

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas
e Infecções Sexualmente Transmissíveis

RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

GUIA RÁPIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2ª edição

Brasília - DF
2021



2010 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsvs.saude.gov.br.

Tiragem: 2ª edição – 2021 – 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de condições Crônicas e

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de

Transmissão Respiratória de Condições Crônicas

SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br/svs

E-mail: svs@saude.gov.br

Coordenação:

Angélica Espinosa Barbosa Miranda – DCCI/SVS/MS

Gerson Fernando Mendes Pereira – DCCI/SVS/MS

Organização:

Andressa Veras de Oliveira

Daniele Gomes Dell' Orti

Fernanda Dockhorn Costa

Colaboração:

Aline Ale Beraldo

Andressa Veras de Oliveira

Artemir Coelho de Brito

Barbara dos Reis Santos

Daniele Gomes Dell' Orti

Denise Arakaki - Sanchez

Farley Liliana Romero Vega

Fernanda Dockhorn Costa

Gabriela Tavares Magnabosco

Maria do Socorro Nantua Evangelista

Nicole Menezes de Souza

Tiemí Arakawa

Revisão:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico:

All Type Assessoria Editorial Eireli

Ilustração:

Freepik

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Recomendações para controle da tuberculose : guia rápido para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

47 p. : il.

ISBN: 978-65-5993-098-2

1. Doenças transmissíveis. 2. Tuberculose. 3. Profissional de saúde. I. Título.

CDU 616-002.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0354

Título para indexação:

Recommendations for tuberculosis control: quickguide for health professionals



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma para prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos (RN)	15
Figura 2 – Fluxograma para investigação de contatos de TB em adultos e adolescentes.	17
Figura 3 – Fluxograma para investigação de contatos de TB em crianças (<10 anos) ...	18
Figura 4 – Algoritmo para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar e laringea em adultos e adolescentes, baseado no TRM-TB	21
Figura 5 – Algoritmo para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar e laringea em adultos e adolescentes vivendo com HIV, baseado no TRM-TB	22
Figura 6 – Algoritmo para avaliação da resistência nos casos de retratamento de tuberculose, baseado no TRM-TB	23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Indicação de tratamento da ILTB	12
Quadro 2 –	Esquema de tratamento da ILTB	13
Quadro 3 –	Resultados do TRM-TB	20
Quadro 4 –	Escore clínico para diagnóstico da tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes com baciloscopia negativa ou TRM-TB não detectado	26
Quadro 5 –	Esquema básico para o tratamento de tuberculose em adultos e adolescentes (>10 anos de idade)	29
Quadro 6 –	Esquema básico para o tratamento de TB meningoencefálica e osteoarticular em adultos e adolescentes (≥10 anos de idade)	30
Quadro 7 –	Esquema básico para o tratamento de tuberculose pulmonar em crianças (<10 anos de idade) e com peso inferior a 25 kg	31
Quadro 8 –	Esquema básico para o tratamento de tuberculose meningoencefálica ou osteoarticular em crianças (<10 anos de idade) e com peso inferior a 25 kg	32
Quadro 9 –	Esquema básico para o tratamento de TB pulmonar em crianças (<10 anos de idade) e com peso igual ou superior a 25kg	33
Quadro 10 –	Esquema básico para o tratamento de tuberculose meningoencefálica ou osteoarticular em crianças (<10 anos de idade) e com peso igual ou superior a 25 kg	34
Quadro 11 –	Reações adversas menores aos medicamentos do esquema básico	37
Quadro 12 –	Reações adversas maiores aos medicamentos do esquema básico	38
Quadro 13 –	Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB em adultos	39

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
1 BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR).....	9
1.1 Como fazer a busca ativa.....	10
2 PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE.....	11
2.1 Vacina BCG.....	11
2.2 Tratamento da Infecção Latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (ILTB).....	11
2.3 Quimioprofilaxia primária.....	15
2.4 Controle de contatos.....	16
3 DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE.....	19
3.1 Baciloscopia.....	19
3.2 Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB).....	19
3.3 Cultura, identificação de espécies e teste de sensibilidade.....	24
3.4 Exames complementares.....	24
3.5 Diagnóstico de tuberculose em crianças.....	25
4 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	29
4.1 Esquema de tratamento em adultos e adolescentes.....	29
4.2 Esquema de tratamento para crianças.....	31
4.3 Tratamento da tuberculose em gestante.....	35
4.4 Tuberculose e HIV.....	35
4.5 Tuberculose e diabetes <i>mellitus</i>	35
4.6 Tuberculose e hepatopatias.....	36
4.7 Tuberculose e nefropatias.....	36
5 EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS DA TUBERCULOSE.....	37
6 SEGUIMENTO DO TRATAMENTO.....	39
7 TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO).....	41
8 SISTEMA DE INFORMAÇÃO E NOTIFICAÇÃO.....	43
9 DEFINIÇÕES DE TERMOS.....	45
REFERÊNCIAS.....	47

APRESENTAÇÃO

Este Guia Rápido foi elaborado especificamente para o profissional de saúde que atende pessoas com suspeita de tuberculose (TB) ou com TB ativa, ou que trabalha na prevenção da TB, e tem como objetivo facilitar a assistência e o manejo clínico da tuberculose, de forma simples e objetiva. O Guia está de acordo com o novo “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil” (2ª edição atualizada), publicado em 2019.

Detectar precocemente e tratar corretamente a TB, garantindo a qualidade do cuidado à pessoa, é um desafio para os serviços de saúde. O fácil acesso as informações que possam subsidiar a assistência e o manejo da TB fortalece a capacidade dos profissionais de saúde nas ações para o enfrentamento da doença.

1 BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR)

Atividade de saúde pública orientada a identificar precocemente a pessoa com sintoma respiratório.

O *Mycobacterium tuberculosis* é transmitido por via aérea, quando a pessoa com tuberculose, tanto pulmonar como laringea, tosse, fala ou espirra, eliminando bacilos no ambiente e infectando pessoas saudáveis.

Sintomático Respiratório (SR), na população geral, é a pessoa que apresenta tosse por três semanas ou mais.

Em populações consideradas de alto risco, como pessoas vivendo com HIV, população privada de liberdade, população em situação de rua e povos indígenas, considerar tosse de qualquer tempo de duração para a busca ativa.

Fique atento!

Tosse, febre ao entardecer, suor noturno, emagrecimento e cansaço/fadiga, **podem ser tuberculose.**

1.1 Como fazer a busca ativa

Estratégia operacional em serviços de saúde:

- Interrogar a pessoa sobre a presença e a duração da tosse, independentemente do motivo da procura.
- Ofertar o exame de escarro e orientar os SR identificados quanto à coleta do material.
- Registrar as atividades nos instrumentos padronizados (Livro de Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde).
- Estabelecer fluxos para atendimento dos casos positivos e negativos.
- Avaliar rotineiramente a atividade do serviço, por meio dos indicadores: proporção de SR examinados dentre os identificados; proporção de baciloscopias positivas ou TRM-TB detectado; e proporção da meta alcançada.

Observação: para o controle de infecção pelo *M. tuberculosis* nos serviços de saúde, recomenda-se identificar a pessoa com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas. Devem-se tomar medidas para organizar a consulta e exames laboratoriais, visando o rápido atendimento dessa pessoa e sua liberação do serviço.

A busca ativa é uma atividade que pode ser organizada de acordo com o contexto de cada serviço de saúde. Na Atenção Primária à Saúde, a equipe pode organizar essa atividade no serviço e também no território.

2 PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE

2.1 Vacina BCG

A vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) previne especialmente as formas graves da doença, como TB miliar e meningea. Está indicada para crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias. Recém-nascidos com peso ≥ 2 kg devem ser vacinados o mais precocemente possível, logo após o nascimento.

Atenção: as crianças que não apresentarem cicatriz vacinal não devem ser revacinadas, independentemente do tempo transcorrido após a vacinação.

Não vacinar crianças com neoplasias malignas; em tratamento com corticosteroides em dose elevada (equivalente à dose de prednisona de 2mg/kg/dia, para crianças até 10kg de peso, ou de 20mg/dia ou mais, para indivíduos acima de 10kg de peso) por período superior a duas semanas; ou em uso de outras terapias imunossupressoras.

2.2 Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB)

Recomenda-se o tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB) para pessoas infectadas, identificadas por meio da prova tuberculínica (PT) ou Interferon-Gamma Release Assays (IGRA), quando apresentam risco de desenvolver TB.

Atenção: antes de efetuar o tratamento da ILTB deve-se: (a) afastar definitivamente a tuberculose ativa e (b) realizar a notificação por meio da “Ficha de notificação das pessoas em tratamento de ILTB”.

Quadro 1 – Indicação de tratamento da ILTB

TRATAMENTO	
Sem PT e sem IGRA realizados	PT \geq10mm ou IGRA positivo
<ol style="list-style-type: none">1. Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial2. Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial3. PVHIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/μL4. PVHIV com registro documental de ter tido PT \geq5mm ou IGRA positivo e não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião5. PVHIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB	<ol style="list-style-type: none">11. Silicose12. Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas13. Neoplasias em terapia imunossupressora14. Insuficiência renal em diálise15. <i>Diabetes mellitus</i>16. Indivíduos com baixo peso (<85% do peso ideal)17. Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia)18. Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia
PT \geq5mm ou IGRA positivo	Conversão (2ª PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)
<ol style="list-style-type: none">6. Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG7. PVHIV com CD4+ maior que 350 cel/μL ou não realizado8. Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB9. Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de prednisona por mais de um mês)10. Indivíduos em pré-transplante de órgãos que farão terapia imunossupressora	<ol style="list-style-type: none">19. Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial20. Profissionais de saúde21. Trabalhadores de instituições de longa permanência

Fonte: Brasil, 2018.

Gestantes: postergar o tratamento da ILTB para depois do parto. Em gestante com infecção pelo HIV, tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação. Proceder com radiografia de tórax na gestante, com a devida proteção exigida para essa condição, a fim de afastar sinais de TB ativa antes do início do tratamento.

2.2.1 Como tratar a ILTB

O tratamento da ILTB reduz o risco de adoecimento por TB ativa, e é realizado, preferencialmente, com isoniazida, podendo ser indicado, em alguns casos, o uso de rifampicina ou rifapentina + isoniazida, conforme orientação a seguir:

Quadro 2 – Esquema de tratamento da ILTB

Esquema de tratamento	Posologia	Doses diárias	Tempo de tratamento	Indicação
Isoniazida (H)	• 5 a 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300 mg/dia	270 doses	9 meses ¹	• Esquema preferencial (exceto efeitos adversos graves com H, contatos de resistentes à H ou hepatopatas)
		180 doses	6 meses ¹	
Rifampicina (R)	<p>Em adultos (≥10 anos):</p> <p>• 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 600 mg/dia</p> <p>Em crianças (<10 anos):</p> <p>• 15 (10-20) mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia.</p>	120 doses	4 meses ²	• Indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas, contatos de pessoas com TB monorresistente à H e intolerância à H. A R está contraindicada nas PVHIV em uso de inibidores de protease e integrase

(continua)

(conclusão)

Esquema de tratamento	Posologia	Doses diárias	Tempo de tratamento	Indicação
Rifapentina + isoniazida ³ (3HP)	Em adultos (>14 anos): <ul style="list-style-type: none">• Isoniazida: 900 mg/ semana• Rifapentina: 900 mg/ semana Em crianças (≤14 anos): Isoniazida: <ul style="list-style-type: none">• 10 a 15 kg, 300 mg/ semana;• 16 a 23 kg, 500 mg/ semana;• 24 a 30 kg, 600 mg/ semana;• ≥31 kg, 700 mg/semana Rifapentina: <ul style="list-style-type: none">• 10 a 15 kg, 300 mg/ semana;• 16 a 23 kg, 450 mg/ semana;• 24 a 30 kg, 600 mg/ semana;• ≥31 kg, 750 mg/semana	12 doses semanais	3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Todas as indicações da ILTB, incluindo PVHIV, sempre sob tratamento diretamente observado (TDO) em todas as doses. Não utilizar em pessoas com monorresistente à H e intolerância à H

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019a; World Health Organization, 2020.

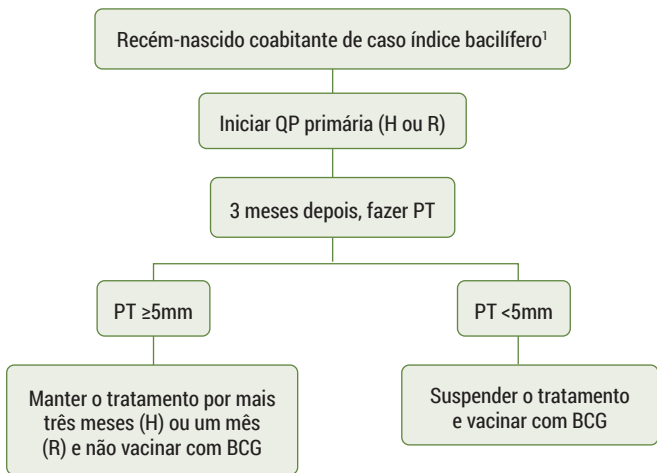
¹ Recomenda-se a utilização de 270 doses, que devem ser tomadas de 9 a 12 meses, ou 180 doses, de 6 a 9 meses. O esquema de 270 doses protege mais do que o de 180 doses, por isso deve ser considerado, salvo em caso de problemas com a adesão ao tratamento. O mais importante é o número de doses tomadas e não somente o tempo de tratamento.

² Recomenda-se a utilização de 120 doses, que devem ser tomadas de 4 a 6 meses.

³ Utilizar quando disponível.

2.3 Quimioprevenção primária

Figura 1 – Fluxograma para prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos (RN)



Fonte: Brasil, 2019a.

¹Recém-nascido coabitante de caso fonte com baciloscopia positiva ou TRM-TB detectado.

Atenção: caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado antes de iniciar a quimioprevenção (QP), recomenda-se o uso de H por seis meses, não estando indicada a realização da PT. Deve-se avaliar individualmente a necessidade de revacinar o RN com BCG após esse período, dado que a H é bactericida e pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG efetuada.

2.4 Controle de contatos

Atividade de saúde pública voltada para a avaliação daqueles que foram expostos a pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea, com o objetivo de identificar possíveis casos de TB ativa e também estratégias de prevenção aos indivíduos recém-infectados pelo *M. tuberculosis*.

Caso índice: é a pessoa inicialmente identificada com TB em um ambiente em que outras pessoas possam ter sido expostas. É o indivíduo em torno do qual a avaliação de contato é centrada, embora nem sempre corresponda ao caso fonte (caso infectante).

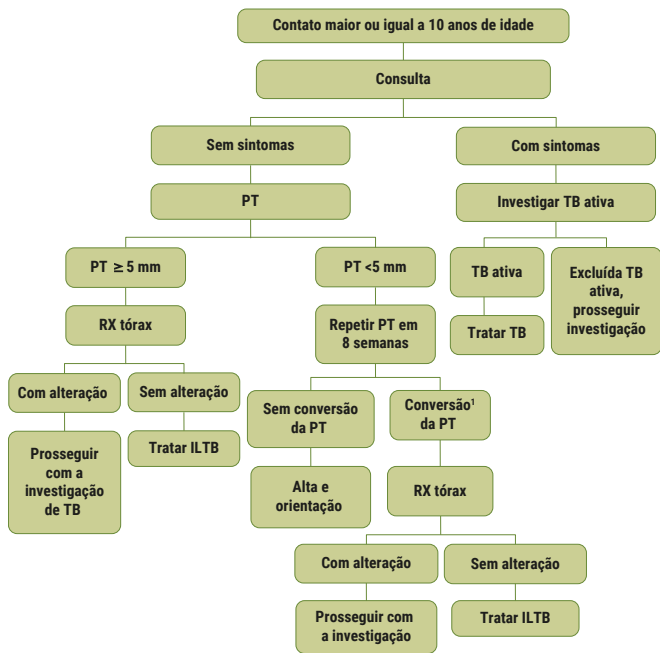
Caso fonte: é o caso infectante, não necessariamente o primeiro caso identificado (caso índice).

Contato: toda pessoa que foi exposta ao caso índice ou caso fonte, no momento da descoberta do caso de tuberculose. Esse convívio pode ocorrer em casa, em ambientes de trabalho, em instituições de longa permanência, em escolas, dentre outros. A avaliação do risco de infecção deve ser individualizada, considerando a forma da doença do caso índice, o ambiente e o tempo de exposição (BRASIL, 2019a).

Dentre os contatos identificados, deverão ter prioridade na avaliação: crianças menores de cinco anos, pessoas vivendo com HIV e pessoas com outras condições de risco.

Na avaliação de contatos de casos índice com TB MDR (multidrogarresistente) ou TB XDR (extensivamente drogarresistente), comprovada ou suspeita, não é recomendada a investigação da ILTB; deve-se manter a avaliação periódica por até dois anos, com atenção para o surgimento de sinais e sintomas de TB ativa.

Figura 2 – Fluxograma para investigação de contatos de TB em adultos e adolescentes



Fonte: Brasil, 2019a.

¹ Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação à PT anterior. Vale lembrar que a PT estimula a resposta imune à BCG realizada ao nascimento, por isso a necessidade desse incremento na PT após uma avaliação inicial.

Figura 3 – Fluxograma para investigação de contatos de TB em crianças (<10 anos)



Fonte: Brasil, 2019a.

¹ Empregar o quadro de pontuação.

² PT (prova tuberculínica) ≥ 5 mm em crianças contato, independentemente da vacinação com BCG.

³ Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação à PT anterior. Vale lembrar que a PT estimula a resposta imune à BCG realizada ao nascimento, por isso a necessidade desse incremento na PT após uma avaliação inicial.

3 DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

3.1 Baciloscopia

Indicações: sintomático respiratório; suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar ou laringea, independentemente do tempo da tosse; suspeita clínica de TB extrapulmonar; acompanhamento e controle mensal do tratamento.

A baciloscopia de escarro deve ser realizada em duas amostras: uma coletada no momento da identificação da pessoa com sintoma respiratório e outra amostra na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar, independentemente do resultado da primeira amostra.

Atenção: baciloscopia positiva e quadro clínico compatível com TB consolidam o diagnóstico e fundamentam o início de tratamento da TB.

3.2 Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)

Indicações: diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e extrapulmonar e na triagem de resistência à rifampicina nos casos de retratamento, de falência ao tratamento da TB ou de suspeita de resistência.

Detecta o DNA do complexo *M. tuberculosis* (MTB) e de cepas resistentes à rifampicina. O teste apresenta o resultado em duas horas, necessitando somente de uma amostra de escarro.

Atenção: o teste não pode ser usado para acompanhamento dos casos, sendo necessária a realização de baciloscopias de controle, exceto quando for utilizado para triagem da resistência à rifampicina em pessoas com suspeita de falência ao esquema básico.

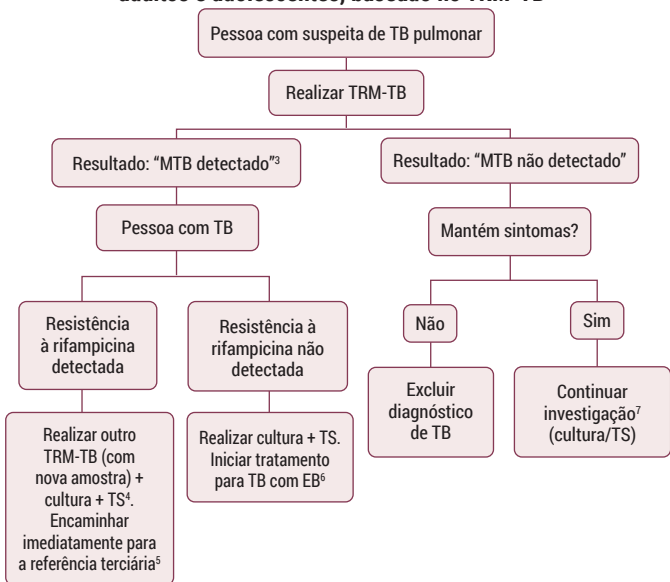
Amostras recomendadas: escarro; escarro induzido; lavado broncoalveolar; lavado gástrico; líquido; gânglios linfáticos (punção ou macerado); macerados de tecido.

Quadro 3 – Resultados do TRM-TB

POPULAÇÃO	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
Todas	“MTB não detectado”	Negativo
PVHIV, crianças (<10 anos) e pessoas com suspeita de TB extrapulmonar	“MTB detectado traços”, resistência à rifampicina não avaliada	Positivo para TB. Resistência à rifampicina não avaliada por falta de material genético
População geral, profissionais de saúde, população privada de liberdade, população em situação de rua, população indígena e contatos de tuberculose drogarresistente (TB DR)	“MTB detectado traços”, resistência à rifampicina não avaliada	Inconclusivo, continuar a investigação
Todas	MTB detectado, resistência à rifampicina indeterminada	Positivo para TB. Resistência à rifampicina inconclusiva
Todas	MTB detectado, resistência à rifampicina não detectada	Positivo para TB, sem resistência à rifampicina
Todas	MTB detectado, resistência à rifampicina detectada	Positivo para TB, com resistência à rifampicina
Todas	Sem resultado/ inválido/erro	Inconclusivo

Fonte: Brasil, 2019b.

Figura 4 – Algoritmo para o diagnóstico de casos novos¹ de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes, baseado no TRM-TB²



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

¹Casos novos na população geral, em profissionais de saúde, em população privada de liberdade, em população em situação de rua, em população indígena e em contatos de tuberculose drogarr resistente.

²TRM-TB realizado no cartucho Xpert MTB/RIF Ultra.

³MTB detectado, exceto traços. Para essa população específica, o resultado traços não é confirmatório de TB e deve-se manter a investigação, conforme avaliação clínica.

⁴TS: teste de sensibilidade às drogas em meio sólido ou líquido.

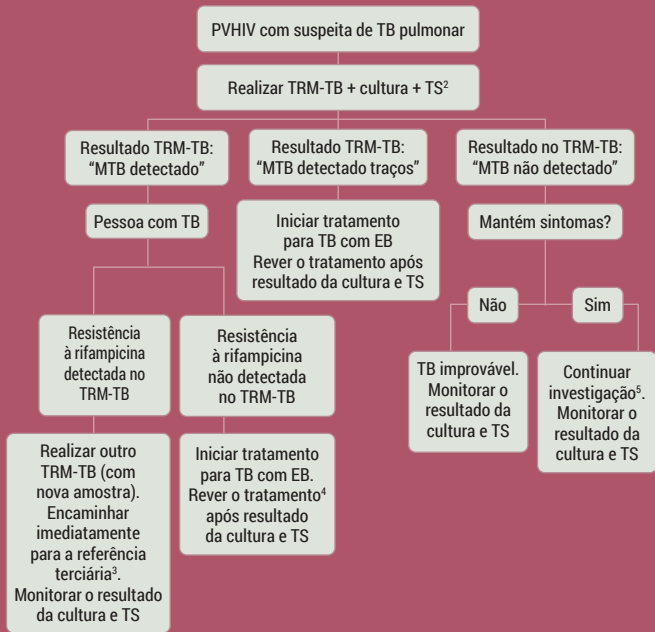
⁵Referência terciária: ambulatório especializado em tratamento de tuberculose drogarr resistente. A pessoa deve chegar à **referência terciária imediatamente**. Nesse serviço, a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TS deverá ser encaminhado à referência terciária.

⁶Iniciar o tratamento com esquema básico: reavaliar o tratamento após resultado da cultura com TS.

⁷Continuar a investigação: investigar micobacteriose não tuberculosa (MNT) e micoses sistêmicas.

Legenda: EB = esquema básico; MTB = *Mycobacterium tuberculosis*; TB = tuberculose; TRM-TB = Teste Rápido Molecular para Tuberculose; TS = Teste de sensibilidade.

Figura 5 – Algoritmo para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes vivendo com HIV, baseado no TRM-TB¹



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

¹TRM-TB realizado no cartucho Xpert MTB/RIF Ultra.

²TS: teste de sensibilidade às drogas em meio sólido ou líquido.

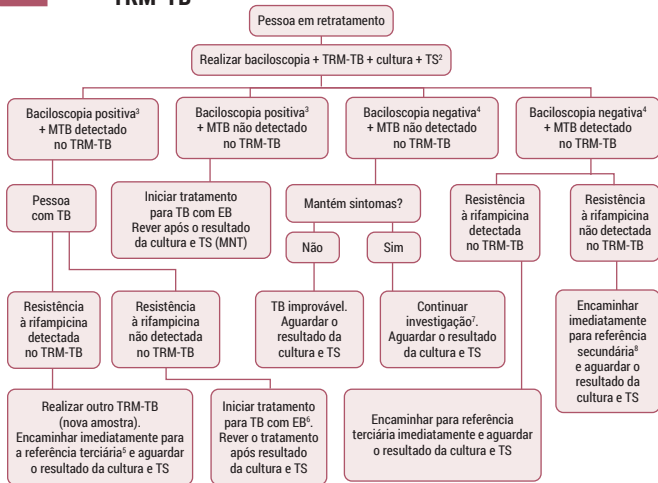
³Referência terciária: ambulatório especializado em tratamento de tuberculose drogarristente. A pessoa deve chegar à referência terciária imediatamente. Nesse serviço, a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TS deverá ser encaminhado à referência terciária.

⁴Iniciar o tratamento com esquema básico: reavaliar o tratamento após resultado da cultura com TS.

⁵Continuar a investigação: investigar micobacteriose não tuberculosa (MNT) e micoses sistêmicas.

Legenda: EB = esquema básico; MTB = *Mycobacterium tuberculosis*; PVHIV = pessoa vivendo com HIV; TB = tuberculose; TRM-TB = Teste Rápido Molecular para Tuberculose; TS = Teste de sensibilidade.

Figura 6 – Algoritmo para avaliação da resistência nos casos de retratamento de tuberculose, baseado no TRM-TB¹



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

¹TRM-TB realizado no cartucho Xpert MTB/RIF Ultra. ²TS: teste de sensibilidade às drogas em meio sólido ou líquido. ³Baciloscopia positiva: pelo menos uma baciloscopia positiva, das duas realizadas. ⁴Baciloscopia negativa: duas baciloscopias negativas. ⁵Referência terciária: ambulatório especializado em tratamento de tuberculose drogaresistente. A pessoa deve chegar à **referência terciária imediatamente**. Nesse serviço, a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TS deverá ser encaminhado à referência terciária. ⁶Iniciar o tratamento com esquema básico: reavaliar o tratamento após resultado da cultura com TS. ⁷Continuar a investigação: investigar micobacteriose não tuberculosa (MNT) e micoses sistêmicas. ⁸Referência secundária: ambulatório com especialista em tuberculose para casos especiais. A pessoa deve chegar à **referência secundária imediatamente**. Nesse serviço, a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura, a identificação e o TS deverão ser encaminhados ao serviço de referência.

Legenda: EB = esquema básico; MTB = *Mycobacterium tuberculosis*; TB = tuberculose; TRM-TB = Teste Rápido Molecular para Tuberculose; TS = Teste de sensibilidade.

Observação: as pessoas em retratamento possuem alto risco de resistência, por isso um TRM-TB com resistência à rifampicina detectada é indicativo de TB resistente à rifampicina, não havendo necessidade de repetição do teste.

3.3 Cultura, identificação de espécies e teste de sensibilidade

Indicações:

- Locais com acesso ao TRM-TB: todo caso com diagnóstico de TB por meio de TRM-TB deve realizar cultura e TS, independentemente de apresentar ou não resistência à rifampicina; todo caso com suspeita de TB com TRM-TB não detectado, com persistência do quadro clínico, deverá realizar cultura e TS.
- Locais sem acesso ao TRM-TB: nessas situações, o diagnóstico da doença será realizado por meio de baciloscopia.

O resultado da cultura confirma o diagnóstico de infecção por micobactérias.

O teste de sensibilidade (TS) detecta a resistência dos isolados de *Mycobacterium tuberculosis* aos medicamentos utilizados no tratamento da TB.

3.4 Exames complementares

Radiografia de tórax

Deve ser solicitada para toda pessoa com suspeita clínica de TB pulmonar, de forma complementar aos exames laboratoriais.

Diagnóstico histopatológico

É realizado para o diagnóstico das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares difusas de difícil diagnóstico. Lesão sugestiva de tuberculose é o granuloma com necrose caseosa. Não se trata de uma lesão patognomônica de tuberculose; porém, com clínica sugestiva, o tratamento pode ser indicado.

Todo material de biópsia deve ser armazenado em água destilada ou soro fisiológico a 0,9% e enviado para cultura.

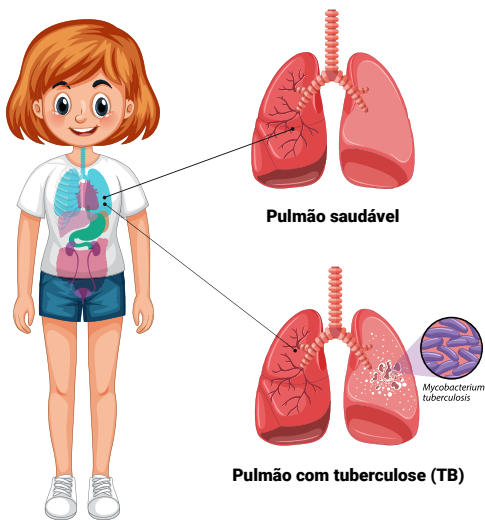
Teste para diagnóstico de HIV

Realizar o teste para diagnóstico do HIV em todas as pessoas com tuberculose. Em caso de resultado positivo, encaminhar a pessoa para início oportuno da terapia antirretroviral.

3.5 Diagnóstico de tuberculose em crianças

O diagnóstico da TB pulmonar na infância é baseado em uma combinação de critérios clínicos e epidemiológicos, associados a teste imunológico não específico de infecção pelo *M. tuberculosis* e à radiografia de tórax.

O exame radiográfico do tórax deve ser solicitado precocemente para todas as crianças com presunção de TB e é de fundamental importância no diagnóstico da doença.



Quadro 4 – Escore clínico para diagnóstico da tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes com baciloscopia negativa ou TRM-TB não detectado

Quadro clínico-radiológico		Contato de adulto com tuberculose	Prova tuberculínica	Estado nutricional
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese, por 2 semanas ou mais 15 pontos	Adenomegalia hilar ou padrão miliar e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por 2 semanas ou mais e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por 2 semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns 15 pontos	Próximo, nos últimos 2 anos 10 pontos	PT entre 5-9mm 5 pontos	Desnutrição grave (peso < percentil 10) 5 pontos
			PT ≥ 10 mm 10 pontos	

(continua)

(conclusão)

Quadro clínico-radiológico		Contato de adulto com tuberculose	Prova tuberculínica	Estado nutricional
Assintomático ou com sintomas há menos de 2 semanas 0 ponto	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas 5 pontos			
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos - 10 pontos	Radiografia normal - 5 pontos	Ocasional ou negativo 0 ponto	PT <5 mm 0 ponto	Peso ≥ percentil 10 0 ponto

Interpretação:

≥40 pontos (diagnóstico muito provável) → recomenda-se iniciar o tratamento da tuberculose.

30 a 35 pontos (diagnóstico possível) → indicativo de tuberculose; orienta-se iniciar o tratamento, a critério médico.

≤25 pontos (diagnóstico pouco provável) → deve-se prosseguir com a investigação na criança. Deverá ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares, podendo ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como baciloscopias e cultura de escarro induzido ou de lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e outros exames de métodos rápidos.

Fonte: Brasil, 2019a.

Atenção: o resultado laboratorial no TRM-TB não detectado em amostras clínicas de crianças não descarta o diagnóstico de TB.

4 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença curável em praticamente todos os casos, observando os princípios básicos da terapia medicamentosa. Além disso, recomenda-se a realização do tratamento diretamente observado (TDO) na Atenção Primária à Saúde.

Os medicamentos devem ser tomados em jejum, pela manhã. Aguardar pelo menos uma hora antes de ingerir algum alimento.

4.1 Esquema de tratamento em adultos e adolescentes

Quadro 5 – Esquema básico para o tratamento de tuberculose em adultos e adolescentes (>10 anos de idade)

Esquema	Faixa de peso	Unidade/dose	Duração
RHZE 150/75/400/275mg (comprimido em dose fixa combinada)	20kg a 35kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36kg a 50kg	3 comprimidos	
	51kg a 70kg	4 comprimidos	
	Acima de 70kg	5 comprimidos	
RH 300/150mg ou 150/75mg (comprimido em dose fixa combinada)	20 a 35kg	1 comprimido de 300/150mg ou 2 comprimidos de 150/75mg	4 meses (fase de manutenção)
	36kg a 50kg	1 comprimido de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 3 comprimidos de 150/75mg	
	51kg a 70kg	2 comprimidos de 300/150mg ou 4 comprimidos de 150/75mg	
	Acima de 70kg	2 comprimidos de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 5 comprimidos de 150/75mg	

Fonte: Brasil, 2019a.

Legenda: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol.

Indicações: casos novos de tuberculose ou retratamento (pessoas com recidiva e reingresso após abandono, que apresentem doença ativa) em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade); e todas as apresentações clínicas (pulmonares e extrapulmonares), exceto a forma meningoencefálica e ostearticular.

Quadro 6 – Esquema básico para o tratamento de TB meningoencefálica e osteoarticular em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

Esquema	Faixa de peso	Unidade/dose	Duração
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimido em dose fixa combinada)	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
	51 kg a 70 kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ou 150/75 mg (comprimido em dose fixa combinada)	20 a 35 kg	1 comprimido de 300/150 mg ou 2 comprimidos de 150/75 mg	10 meses (fase de manutenção)
	36 kg a 50 kg	1 comprimido de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg ou 3 comprimidos de 150/75 mg	
	51 kg a 70 kg	2 comprimidos de 300/150 mg ou 4 comprimidos de 150/75 mg	
	Acima de 70 kg	2 comprimidos de 300/150 mg + 1 comprimidos de 150/75 mg ou 5 comprimidos de 150/75 mg	

Fonte: Brasil, 2019a.

Legenda: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol.

Indicações: casos novos e retratamento (recidiva e reingresso após abandono) que apresentem doença ativa meningoencefálica e óssea em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade).

Observações: associar prednisona (1 a 2mg/kg/dia) por quatro semanas ou dexametasona injetável (0,3 a 0,4mg/kg/dia), nos casos graves de TB meningoencefálica, por quatro a oito semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.

4.2 Esquema de tratamento para crianças

Quadro 7 – Esquema básico para o tratamento de tuberculose pulmonar em crianças (<10 anos de idade) e com peso inferior a 25 kg

Esquema	Faixas de peso	Dose por dia	Duração do tratamento
RHZ 75/50/150 mg	4 a 7 kg	1 comprimido	2 meses (fase intensiva)
	8 a 11 kg	2 comprimidos	
	12 a 15 kg	3 comprimidos	
	16 a 24 kg	4 comprimidos	
RH 75/50 mg	4 a 7 kg	1 comprimido	4 meses (fase de manutenção)
	8 a 11 kg	2 comprimidos	
	12 a 15 kg	3 comprimidos	
	16 a 24 kg	4 comprimidos	

Fonte: Brasil, 2020.

Legenda: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida.

Quadro 8 – Esquema básico para o tratamento de tuberculose meningoencefálica ou osteoarticular em crianças (<10 anos de idade) e com peso inferior a 25 kg

Esquema	Faixas de peso	Dose por dia	Duração do tratamento
RHZ 75/50/150 mg	4 a 7 kg	1 comprimido	2 meses (fase intensiva)
	8 a 11 kg	2 comprimidos	
	12 a 15 kg	3 comprimidos	
	16 a 24 kg	4 comprimidos	
RH 75/50 mg	4 a 7 kg	1 comprimido	10 meses (fase de manutenção)
	8 a 11 kg	2 comprimidos	
	12 a 15 kg	3 comprimidos	
	16 a 24 kg	4 comprimidos	

Fonte: Brasil, 2020.

Legenda: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida.

Observações:

- Quando existir concomitância entre a forma meningoencefálica ou osteoarticular e quaisquer outras apresentações clínicas, utilizar o esquema para TB meningoencefálica ou osteoarticular.
- Associar corticosteroide na tuberculose meningoencefálica: prednisona (1 a 2 mg/kg/dia) por quatro semanas ou, nos casos graves de TB meningoencefálica, dexametasona injetável (0,3 a 0,4 mg/kg/dia), por quatro a oito semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.

Quadro 9 – Esquema básico para o tratamento de TB pulmonar em crianças (<10 anos de idade) e com peso igual ou superior a 25kg

Fármacos	Peso da criança					Duração do tratamento
	≥25 kg a 30 kg	≥31 kg a 35 kg	≥36 kg a 40 kg	≥40 kg a 45 kg	≥45 kg	
	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	
Rifampicina	450	500	600	600	600	2 meses (fase intensiva)
Isoniazida	300	300	300	300	300	
Pirazinamida ¹	900 a 1.000		1.500	1.500	2.000	
Rifampicina	450	500	600	600	600	4 meses (fase de manutenção)
Isoniazida	300	300	300	300	300	

Fonte: Brasil, 2020.

¹Na faixa de peso de 25 a 35 kg, usar os comprimidos dispersíveis de pirazinamida 150 mg.

Observação:

Para crianças com menos de 4kg, utilizar os medicamentos individualizados nas seguintes doses: R 15(10-20) mg/kg/dia, H 10 (7-15) mg/kg/dia e Z 35(30-40) mg/kg/dia e 4 meses, R 15(10-20) mg/kg/dia, H 10(7-15) mg/kg/dia.

Quadro 10 – Esquema básico para o tratamento de tuberculose meningoencefálica ou osteoarticular em crianças (<10 anos de idade) e com peso igual ou superior a 25 kg

Fármacos	Peso da criança					Duração do tratamento
	≥25 kg a 30 kg	≥31 kg a 35 kg	≥36 kg a 40 kg	≥40 kg a 45 kg	≥45 kg	
	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	
Rifampicina	450	500	600	600	600	2 meses (fase intensiva)
Isoniazida	300	300	300	300	300	
Pirazinamida ¹	900 a 1.000		1.500	1.500	2.000	
Rifampicina	450	500	600	600	600	10 meses (fase de manutenção)
Isoniazida	300	300	300	300	300	

Fonte: Brasil, 2020.

¹Na faixa de peso de 25 a 35 kg, usar os comprimidos dispersíveis de pirazinamida 150 mg.

Observações:

- Quando existir concomitância entre a forma meningoencefálica ou osteoarticular e quaisquer outras apresentações clínicas, utilizar o esquema para TB meningoencefálica ou osteoarticular.
- Associar corticosteroide na tuberculose meningoencefálica: prednisona (1 a 2 mg/kg/dia) por quatro semanas ou, nos casos graves de TB meningoencefálica, dexametasona injetável (0,3 a 0,4 mg/kg/dia), por quatro a oito semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.

4.3 Tratamento da tuberculose em gestante

O esquema básico da tuberculose pode ser administrado nas doses habituais para gestantes, associado à piridoxina (50mg/dia).

Amamentação: não há contraindicações à amamentação. Recomenda-se que a mãe faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança, enquanto apresentar baciloscopia positiva.

4.4 Tuberculose e HIV

O tratamento nas pessoas com coinfeção TB-HIV segue as mesmas recomendações para a população geral. Atentar para as interações medicamentosas entre os fármacos da tuberculose e os antirretrovirais. A terapia antirretroviral deve ser iniciada oportunamente, durante o tratamento da TB; o tratamento da TB deverá acontecer no mesmo serviço de seguimento do HIV, de forma compartilhada com o serviço de Atenção Primária à Saúde.

4.5 Tuberculose e diabetes *mellitus*

O tratamento da tuberculose segue as recomendações gerais. Atentar para a resposta bacteriológica, que pode ser lenta, com aumento de recidivas e resistência. É importante o controle adequado da diabetes: observar que a rifampicina tem interação com hipoglicemiantes orais. Em caso de resposta inadequada, avaliar a utilização de insulina, durante uso da rifampicina.

4.6 Tuberculose e hepatopatias

Alguns dos medicamentos anti-TB apresentam hepatotoxicidade, que pode ser potencializada pelas interações medicamentosas e o uso de doses acima das preconizadas. Pode ocorrer elevação assintomática dos níveis séricos das enzimas hepáticas (TGO/TGP), seguida de normalização espontânea, sem qualquer manifestação clínica e sem necessidade de interrupção ou alteração do esquema terapêutico. Na presença de náuseas e vômitos, com TGO e TGP três vezes superior ao valor da normalidade ou com enzimas hepáticas cinco vezes o valor da normalidade, mesmo sem sintomas, o tratamento deve ser interrompido. Encaminhar a pessoa a uma unidade de referência secundária para avaliação.

4.7 Tuberculose e nefropatias

Nas pessoas com nefropatias, é necessário conhecer a taxa de depuração de creatinina (*clearance*) antes de iniciar o esquema terapêutico. Quando o *clearance* for menor que 30 mL/min, há necessidade de ajuste da dose dos medicamentos etambutol e pirazinamida; a rifampicina e a isoniazida não necessitam de ajuste. Esses casos devem ser encaminhados ao serviço de referência para acompanhamento clínico e laboratorial.

Para pessoas em hemodiálise, os medicamentos da TB deverão ser tomados após o procedimento, no mesmo dia; por isso, a unidade deverá acompanhar os dias em que a pessoa realizará o tratamento da TB, pactuando o horário para realização do TDO.

5 EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS DA TUBERCULOSE

Efeitos adversos menores: não há necessidade de suspensão do esquema básico em uso e os usuários podem permanecer em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

Quadro 11 – Reações adversas menores aos medicamentos do esquema básico

Efeitos adversos	Medicamentos	Condutas
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	• Etambutol • Isoniazida • Pirazinamida • Rifampicina	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática.
Suor/urina de cor avermelhada	• Rifampicina	Orientar.
Prurido e exantema leve	• Isoniazida • Rifampicina	Medicar com anti-histamínico.
Dor articular	• Isoniazida • Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais.
Neuropatia periférica	• Etambutol (incomum) • Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução.
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	• Etambutol • Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	• Isoniazida	Orientar.
Febre	• Isoniazida • Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.

Quadro 12 – Reações adversas maiores aos medicamentos do esquema básico

Efeitos adversos	Medicamentos	Condutas
Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave	<ul style="list-style-type: none"> • Etambutol • Isoniazida • Rifampicina 	Suspender o tratamento. Encaminhar para a referência de TB. Testar droga a droga nos casos leves. Substituir por esquema especial nos casos graves.
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	<ul style="list-style-type: none"> • Isoniazida 	Suspender a isoniazida. Encaminhar à referência de TB para avaliar o esquema especial.
Neurite óptica	<ul style="list-style-type: none"> • Etambutol 	Suspender o etambutol. Encaminhar à referência de TB para avaliar o esquema especial.
Hepatotoxicidade	<ul style="list-style-type: none"> • Isoniazida • Pirazinamida • Rifampicina 	Suspender o tratamento. Encaminhar à referência de TB.
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	<ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina 	Suspender o tratamento. Encaminhar à referência de TB.
Nefrite intersticial	<ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina 	Suspender o tratamento. Encaminhar para a referência de TB.
Rabdomiólise com mioglobulinúria e insuficiência renal	<ul style="list-style-type: none"> • Pirazinamida 	Suspender o tratamento. Encaminhar para a referência de TB.

Fonte: Brasil, 2019a.

6 SEGUIMENTO DO TRATAMENTO

Quadro 13 – Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB em adultos

Procedimentos	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Observações
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico.
Oferta de teste para diagnóstico do HIV	X						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloscopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares quando houver facilidade na coleta de escarro.
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente no casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	X						No início e repetir a critério clínico.

Fonte: Brasil, 2019a.

Indicações de internação

- TB meningoencefálica;
- Intolerância aos medicamentos para tratamento da tuberculose incontrolável em ambulatório;
- Estado geral que não permita tratamento em ambulatório;
- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas, relacionadas ou não à TB, que necessitem de tratamento e/ou procedimento em unidade hospitalar; e
- Situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente em caso de retratamento, falência ou multirresistência.

Na situação de vulnerabilidade social, a internação deve ser dialogada com a pessoa, com o esclarecimento dessa necessidade, sempre levando em conta a possibilidade de que o tratamento seja corretamente seguido sem internação, apesar das condições de vida. A indicação de internação compulsória para tratamento de TB deve ser considerada somente em casos excepcionais, esgotadas todas as possibilidades de abordagem terapêutica ambulatorial, com avaliação dos serviços de assistência social e o aval do Ministério Público.

7 TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

O TDO é indicado como principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com TB e pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde. Além da construção do vínculo entre profissional de saúde e a pessoa com TB, o TDO inclui a ingestão dos medicamentos pela pessoa doente sob a observação de um profissional de saúde ou outros profissionais capacitados, como profissionais da assistência social, entre outros, desde que supervisionados por profissionais de saúde.

O TDO deve ser realizado, idealmente, em todos os dias úteis, ou, excepcionalmente, três vezes na semana. O local e o horário para a realização do TDO devem ser acordados entre a pessoa e o serviço de saúde.

Será considerada TDO a observação da tomada dos medicamentos no mínimo três vezes por semana durante todo tratamento, ou seja, 24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção, em casos de tratamento padronizado por seis meses.

Passo a passo da realização do TDO

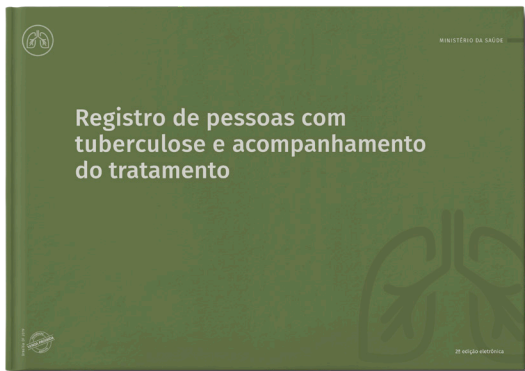
1. Acolher a pessoa com TB.
2. Avaliar a presença de eventos adversos e/ou interações medicamentosas.
3. Informar os nomes dos medicamentos administrados.
4. Entregar à pessoa os medicamentos de uso oral com um copo de água e observar a tomada. No caso dos injetáveis, aplicá-los de acordo com a prescrição médica.
5. Anotar na ficha de acompanhamento a tomada diária da medicação do TDO.
6. Perguntar se existem dúvidas e encorajar a continuação o tratamento.
7. Marcar o próximo encontro.
8. Providenciar os agendamentos necessários e certificar-se da realização dos exames de controle mensais.

Atenção: nos dias em que a dose não for realizada sob TDO, deve-se orientar a pessoa sobre a não interrupção do tratamento, inclusive nos finais de semana.

8 SISTEMA DE INFORMAÇÃO E NOTIFICAÇÃO

Todos os casos confirmados de tuberculose devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio da ficha de notificação/investigação.

O serviço de saúde deverá utilizar o **Livro de Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento** como instrumento para registro de todos os casos de tuberculose acompanhados na unidade, auxiliando a organização das ações no serviço.



Notificação do tratamento da ILTB

Todos as pessoas que tiveram indicação de tratamento da ILTB e irão iniciá-lo devem ser notificadas por meio da “Ficha de notificação das pessoas em tratamento da ILTB”, padronizada pelo Ministério da Saúde, cujos dados serão inseridos no Sistema IL-TB.

9 DEFINIÇÕES DE TERMOS

Abandono: pessoa que interrompeu o tratamento por mais de 30 dias consecutivos, ou foi diagnosticada e não iniciou o tratamento.

Abandono primário: pessoa que fez uso de medicamentos por menos de 30 dias e interrompeu o tratamento por 30 dias consecutivos ou mais, ou que foi diagnosticada e não iniciou o tratamento.

Caso novo confirmado: pessoa com diagnóstico de TB ativa, confirmado por critério laboratorial (pelo menos uma amostra laboratorial positiva, independentemente do método) ou clínico epidemiológico (não preenche o critério laboratorial, mas apresenta resultados de exames de imagem ou histológicos sugestivos de TB).

Cura: pessoa com duas baciloscopias negativas, sendo uma em qualquer mês de acompanhamento e outra ao final do tratamento (5º ou 6º mês). Para os casos com necessidade de ampliar o tempo de tratamento, serão considerados os dois últimos meses.

Falência: pessoa com persistência da baciloscopia de escarro positiva ao final do tratamento; pessoa que no início do tratamento apresentava baciloscopia positiva (+ + ou + + +) e manteve essa situação até o 4º mês; ou pessoa com baciloscopia positiva inicial seguida de negatificação e de novos resultados positivos por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento.

Mudança de diagnóstico: pessoa inicialmente diagnosticada com TB que, após elucidação, recebeu outro diagnóstico.

Mudança de esquema: pessoa que alterou o esquema de tratamento padrão. Se comprovada resistência, encerrar como TB drogaresistente (TB DR).

Óbito: pessoa cuja morte foi causada por TB. Em pessoas cujo óbito ocorreu devido a causas diferentes da TB, encerrar como óbito por outra causa.

Transferência: pessoa que mudou de serviço de saúde, município, estado ou país para continuidade do acompanhamento.

Tratamento completo: pessoa que realizou o tratamento pelo período indicado, sem evidência de falência, e teve alta com base em critérios clínicos, radiológicos ou laboratoriais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. **Ofício Circular n. 7/2019/CGDR/.DCCI/SVS/MS**. Atualização das recomendações sobre o diagnóstico laboratorial da tuberculose. Brasília, DF: MS, 2019b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/16/nota-2---Atualizacao-das-recomendacoes-sobre-o-diagnostico-laboratorial-da-tuberculose.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. **Ofício Circular n. 3/2020/CGDR/.DCCI/SVS/MS**. Atualizar as recomendações sobre a coadministração de Dolutegravir (DTG) e medicamentos com potencial interação. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-32020cgahvdcisvsms>. Acesso em: 22 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO operational handbook on tuberculosis: module 1: prevention: tuberculosis preventive treatment**. Geneva: WHO, 2020.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. Responda a pesquisa disponível por meio do QR Code abaixo:





**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal