuesta de estandarización asistencial y manejo de la tuberculosis

Resumen: La tuberculosis (TB) sigue siendo uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, lo que exige estrategias integradas para el control de la transmisión y la garantía de la adherencia terapéutica. En el ámbito hospitalario, la ausencia de protocolos estandarizados puede comprometer la seguridad del paciente y la protección del equipo multidisciplinario. El objetivo es establecer criterios estandarizados para la detección, el ingreso y el manejo clínico, basados en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud. La metodología consistió en una revisión narrativa de la literatura y un análisis técnico de las necesidades de la unidad, culminando en la estructuración de pasos operativos que abarcan desde la elegibilidad clínica hasta la planificación del alta. Los resultados resaltan la importancia de la estratificación del riesgo y la bioseguridad, integrando el diagnóstico rápido mediante pruebas moleculares y el apoyo a las vulnerabilidades sociales. Se concluye que la atención estandarizada es esencial para optimizar la gestión de camas, reducir la transmisión intrahospitalaria y promover la continuidad de la atención en la red de atención primaria.

Descriptores: Tuberculosis, Hospitalización, Control de Infecciones, Seguridad del Paciente, Continuidad de la Atención al Paciente.

Ramiro Dourado-Maranhão

Pneumologista pelo Hospital das Clínicas da UFG. Mestre em Educação em Saúde pelo Hospital Albert Einstein, Professor da Uniceplac DF. Preceptor do Programa de Residência em Clínica Médica do Hospital Regional do Gama - FEPCS/SES-DF.
E-mail: ramirodourado@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8785-6669>

Gabriela Maria Rezende Rodrigues

Residente do Programa de Clínica Médica do Hospital Regional do Gama - FEPCS/SES-DF.
E-mail: gabii_mr@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0253-5962>

Submissão: 15/03/2026

Aprovação: 30/06/2026

Publicação: 11/07/2026



Como citar este artigo:

Dourado-Maranhão R, Rodrigues GMR. Protocolo de admissão na unidade de tisiopneumologia do hospital regional do Gama: uma proposta de padronização assistencial e manejo da tuberculose. São Paulo: Rev Remecs. 2026; 11(17):147-156. DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2026.11.17016>

Introdução

A tuberculose, doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, configura-se como uma emergência de saúde pública persistente, sendo uma das principais causas de morte por agente infeccioso único no mundo. Apesar dos avanços tecnológicos no diagnóstico e no tratamento, as metas globais para a eliminação da patologia enfrentam obstáculos significativos, exacerbados por disparidades socioeconômicas e pela complexidade do manejo em populações vulneráveis¹. No Brasil, a incidência da doença mantém-se em patamares elevados, com o registro de mais de 80 mil casos novos anualmente, o que reforça a necessidade de intervenções estratégicas em todos os níveis de atenção à saúde².

O compromisso internacional firmado pelo país com a estratégia "End TB" da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece metas ambiciosas para 2035, incluindo a redução de 95% dos óbitos e de 90% da incidência da doença em comparação aos níveis de 2015³. Para alcançar tais indicadores, é imperativo que o sistema de saúde opere de forma coordenada, garantindo que o ambiente hospitalar atue não apenas como um local de tratamento de complicações, mas como um nó crítico para a quebra da cadeia de transmissão e início precoce do esquema terapêutico adequado.

O Hospital Regional do Gama (HRG), inserido na rede de saúde do Distrito Federal, desempenha um papel fundamental como referência regional para o tratamento de patologias respiratórias. A Unidade de Tisiologia do HRG destina-se ao acolhimento de pacientes com suspeita ou confirmação de tuberculose que apresentam

critérios de gravidade ou instabilidade social. Entretanto, a gestão assistencial em unidades especializadas exige rigor técnico para evitar a transmissão nosocomial e assegurar que os leitos sejam ocupados por pacientes que efetivamente necessitam de isolamento e monitoramento hospitalar⁴.

A ausência de um protocolo de admissão formalizado pode resultar em admissões inadequadas, demora na implementação de medidas de precaução e falhas na contrarreferência para a atenção primária. Diante desse cenário, a elaboração de uma proposta de padronização assistencial justifica-se pela necessidade de otimizar os fluxos internos, elevar a segurança do paciente e proteger os profissionais de saúde expostos a aerossóis. Este documento detalha as bases teóricas e as etapas operacionais de um protocolo desenhado para a realidade da Unidade de Tisiologia do HRG, visando a excelência no cuidado e a eficiência na gestão pública de saúde.

Material e Método

A construção da proposta de protocolo de admissão para a Unidade de Tisiologia do Hospital Regional do Gama foi fundamentada em uma abordagem qualitativa e descritiva, estruturada em três fases principais: revisão da literatura, análise situacional e sistematização normativa.

Na primeira fase, realizou-se uma busca bibliográfica em bases de dados científicas e manuais técnicos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. O foco da pesquisa concentrou-se em diretrizes atuais para o controle da tuberculose, normas de biossegurança hospitalar e indicadores epidemiológicos recentes do Brasil e do Distrito Federal. Foram selecionados estudos

que abordam a eficácia de protocolos de triagem e o impacto da padronização assistencial na redução da transmissão intra-hospitalar⁵.

A segunda fase compreendeu a análise situacional da Unidade de Tisiologia do HRG. Foram avaliados os recursos físicos disponíveis, a capacidade instalada de leitos com isolamento respiratório, o fluxo de entrada de pacientes via pronto-socorro e outras unidades da rede, além das principais dificuldades relatadas pela equipe multidisciplinar no processo de admissão. Esta etapa permitiu adaptar as recomendações gerais das diretrizes nacionais às especificidades logísticas e operacionais do hospital.

Na terceira fase, procedeu-se à sistematização do protocolo. As informações foram organizadas em tópicos lógicos: critérios de elegibilidade (clínicos e sociais), procedimentos de triagem, medidas de controle de infecção na admissão e critérios para monitoramento e alta. A redação seguiu o rigor terminológico da pneumologia sanitária, garantindo clareza para a aplicação prática pelos profissionais de saúde e residentes. A proposta final foi estruturada para servir como um guia operacional que integra a assistência clínica direta com as ações de vigilância epidemiológica.

Resultados

Panorama Epidemiológico e Desafios do Diagnóstico da Tuberculose

A análise do panorama epidemiológico revela que a tuberculose continua a ser uma prioridade de saúde global, com estimativas de 10,8 milhões de novos casos registrados em 2023⁶. No Brasil, a trajetória da doença apresenta variações regionais significativas, influenciadas por fatores como densidade demográfica, condições de habitação e

acesso a serviços de diagnóstico. Estudos indicam que, apesar dos esforços, a tendência temporal da mortalidade por TB no país ainda exige vigilância rigorosa para que as metas de 2035 sejam atingidas⁷.

Um dos maiores desafios enfrentados no manejo da TB é o diagnóstico oportuno. A detecção precoce é o pilar fundamental para interromper a transmissão na comunidade e no ambiente hospitalar. O uso de testes moleculares rápidos, como o GeneXpert MTB/RIF, revolucionou a abordagem inicial, permitindo a identificação do complexo *Mycobacterium tuberculosis* e da resistência à rifampicina em poucas horas⁸. No entanto, a implementação desses testes em larga escala enfrenta barreiras logísticas e desigualdades na distribuição de recursos tecnológicos entre as diferentes regiões do país.

Além da barreira tecnológica, os desafios diagnósticos estendem-se à identificação de casos em populações específicas, como pacientes vivendo com HIV/AIDS, crianças e indivíduos com TB extrapulmonar, cujas apresentações clínicas podem ser atípicas e a carga bacilar reduzida⁹. No ambiente hospitalar do HRG, a triagem deve ser capaz de filtrar rapidamente os sintomáticos respiratórios para evitar que pacientes bacilíferos permaneçam em áreas comuns, como salas de espera do pronto-socorro, sem a devida proteção respiratória⁴.

A compreensão da dinâmica espacial e temporal da doença no Distrito Federal é essencial para antecipar demandas e planejar a oferta de leitos. A concentração de casos em áreas de maior vulnerabilidade social correlaciona-se com maiores taxas de abandono do tratamento e surgimento de resistência medicamentosa, o que frequentemente

resulta em reinternações complexas¹⁰. Portanto, o protocolo de admissão deve estar alinhado com a realidade epidemiológica local, priorizando não apenas a gravidade clínica, mas também o risco de disseminação e a probabilidade de falha terapêutica ambulatorial.

Estratégias de Tratamento e Manejo das Complicações Clínicas

O tratamento da tuberculose é padronizado no Brasil, utilizando-se o esquema básico composto por rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE). A eficácia dessa combinação depende estritamente da adesão do paciente e da monitorização de efeitos adversos. No contexto hospitalar, a internação muitas vezes é motivada pela necessidade de manejo de complicações clínicas que impedem o tratamento ambulatorial seguro, como a toxicidade medicamentosa grave, que pode se manifestar por hepatotoxicidade, nefrotoxicidade ou reações cutâneas severas.

A hemoptise é outra complicação frequente que exige intervenção imediata e vigilância em unidade especializada. O manejo varia desde o repouso e uso de antifibrinolíticos até procedimentos invasivos em casos de hemoptise maciça, que coloca em risco a vida do paciente por asfixia ou choque hipovolêmico. A Unidade de Tisiologia deve estar preparada para estabilizar esses pacientes, garantindo o suporte ventilatório e hemodinâmico necessário enquanto se trata a causa base da infecção.

O manejo da tuberculose multirresistente (TB-MR) representa um desafio adicional, exigindo esquemas terapêuticos prolongados e com fármacos de segunda linha que possuem maior perfil de toxicidade¹¹. A internação desses casos é frequentemente indicada para garantir o

Tratamento Diretamente Observado (TDO) hospitalar e monitorar a resposta clínica inicial, evitando a propagação de cepas resistentes na comunidade. A vigilância epidemiológica ativa dentro da unidade é crucial para identificar precocemente falhas terapêuticas e ajustar a conduta conforme os resultados de cultura e teste de sensibilidade.

Além das questões farmacológicas, o manejo clínico deve considerar as comorbidades, como a coinfeção TB-HIV, que altera significativamente o prognóstico e a resposta imune. A integração entre a tisiologia e a infectologia é vital para o ajuste de doses e o manejo de interações medicamentosas complexas. O protocolo assistencial prevê que todo paciente admitido seja submetido a uma avaliação abrangente, incluindo estado nutricional e saúde mental, uma vez que a desnutrição e transtornos por uso de substâncias são preditores diretos de pior desfecho clínico e abandono do esquema terapêutico.

Etapas do Protocolo de Admissão e Triagem na Unidade de Tisiologia

A estruturação do protocolo de admissão visa criar um fluxo lógico e seguro, minimizando o tempo entre a suspeita diagnóstica e a instituição das medidas de isolamento. O processo é dividido em etapas que garantem a correta identificação dos pacientes elegíveis e a preparação da unidade para recebê-los.

Triagem na Unidade de Origem e Critérios de Elegibilidade

A triagem começa antes mesmo da chegada do paciente à Unidade de Tisiologia. Ela ocorre preferencialmente no Pronto-Socorro ou em outras unidades da rede de saúde. O objetivo é aplicar filtros rigorosos para assegurar que a internação na

Tisiologia seja reservada para casos de real necessidade hospitalar, otimizando o uso dos leitos de isolamento.

Os critérios de elegibilidade são divididos em clínicos e sociais. Os critérios clínicos incluem:

1. Pacientes com insuficiência respiratória aguda ou instabilidade hemodinâmica decorrente de TB pulmonar (após estabilização inicial em sala vermelha).
2. Hemoptise ativa ou recorrente.
3. Suspeita ou confirmação de TB-MR ou TB extensivamente resistente (TB-XDR).
4. Efeitos colaterais graves ao esquema RIPE (ex: icterícia, exantema generalizado, insuficiência renal).
5. Coinfecção TB-HIV com manifestações oportunistas graves.

Os critérios sociais, muitas vezes negligenciados mas fundamentais para o controle epidemiológico, incluem:

1. Pessoas em situação de rua sem rede de apoio para tratamento ambulatorial.
2. Pessoas com histórico de múltiplos abandonos de tratamento prévio.
3. Vulnerabilidade extrema que impossibilite a adesão ao TDO na atenção primária.

A ineligibilidade deve ser declarada para pacientes que necessitam de suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) imediato, como necessidade de ventilação mecânica invasiva ou diálise, uma vez que a Unidade de Tisiologia do HRG é de média complexidade. A triagem eficaz reduz a exposição desnecessária de outros pacientes e profissionais a aerossóis em áreas não equipadas com exaustão adequada¹².

Procedimentos de Admissão e Medidas de Controle de Contaminação

Uma vez confirmada a elegibilidade, o procedimento de admissão deve seguir normas rigorosas de biossegurança. O paciente deve ser

transportado utilizando máscara cirúrgica, que atua como barreira mecânica para as gotículas expelidas pela tosse. A equipe de transporte e os profissionais da unidade receptora devem, obrigatoriamente, utilizar respiradores N95 ou PFF2, que garantem a filtragem de aerossóis contendo o bacilo⁵.

Ao entrar na unidade, o paciente é encaminhado diretamente para um quarto de isolamento respiratório. O protocolo estabelece que a admissão administrativa deve ser feita, sempre que possível, à beira do leito para evitar o trânsito do paciente por corredores. As primeiras ações incluem:

- Coleta imediata de amostras para baciloscopia (BAAR) e Teste Molecular Rápido (TRM-TB), caso ainda não tenham sido realizados.
- Notificação compulsória imediata no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- Orientação ao paciente sobre a "etiqueta da tosse" e a importância de permanecer no quarto com a porta fechada.

O controle de contaminação também envolve medidas de engenharia e administrativas, como a manutenção da ventilação natural ou mecânica com pressão negativa, quando disponível, e a limitação do número de acompanhantes e visitantes, que devem ser devidamente orientados e paramentados¹³. A higienização das mãos e a limpeza concorrente das superfícies são reforçadas como práticas padrão para evitar a transmissão por fômites, embora a via aérea seja a principal preocupação na tuberculose pulmonar.

Monitoramento Clínico e Critérios para a Alta Hospitalar

O monitoramento clínico na Unidade de Tisiologia é contínuo e multidisciplinar. Além da evolução médica diária focada na resposta ao tratamento e na resolução das complicações, a

equipe de enfermagem monitora a adesão medicamentosa e os sinais vitais. O serviço social e a psicologia atuam na identificação de barreiras subjetivas e sociais que possam levar ao abandono pós-alta.

Os critérios para a alta hospitalar são fundamentais para garantir que o paciente retorne à comunidade sem representar um risco epidemiológico inaceitável e com condições de concluir o tratamento. Os critérios estabelecidos no protocolo são:

1. Melhora clínica significativa (ausência de febre, melhora da tosse e ganho ponderal).
2. Negativação da baciloscopia em duas amostras consecutivas ou, em casos selecionados, após 15 dias de tratamento eficaz com esquema RIPE (período em que a infectividade cai drasticamente)¹⁴.

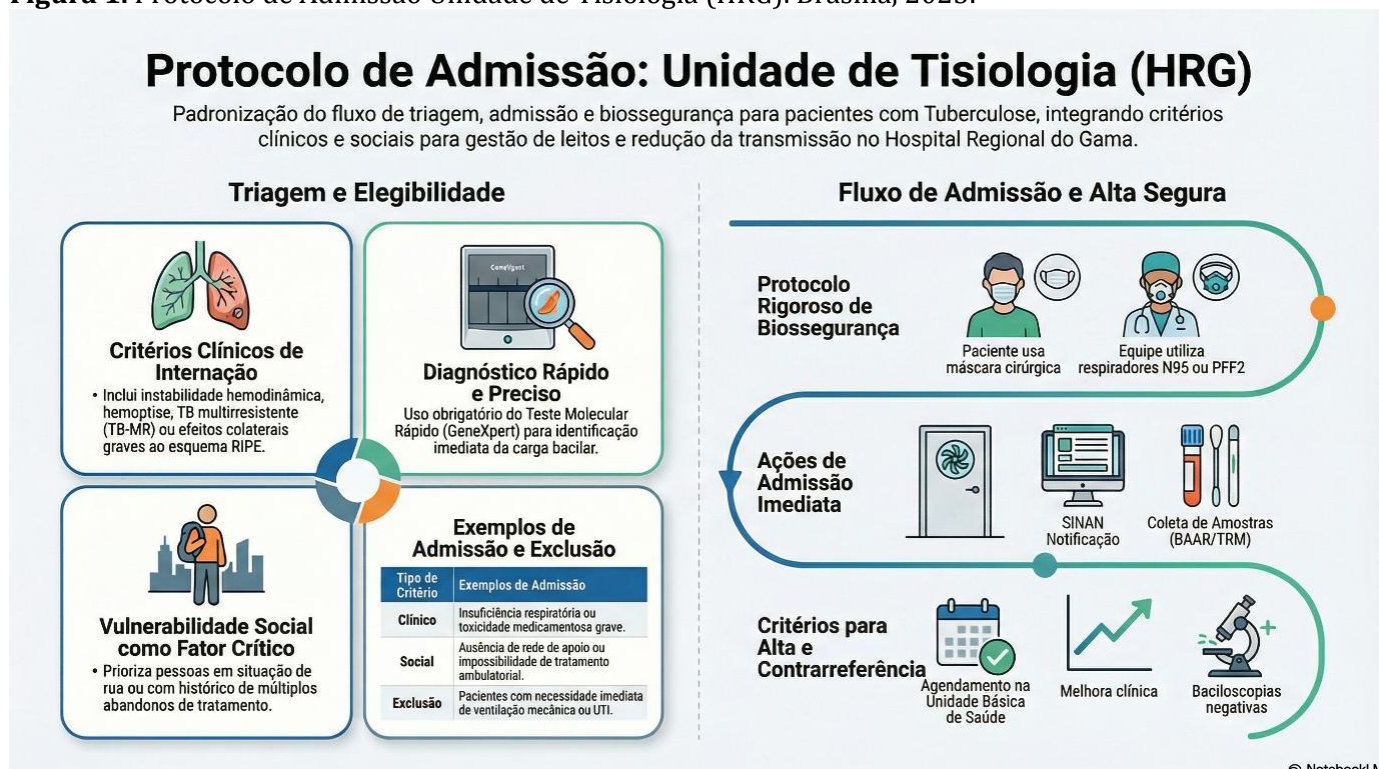
3. Ausência de efeitos colaterais graves que exijam monitoramento intra-hospitalar.

4. Garantia de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, com agendamento prévio ou contato direto com a equipe de saúde da família.

5. Para pacientes em situação de vulnerabilidade, a alta deve ser coordenada com casas de apoio ou serviços de assistência social para garantir a continuidade do TDO.

O planejamento da alta começa no momento da admissão. A "alta segura" pressupõe que o paciente compreenda sua doença e a necessidade de não interromper a medicação, mesmo com o desaparecimento dos sintomas. O protocolo reforça que o sucesso do tratamento hospitalar é medido pela cura definitiva do paciente no nível ambulatorial, evitando a recidiva e o desenvolvimento de resistência.

Figura 1. Protocolo de Admissão Unidade de Tisiologia (HRG). Brasília, 2025.



Discussão

A implementação de um protocolo de admissão padronizado na Unidade de Tisiologia do Hospital Regional do Gama (HRG) representa um avanço estratégico na gestão do cuidado ao paciente com tuberculose (TB) no Distrito Federal. A discussão a seguir analisa como essa padronização se alinha às diretrizes internacionais de biossegurança, ao impacto na eficiência hospitalar e à abordagem dos determinantes sociais que influenciam o desfecho do tratamento.

Segurança do Paciente e Prevenção da Transmissão Intra-hospitalar

A segurança do paciente e da equipe multidisciplinar é o pilar central da assistência em unidades de isolamento respiratório. A transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* em ambientes de saúde é um risco ocupacional e assistencial bem documentado, especialmente em cenários de alta incidência, onde o atraso no diagnóstico e a falta de medidas de controle administrativo podem levar a surtos intra-hospitalares¹⁵. O protocolo proposto atua diretamente na redução desse risco ao estabelecer fluxos claros de triagem e admissão imediata em leitos de isolamento.

A literatura enfatiza que a prevenção e o controle de infecções (IPC) por TB dependem de uma hierarquia de controles, sendo os controles administrativos os mais eficazes, seguidos pelos ambientais e, por fim, pelo uso de equipamentos de proteção individual (EPI)¹⁶. No contexto do HRG, o protocolo operacionaliza esses controles administrativos ao exigir que o diagnóstico ou a suspeita clínica forte preceda a alocação do paciente, minimizando o tempo de permanência de

indivíduos bacilíferos em áreas comuns, como prontos-socorros e enfermarias gerais.

A implementação rigorosa de medidas de IPC em hospitais terciários é frequentemente desafiada pela alta carga de pacientes e pela infraestrutura limitada¹⁷. No entanto, a padronização dos procedimentos de admissão, conforme sugerido neste protocolo, mitiga essas dificuldades ao transformar diretrizes nacionais em passos operacionais exequíveis na realidade local. A utilização de tecnologias diagnósticas rápidas, como o Teste Rápido Molecular (TRM-TB/GeneXpert), integrada ao fluxo de admissão, permite que o isolamento seja direcionado de forma precisa, otimizando o uso de leitos com pressão negativa ou ventilação natural controlada¹⁸.

Além disso, a proteção dos profissionais de saúde (HCWs) é um desfecho crítico. Estudos demonstram que a adesão a protocolos de IPC reduz significativamente a incidência de infecção latente e doença ativa entre trabalhadores de unidades de tisiologia¹⁹. Ao definir claramente as responsabilidades da equipe durante a admissão e o manejo diário, o protocolo promove uma cultura de segurança que protege não apenas o paciente, mas todo o corpo clínico envolvido no cuidado.

Impacto da Padronização na Eficiência da Gestão e do Cuidado

A padronização da assistência através de protocolos clínicos é uma ferramenta reconhecida para a melhoria da qualidade e segurança nos serviços de saúde²⁰. Na Unidade de Tisiologia do HRG, a ausência de um fluxo formalizado de admissão gerava variabilidade nas condutas, o que poderia resultar em internações desnecessárias ou, inversamente, em altas precoces de pacientes com alto risco de transmissão ou abandono.

A eficiência da gestão hospitalar é potencializada quando os critérios de elegibilidade são aplicados de forma objetiva. O protocolo estabelece que a internação deve ser reservada para casos que apresentam complicações clínicas graves (como hemoptise vultosa ou insuficiência respiratória), necessidade de investigação de resistência medicamentosa ou vulnerabilidade social extrema que impeça o tratamento ambulatorial. Essa estratificação de risco assegura que os recursos hospitalares, muitas vezes escassos, sejam direcionados aos pacientes de maior complexidade, seguindo padrões internacionais de cuidado em tisiologia²¹.

Outro aspecto relevante é a integração do protocolo com o sistema de notificação compulsória (SINAN). A vigilância epidemiológica ativa, iniciada no momento da admissão, garante a fidedignidade dos dados e permite o rastreamento oportuno de contatos, uma etapa essencial da pneumologia sanitária para interromper a cadeia de transmissão na comunidade. A padronização também facilita a formação de médicos residentes, fornecendo um roteiro estruturado para o aprendizado baseado em evidências e para a prática clínica segura.

A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios no manejo da TB, e a padronização do cuidado hospitalar contribui para que o paciente compreenda a gravidade de sua condição e a importância da continuidade terapêutica. O uso de tecnologias de suporte à adesão e o monitoramento rigoroso de eventos adversos durante a internação, conforme preconizado pelas diretrizes da OMS, são facilitados quando a equipe segue um protocolo unificado²².

Aspectos Sociais e Continuidade da Assistência Pós-Alta

A tuberculose é intrinsecamente ligada aos determinantes sociais de saúde. Fatores como pobreza, desnutrição, uso de substâncias e falta de moradia são preditores robustos de resultados desfavoráveis, incluindo a falência do tratamento e o desenvolvimento de resistência medicamentosa²³. O protocolo de admissão do HRG inova ao incluir a avaliação do Serviço Social como parte integrante do processo de triagem e planejamento terapêutico.

A internação hospitalar oferece uma oportunidade única para realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) em pacientes que, por razões sociais, não teriam condições de aderir ao esquema farmacológico em domicílio. No entanto, o sucesso do tratamento depende fundamentalmente da transição segura do hospital para a Atenção Primária à Saúde (APS). A descontinuidade do cuidado no momento da alta é um ponto crítico onde muitos pacientes se perdem do sistema²⁴.

Para mitigar esse risco, o protocolo estabelece que o planejamento da alta deve ser iniciado precocemente, com a confirmação da contrarreferência para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência e o agendamento de consulta no ambulatório de egressos. O suporte ao paciente para a adesão deve ser personalizado, considerando as barreiras específicas identificadas durante a internação²⁵. Em casos de tuberculose resistente (TB-DR), essa articulação entre os níveis de atenção é ainda mais vital, exigindo esquemas terapêuticos prolongados e monitoramento constante de toxicidade²⁶.

A abordagem centrada no paciente, que considera não apenas a cura bacteriológica, mas

também o bem-estar social e psicológico, é o padrão-ouro recomendado para o controle da TB contemporâneo²⁷. Ao institucionalizar essa visão por meio do protocolo, o HRG reafirma seu papel como unidade de referência que não apenas trata a doença, mas cuida do indivíduo em sua totalidade, contribuindo para a redução do estigma e para a melhoria dos indicadores de saúde pública do Distrito Federal.

Conclusão

A elaboração e a proposta de implementação do Protocolo de Admissão na Unidade de Tisiologia do Hospital Regional do Gama representam um marco na busca pela excelência assistencial e segurança institucional. Através de uma análise fundamentada nas diretrizes mais recentes da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, este trabalho demonstrou que a padronização de condutas é essencial para enfrentar os desafios complexos impostos pela tuberculose, uma doença que exige tanto rigor técnico quanto sensibilidade social.

O protocolo proposto cumpre três funções fundamentais. Primeiro, estabelece barreiras de biossegurança robustas que protegem pacientes e profissionais de saúde contra a transmissão intra-hospitalar, priorizando controles administrativos e diagnósticos rápidos. Segundo, otimiza a gestão de recursos hospitalares ao definir critérios de elegibilidade claros, garantindo que a internação seja utilizada de forma racional e eficaz. Terceiro, e talvez mais importante, integra a dimensão social ao cuidado clínico, reconhecendo que a cura da tuberculose depende da continuidade da assistência e do suporte à adesão após a alta hospitalar.

A aplicação prática deste protocolo tem o potencial de reduzir o tempo de diagnóstico, minimizar as taxas de abandono e melhorar os desfechos clínicos dos pacientes atendidos no HRG. Além disso, serve como um modelo de gestão que pode ser adaptado por outras unidades de saúde que enfrentam desafios semelhantes. A tisiologia moderna exige uma resposta coordenada e estruturada, e a padronização aqui apresentada é um passo decisivo nessa direção.

Em última análise, este esforço de sistematização do cuidado contribui diretamente para as metas globais de eliminação da tuberculose, reafirmando o compromisso do hospital e de sua equipe com a saúde pública e com a dignidade humana. A continuidade deste trabalho dependerá do monitoramento constante dos indicadores de desempenho e da atualização periódica do protocolo frente às novas evidências científicas, garantindo que a Unidade de Tisiologia do HRG permaneça como uma referência de qualidade e segurança no Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Silva JMN, Diaz-Quijano FA, Maia LTS, Sanchez MN, et al. Space-time clustering and temporal trend analysis of pulmonary tuberculosis in Brazil, 2010–2023. PLoS One. 2026; 21(1):e0339784.
2. Ribeiro S, Guerrero C, Yashiro S, et al. Prevalência das notificações de tuberculose em um hospital universitário, entre 2010 e 2022. Rev Epidemiol Controle Infec. 2025.
3. Braga RDB, Meurer I, et al. Epidemiology of tuberculosis in Minas Gerais, Brazil, between 2013 and 2023 and the impact of the COVID-19 pandemic. Front Public Health. 2025; 13:1642015.
4. World Health Organization. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention: infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2023.

5. Karat AS, Gregg M, Barton H, et al. Use of triage, respiratory isolation, and effective treatment to reduce the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in healthcare settings: a systematic review. *Clin Infect Dis*. 2021; 72(1):155-72.
6. Perotto J, Fonseca M, et al. Spatiotemporal analysis of tuberculosis incidence on the border between Brazil and Argentina: a time series study, 2009-2021. *Epidemiol Serv Saude*. 2025; 34:e20240650.
7. Faria FD, Moreira M, Ferreira I, et al. Temporal analysis of tuberculosis mortality in Brazil before and after the pandemic. 2025.
8. Santos LD, et al. Fifteen years of tuberculosis and HIV diagnostic services in Brazil: disruption, regional disparities, and recovery before, during, and after the COVID-19 pandemic. *IJID Reg*. 2025.
9. Carvalho F, Ramos-Silva A, Pires D, et al. BCG vaccination decline and pediatric tuberculosis rise in Brazil: spatial-temporal study. *Rev Saude Publica*. 2025; 59:e13.
10. Silva JD, Diaz-Quijano F, Sanchez M, et al. Projecting tuberculosis control progress in metropolitan and non-metropolitan areas of Brazil, 2001-2035: a Bayesian age-period-cohort analysis. *Infect Dis Poverty*. 2025.
11. Bhering M, Kritski A. Strengthening multidrug-resistant tuberculosis epidemiological surveillance in Rio de Janeiro: a multidimensional analysis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2024.
12. Johnston B, Ogunremi T, Defalco K, et al. Chapter 14: Prevention and control of tuberculosis transmission in healthcare settings. *Can J Respir Crit Care Sleep Med*. 2022.
13. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention: infection prevention and control. Geneva: World Health Organization. 2022.
14. Nazneen A, Tarannum S, Chowdhury K, et al. Implementation status of national tuberculosis infection control guidelines in Bangladeshi hospitals. *PLoS One*. 2021; 16(2):e0246923.
15. Paleckyte A, Dissanayake O, Mpagama S, et al. Reducing the risk of tuberculosis transmission for HCWs in high-incidence settings. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2021; 10:102.
16. World Health Organization. WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control: 2019 update. Geneva: World Health Organization. 2019.
17. Islam M, Tarannum S, Banu S, Chowdhury K, et al. Preparedness of tertiary care hospitals to implement the national TB infection prevention and control guidelines in Bangladesh: a qualitative exploration. *PLoS One*. 2022; 17(2):e0263115.
18. Swaminathan N, Perloff S. Prevention of *Mycobacterium tuberculosis* transmission in health care settings. *Infect Dis Clin North Am*. 2021.
19. Islam M. Tuberculosis infection prevention and control policies, practices, and the risk of TB infection among healthcare workers [thesis]. 2021.
20. Truzyan N, Musheghyan L, Grigoryan Z, Aslanyan L, et al. Institutionalization of patient-centered tuberculosis (TB) treatment in Armenia: result area 1: strategy for improved quality and safety of TB service delivery at hospitals. 2021.
21. Truzyan N, Grigoryan Z, Musheghyan L, et al. Quality of inpatient tuberculosis health care in high-burden resource-limited settings: protocol for a comprehensive mixed methods assessment study. *JMIR Res Protoc*. 2020; 9(1):e13903.
22. Tadesse A, Mohammed Z, Foster N, Quaife M, et al. Adherence technology with differentiated care to support tuberculosis treatment adherence and improve treatment outcomes in Ethiopia: a study protocol for a cluster randomized trial. *BMC Infect Dis*. 2021; 21:1196.
23. Cocco N, Gargioni G, Gilpin C, Gonzalez-Angulo L, et al. WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization. 2019.
24. Kallon I. Influences on the continuity of care for patients with *Mycobacterium tuberculosis* referred from tertiary and district hospitals [thesis]. 2018.
25. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment: tuberculosis care and support. Geneva: World Health Organization. 2022.
26. Nahid P, Mase SR, Migliori GB, Sotgiu G, et al. Treatment of drug-resistant tuberculosis: an official ATS/CDC/ERS/IDSA clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019.
27. Stagg HR, Abubakar I, Campbell C, Copas A, et al. IMPACT study on intervening with a manualised package to achieve treatment adherence in people with tuberculosis: protocol paper for a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2019; 9(12):e032760.