

**MINISTÉRIO  
DA SAÚDE**

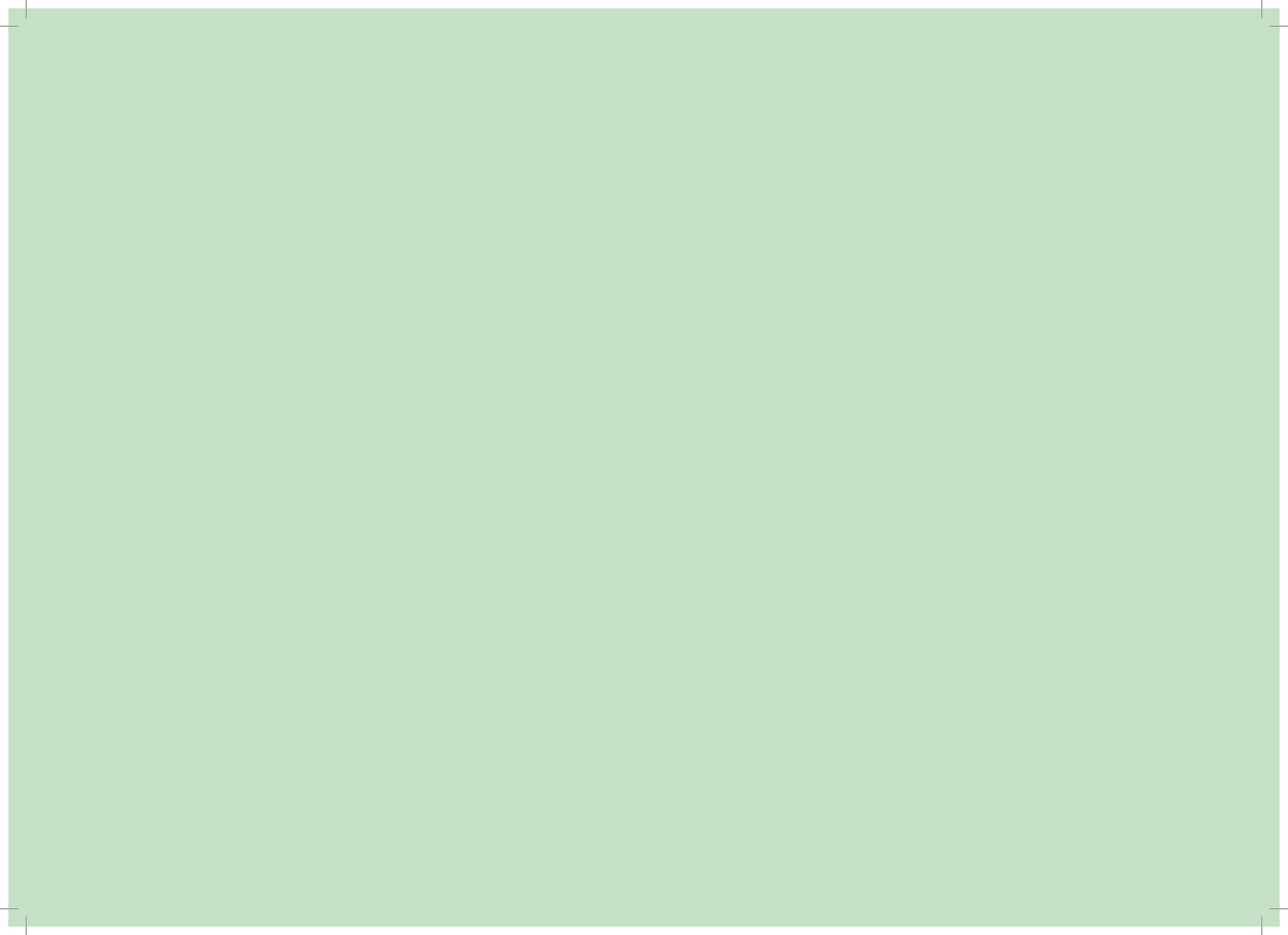


**Ferramenta Instrumentalizadora**

**ASSISTÊNCIA DO  
ENFERMEIRO À PESSOA  
COM TUBERCULOSE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Brasília - DF  
2021**





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



Ferramenta Instrumentalizadora

# **ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO À PESSOA COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Brasília - DF  
2021**



2021 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: [bvsm.sau.gov.br](http://bvsm.sau.gov.br)

Tiragem: 1ª edição – 2021 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

E-mail: [aids@aids.gov.br](mailto:aids@aids.gov.br)

*Coordenação-Geral*

Gerson Fernando Mendes Pereira

Angélica Espinosa Barbosa Miranda

*Organização*

Gabriela Tavares Magnabosco – CGDR/SVS/MS

**Colaboração**

Artemir Coelho Brito – CGDR/SVS/MS

Daniele Gomes Dell’Orti – CGDR/SVS/MS

Daniele Maria Pelissari – CGDR/SVS/MS

Denise Arakaki-Sanchez – CGDR/SVS/MS

Fernanda Dockhorn Costa Johansen – CGDR/SVS/MS

José Boullosa Alonso Neto – CGAHV/SVS/MS

Maria do Socorro Nantua Evangelista – CGDR/SVS/MS

Marli Souza Rocha – CGDR/SVS/MS

Nicole Menezes de Souza – CGDR/SVS/MS

Patricia Bartholomay Oliveira – CGDR/SVS/MS

Patricia Werlang – CGDR/SVS/MS

Sheila de Oliveira Medeiros – CGAHV/SVS/MS

Tiemi Arakawa – CGDR/SVS/MS

Walter Ataalpa de Freitas Neto – CGDR/SVS/MS

*Colaboração externa*

Fernando Augusto Sanches – UFRJ/RJ

Maria Amélia Zanon Ponce – SMS de São José do Rio Preto/SP

Maria Aparecida Figueiredo Rodrigues – PECT/BA

Marneili Pereira Martins – SES do Rio de Janeiro/RJ

Nathalia Halax Orfão – UNIR/RO

*Projeto gráfico/Diagramação*

Marcos Cleuton de Oliveira – DCCI/SVS/MS

*Revisão ortográfica*

Angela Gasperin Martinazzo – DCCI/SVS/MS

## Ficha Catalográfica

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

Assistência do Enfermeiro à Pessoa com Tuberculose na Atenção Primária/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

30 p. : il.

1. Tuberculose

CDU 616-002.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0270

*Título para indexação:*

*Nursing assistance to persons with tuberculosis in primary care: instrumentalizing tool*

# SUMÁRIO

<b>Apresentação .....</b>	<b>6</b>
<b>Diagnóstico .....</b>	<b>9</b>
Diagnóstico da tuberculose pulmonar .....	10
<b>Tratamento .....</b>	<b>11</b>
Tratamento da tuberculose sensível.....	12
Seguimento do tratamento da tuberculose sensível.....	13
Condução da pessoa que interrompeu o tratamento da tuberculose .....	14
Efeitos adversos ao tratamento da tuberculose .....	15
<b>Coinfecção TB-HIV .....</b>	<b>17</b>
Investigação da coinfecção TB-HIV e diagnóstico do HIV .....	18
<b>Infecção Latente da Tuberculose .....</b>	<b>19</b>
Infecção latente da tuberculose: investigação e indicação do tratamento .....	20
Tratamento da infecção latente da tuberculose .....	21
<b>Proteção Social .....</b>	<b>23</b>
Proteção social para a pessoa com tuberculose .....	24
<b>Vencendo a Tuberculose .....</b>	<b>25</b>
O que não pode deixar de ser feito: cuidados e aconselhamento à pessoa com tuberculose .....	26
<b>Referências .....</b>	<b>27</b>

## **APRESENTAÇÃO**

O objetivo deste material é dar suporte ao enfermeiro para o manejo da pessoa com tuberculose nos serviços da Atenção Primária à Saúde, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Para tanto, utiliza algoritmos simples para avaliar, diagnosticar, tratar e acompanhar pessoas com sinais e sintomas de tuberculose, além de oferecer apoio para a integração do cuidado com outras equipes e serviços de saúde e de assistência social.

## **UTILIZAÇÃO DO GUIA**

O Guia foi desenhado para direcionar a condução assistencial do enfermeiro diante de uma pessoa com sinais e sintomas de tuberculose em serviços da Atenção Primária à Saúde da rede de atenção do Sistema Único de Saúde.

Consulte o Sumário para identificar os temas referentes ao manejo da tuberculose. Cada tema será representado por uma paleta de cores específica, para facilitar a consulta.

Para estabelecer um processo sequencial da assistência, as condutas serão direcionadas às páginas referentes aos temas apresentadas neste Guia.

Consulte a lista de siglas para a clarificação dos termos e abreviaturas utilizadas.

## LISTA DE SIGLAS

**ACS:** Agentes Comunitários de Saúde

**CadÚnico:** Cadastro Único – Cadastros Sociais

**Centro Pop:** Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

**CRAS:** Centro de Referência da Assistência Social

**CREAS:** Centro de Referência Especializado da Assistência Social

**E:** Etambutol

**H:** Isoniazida

**HIV:** Vírus da Imunodeficiência Humana

**IGRA:** *Interferon-Gamma Release Assays*

**ILTb:** Infecção Latente da Tuberculose

**MNT:** Micobactéria não tuberculosa

**MTB:** *Mycobacterium tuberculosis*

**MS:** Ministério da Saúde

**PT:** Prova tuberculínica

**PVHIV:** Pessoa vivendo com HIV

**R:** Rifampicina

**Raio-X:** Radiografia

**SAE:** Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids

**Sinan:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**Sisan:** Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

**SUAS:** Sistema Único de Assistência Social

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TARV:** Terapia antirretroviral

**TB:** Tuberculose

**TBDR:** Tuberculose drogarresistente

**TDO:** Tratamento Diretamente Observado

**TR:** Teste Rápido

**TRM-TB:** Teste Rápido Molecular para Tuberculose

**TS:** Teste de sensibilidade

**Z:** Pirazinamida



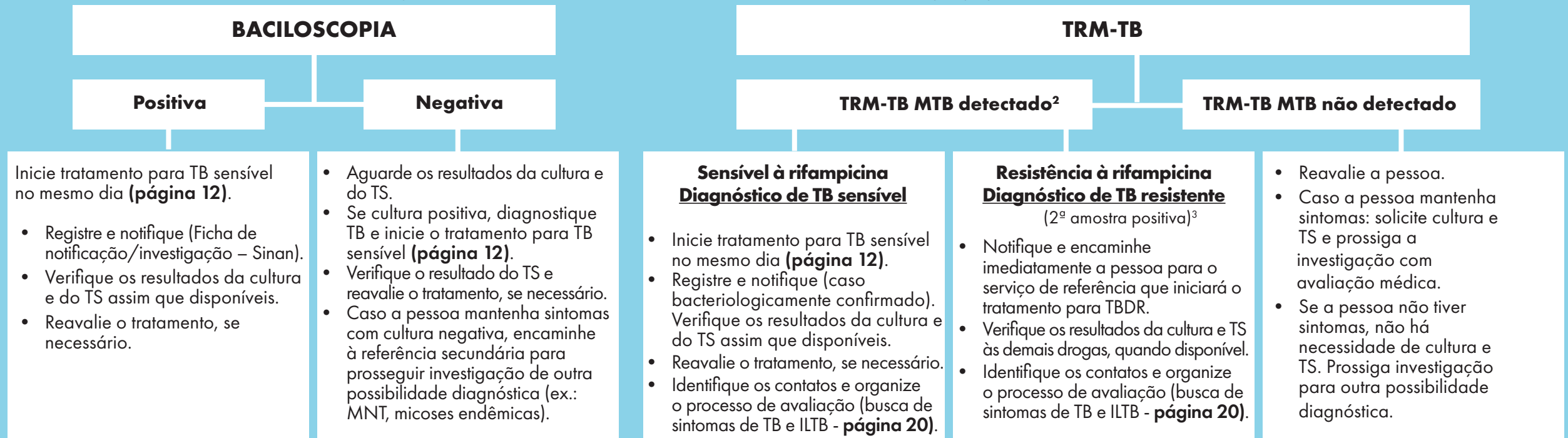


# Diagnóstico

## Diagnóstico da tuberculose pulmonar

- Solicite a coleta de uma amostra de escarro para a realização do TRM-TB para casos novos ou de retratamento ou duas amostras<sup>1</sup> para baciloscopia com cultura e TS.  
Obs.: a coleta da amostra deve acontecer em local ventilado, de preferência ao ar livre. Oriente a pessoa, por meio de linguagem compreensível, para que consiga coletar o escarro proveniente da árvore brônquica em quantidade adequada (de 1 mL a 5 mL). A hidratação com água pode facilitar esse procedimento, além da manobra indutora de tosse.
- Priorize o atendimento à pessoa com sintomas de TB e garanta a menor circulação possível pelas áreas comuns da unidade de saúde. Forneça e oriente uso de máscara cirúrgica ou de tecido pela pessoa enquanto esta permanece na unidade de saúde.
- A amostra deve ser coletada em pote plástico descartável, transparente, com boca larga e tampa de rosca e deve ser armazenada em temperatura e condições adequadas (refrigerador específico ou caixa térmica em temperatura entre 2°C e 8°C).
- A identificação (nome da pessoa e data da coleta) deve ser feita no corpo do pote e nunca na tampa, utilizando esparadrapo, fita crepe ou caneta com tinta permanente.
- Encaminhe a amostra para o laboratório em, no máximo, sete dias, acompanhada pela requisição de exame contendo dados da pessoa, da amostra e do requisitante.
- Solicite Raio-X de tórax.
- Oferte o teste para HIV (**página 18**).
- Após confirmação do diagnóstico da TB, faça a avaliação dos contatos. Investigue sinais e sintomas de TB; se presentes, investigue TB com solicitação de exames. Se contatos assintomáticos, investigue ILTB (**página 20**). Se contato assintomático e HIV positivo, considere tratamento da ILTB independentemente de realização de PT ou IGRA (**página 21**).

<sup>1</sup> Uma no momento da consulta e outra na manhã do dia seguinte. A cultura e o TS devem ser realizados com a mesma amostra coletada, sempre que possível.



**O diagnóstico de TB pulmonar em crianças** menores de dez anos (negativas à baciloscopia ou TRM-TB não detectado) deve ser realizado com base no sistema de pontuação ou score, a ser avaliado pela equipe de saúde considerando o parecer médico.

- Solicite Raio-X de tórax.
- Realize a PT.
- Colha a história pregressa e sintomas clínicos da criança. Considere a presença e participação do responsável pela criança.
- Avalie o peso da criança.
- Discuta com a equipe de saúde a interpretação do score disponível no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, do Ministério da Saúde.

<sup>2</sup>Para MTB detectado “traços”, considerar positivo apenas para PVHIV e crianças. <sup>3</sup> Para casos de retratamento, não é necessária a segunda amostra para confirmar a resistência.

# Tratamento

**Tratamento da tuberculose sensível**

- Considere a realização do TDO, cinco dias por semana, durante seis meses. Negocie com a pessoa o melhor local para realizar o TDO: serviço de saúde, trabalho, domicílio, entre outros.
  - Prescreva a fase de ataque: RHZE por dois meses.
  - Após a fase de ataque, mude para a fase de manutenção: RH por mais quatro meses, até completar seis meses de tratamento.
  - Reavalie a pessoa após duas semanas do início do tratamento e depois mensalmente. Solicite baciloscopias mensais de controle do tratamento e registre a evolução. Se a baciloscopia permanecer positiva após oito semanas de tratamento, maneje conforme a **página 13**.
- Ajuste o tratamento de acordo com o peso e o reajuste à medida que a pessoa ganhar peso. Se ela perder peso: verifique a adesão ao tratamento e o resultado do TS. Discuta com o médico e a equipe multiprofissional.
- Se HIV positivo ou gestante: discuta com o médico sobre associar piridoxina 40mg ao dia até completar o tratamento da TB. Encaminhar para a referência especializada de HIV (**página 18**).
- Registre no Livro de registro de paciente e acompanhamento dos casos de tuberculose.

Fases do tratamento	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
Intensiva (2RHZE <sup>a</sup> )	RHZE 150/75/400/275mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35kg	2 comprimidos	2
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		51 a 70kg	4 comprimidos	
		>70kg	5 comprimidos	
Manutenção (4RH <sup>b</sup> )	RH 300/150 mg <sup>c</sup> ou 150/75 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35kg	1 comp 300/150mg ou 2 comp 150/75mg	4
		36 a 50kg	1 comp 300/150mg + 1 comp de 150/75mg ou 3 comp 150/75mg	
		51 a 70kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
		>70kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75mg ou 5 comp 150/75 mg	

<sup>a</sup>RHZE: combinação de rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E).

<sup>b</sup>RH: combinação de rifampicina (R) e isoniazida (H).

<sup>c</sup>A apresentação 300/150mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

**Aconselhe a pessoa em tratamento da TB**

- Realize o acolhimento da pessoa, com escuta qualificada e humanizada.
- Explique a importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento e evitar desenvolvimento de drogas-resistência. Converse sobre o TDO e institua-o, caso seja viável. Acompanhe e registre o seguimento do tratamento. Se tratamento interrompido, consulte a **página 14**.
- Informe que a cura é estabelecida quando se completam os seis meses de tratamento, e após avaliação médica e confirmação laboratorial de negatividade.
- Oriente sobre os efeitos adversos ao tratamento (**página 15**), e sobre a melhora inicial dos sintomas, o que não justifica a interrupção do tratamento.
- Identifique situações de vulnerabilidades sociais, e se for o caso, discuta com o serviço social e a equipe sobre como auxiliar nas demandas da pessoa (**páginas 24 e 26**).
- Oriente a pessoa que faz uso de álcool, outras drogas e tabaco para que os diminua ao máximo possível, dado que essas substâncias interferem na resposta ao tratamento e na adesão. Apoie a pessoa para a mudança.

## **Seguimento do tratamento da tuberculose sensível**

### **• Faça o acompanhamento clínico mensal da pessoa em tratamento:**

- Questione sobre sinais e sintomas que indicam a evolução e/ou regressão da doença.
- Monitore o peso para eventuais ajustes posológicos dos medicamentos (**página 12**).
- Questione sobre efeitos adversos (**página 15**).
- Atente para solicitação dos exames de função hepática, função renal e glicemia de jejum em pessoas com doenças associadas, ou quando necessário.
- Monitore a adesão ao tratamento. Avalie possíveis vulnerabilidades (**página 26**).
- Oferte o teste de HIV (**página 18**).

### **• Faça o controle bacteriológico:**

- Solicite a baciloscopia mensal para monitoramento da eficácia do tratamento (**página 10**).
- Espera-se a negatificação da baciloscopia a partir do final da segunda semana de tratamento. Pessoas com baciloscopia positiva ao longo do tratamento ou que positivam após negatificação devem ser avaliadas quanto à adesão, falência e/ou drogaresistência. Nesses casos, solicitar TRM-TB, cultura e teste de sensibilidade.

Obs.: o TRM-TB não deve ser utilizado para controle de tratamento. Ele é realizado somente para investigação da resistência à rifampicina.

- Pessoas inicialmente com exame bacteriológico positivo deverão ter pelo menos duas baciloscopias negativas na fase de manutenção para comprovar cura, uma no decorrer da fase de manutenção e outra ao final do tratamento (5º ou 6º mês).

### **Se baciloscopia positiva no final do 2º mês**

- Solicitar cultura com TS e TRM-TB para identificar resistência à rifampicina, se disponível.
- Prolongar a fase intensiva (RHZE) do tratamento por mais 30 dias (**página 12**).
- Reavaliar o esquema terapêutico com o resultado do TS.
- Manter acompanhamento e TDO.

#### **TS sensível ao esquema básico e boa evolução clínica**

- Iniciar fase de manutenção (RH) por mais quatro meses (**página 12**).

#### **TS resistente ao esquema básico ou evolução clínica insatisfatória**

- Encaminhar para referência secundária de atenção à pessoa com TB.

#### **TRM-TB resistente à rifampicina**

- Encaminhar para referência secundária de atenção à pessoa com TB.

#### **TRM-TB sensível à rifampicina**

- Prolongar a fase de ataque (RHZE) do tratamento por mais 30 dias (**página 12**).
- Reavaliar o esquema terapêutico com o resultado do TS.

### **• Controle radiológico:**

- Solicite Raio-X de tórax após o segundo mês de tratamento para acompanhar a regressão ou ampliação das lesões iniciais, especialmente nos casos pulmonares com exames bacteriológicos negativos e na ausência de expectoração para controle bacteriológico.
- Se evolução clínica favorável, solicite Raio-X de tórax ao final do tratamento para comprovação da cura.

**Registre e notifique o seguimento do tratamento no Boletim de acompanhamento do tratamento (Sinan) e no Livro de registro de paciente e acompanhamento dos casos de TB**

**Condução da pessoa que interrompeu o tratamento da tuberculose**

- Busque a pessoa e investigue a razão da interrupção/abandono. Conte com o apoio da equipe e dos ACS. Identifique possíveis vulnerabilidades, uso de álcool/drogas, fluxo de atendimento na unidade, acessibilidade. Pergunte sobre presença de efeitos adversos (**página 15**).
- Intensifique o suporte para adesão. Oriente quanto aos benefícios e apoio dos serviços da rede de assistência social (**página 24**). Reoriente sobre os riscos da má adesão.
- Siga as condutas de acordo com a duração da interrupção, conforme abaixo.

**Interrompeu por menos de 1 mês**

**Interrompeu por mais de 1 mês**

- Continue o tratamento para TB sensível com esquema básico.
- A pessoa deverá compensar as doses que não foram tomadas.
- Reforce a implementação do TDO.

- Registre e notifique como abandono de tratamento.
- Examine novamente a pessoa e solicite coleta de escarro para baciloscopia, TRM-TB (para identificar resistência à rifampicina), cultura e TS.
- Solicite avaliação médica para adequado reinício do tratamento.

**Novo diagnóstico de TB e investigação de drogarresistência**

**Baciloscopia, TRM-TB, cultura e TS**

**Baciloscopia, cultura e TS**

**Baciloscopia positiva e TRM-TB resistente à rifampicina**

- Notifique o caso.
- Encaminhe para a referência terciária de atenção à pessoa com TB.

**Baciloscopia positiva e TRM-TB não resistente à rifampicina**

- Reinicie ciclo completo de tratamento para TB sensível.
- Notifique o caso novamente.
- Revise o resultado do TS.

**Baciloscopia negativa e TRM-TB resistente à rifampicina**

- Revise resultado da cultura e do TS.

**Baciloscopia negativa e TRM-TB não resistente à rifampicina**

- Aguarde o resultado da cultura.
- Prossiga a investigação para outras possibilidades diagnósticas.

**Baciloscopia positiva**

- Reinicie ciclo completo de tratamento para TB sensível.
- Notifique o caso novamente.
- Revise resultados da cultura e TS.

**Baciloscopia e cultura negativas**

- Discuta em equipe se mantém ou interrompe o tratamento.
- Monitore a pessoa mensalmente para sinais da TB.

**Sensibilidade aos fármacos**

- Continue o tratamento para TB sensível com esquema básico.
- Notifique como retratamento.
- Reforce a implementação do TDO.

**Resistência aos fármacos**

- Diagnóstico de TB resistente.
- Encerre o caso nos registros e no Sinan como TB DR e encaminhe imediatamente para referência terciária.

**Oriente a pessoa que abandonou o tratamento para TB**

- Explique as conseqüências da interrupção do tratamento: maior probabilidade de desenvolver resistência aos medicamentos, necessidade de prolongar o tratamento e usar medicamentos mais específicos, possibilidade de transmitir a doença na forma resistente, maior risco de óbito.

## Efeitos adversos ao tratamento da tuberculose

- Informe a pessoa sobre a possibilidade de efeitos adversos aos medicamentos em todas as consultas mensais. Questione sobre dúvidas a respeito do tratamento e efeitos adversos e explique quantas vezes for necessário. Atente para o uso da linguagem mais adequada.
- Oriente-a a não interromper o tratamento por conta própria e a procurar atendimento de saúde.
- Explique que poucos casos precisam de internação. Maneje os efeitos adversos que forem possíveis na Atenção Primária; para os maiores, encaminhe ao serviço de referência secundária ou terciária.
- Notifique as reações adversas aos medicamentos anti-TB à Anvisa utilizando o sistema vigiMed, por meio do site <http://portal.anvisa.gov.br/vigimed>

### Efeito adverso menor

Sintomas	Prováveis fármacos responsáveis	Conduta
Náusea, vômito, dor abdominal	Rifampicina	Reformular o horário da administração da medicação (2 horas após o café da manhã); considerar o uso de medicação sintomática; e avaliar a função hepática.
	Isoniazida	
	Pirazinamida	
	Etambutol	
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar quanto a possibilidade de ocorrência.
Prurido ou exantema leve	Isoniazida	Medicar com anti-histamínico.
	Rifampicina	
Dor articular	Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais.
	Isoniazida	
Neuropatia periférica	Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6), na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução.
	Etambutol (incomum)	
Hiperuricemia com ou sem sintomas	Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
	Etambutol	
Cefaleia e mudança de comportamento (ansiedade, euforia, insônia, depressão e sonolência)	Isoniazida	Medicar, quando pertinente, e orientar.
Febre	Isoniazida	Orientar e medicar com antitérmico.
	Rifampicina	

### Efeito adverso maior

Sintomas	Prováveis fármacos responsáveis	Conduta
Exantema ou hipersensibilidade moderada a grave	Etambutol	Suspender o tratamento. Nos casos moderados, reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do quadro. Substituir o fármaco identificado como alérgico. Nos casos graves, após a resolução do quadro, iniciar esquema especial alternativo.
	Isoniazida	
	Rifampicina	
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	Isoniazida	Suspender a isoniazida e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.
Neurite óptica	Etambutol	Suspender o etambutol e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento. A neurite óptica é dose-dependente e, quando detectada precocemente, reversível. Raramente se desenvolve toxicidade ocular durante os 2 primeiros meses com as doses recomendadas.
Hepatotoxicidade	Pirazinamida	Suspender o tratamento até a resolução da alteração hepática. Reintroduzir os medicamentos um a um após a avaliação da função hepática (RE, seguidos de H e por último Z). Avaliar possível substituição do medicamento responsável ou mudança do esquema.
	Isoniazida	
	Rifampicina	
Hipoacusia, vertigem, nistagmo	Estreptomicina	Suspender a estreptomicina e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.
Nefrite intersticial	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.
Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender a pirazinamida e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.

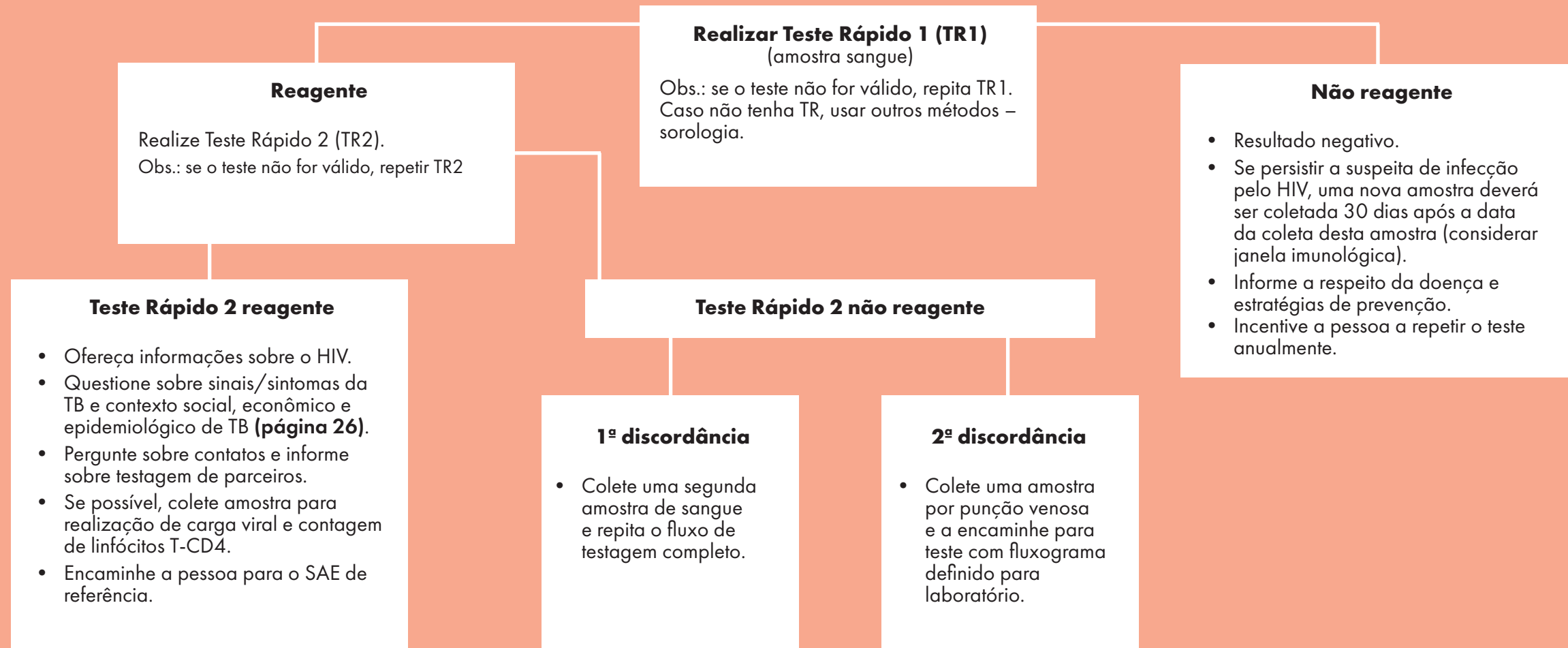
## Tratamento



# Coinfecção TB-HIV

### Investigação da coinfecção TB-HIV e diagnóstico do HIV

- Oferte o teste de HIV e incentive a pessoa a fazê-lo. Explique como é a doença, formas de transmissão e tratamento, além dos benefícios de realizar o teste e de conhecer o status sorológico.
- Explique os procedimentos do teste rápido para diagnóstico do HIV e informe que ele é voluntário.
- Oriente sobre a coinfecção TB-HIV, reforçando que a TB é a doença que mais mata pessoas vivendo com HIV; por isso é muito importante diagnosticar e tratar as duas doenças.



### Maneje a pessoa com coinfecção TB-HIV

- Encaminhe a pessoa com prioridade para o SAE de referência. O tratamento para o HIV e para TB e as consultas de seguimento deverão, idealmente, acontecer no SAE.
- Para o seguimento do tratamento, garanta as consultas de acompanhamento no SAE e o fluxo de informações com a equipe do serviço de Atenção Primária, que deve auxiliar no seguimento e adesão ao tratamento, identificação e avaliação de contatos.
- Certifique-se de que a pessoa iniciou a TARV, com adesão, e se está reagindo bem e aos tratamentos da TB e do HIV.
- Oriente sobre efeitos adversos do tratamento da TB (página 15).
- Identifique situações de vulnerabilidade e ofereça apoio e suporte para a adesão (páginas 24 e 26).

# Infeccção Latente da Tuberculose

## ILTB

### Infecção latente da tuberculose: investigação e indicação do tratamento

- Se ausência de sintomas de TB, realize PT ou IGRA para identificar a ILTB.
- A partir do resultado da PT ou IGRA e/ou da avaliação clínica, indique o tratamento (ver quadro abaixo).

Avaliação	Grupo populacional
Sem PT ou IGRA	Recém-nascidos coabitantes de caso-fonte; PVHIV com contatos de tuberculose pulmonar confirmada; PVHIV com CD4+ menor ou igual a 350 céls/mm <sup>3</sup> ; PVHIV com registro documental de ter tido PT ≥5mm e não ter sido submetida ao tratamento da ILTB na ocasião; PVHIV com radiografia de tórax apresentando cicatriz radiológica de tuberculose, sem tratamento anterior para tuberculose.
PT ≥5mm ou IGRA positivo	Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG; PVHIV com CD4+ maior que 350 céls/mm <sup>3</sup> ou não realizado; Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de tuberculose; Uso de inibidores de TNF-α, corticoesteroides (equivalente a >15mg de prednisona por >1 mês) e outros imunobiológicos; Indivíduos em pré ou pós transplante, com indicação ou em uso de terapia imunossupressora.
PT ≥10mm ou IGRA positivo	Silicose; Neoplasia de cabeça e pescoço; Insuficiência renal em diálise; Linfomas e outras neoplasias hematológicas; Outros tipos de neoplasia com quimioterapia imunossupressora; Diabetes mellitus; Baixo peso (85% do peso ideal); Tabagistas (1 maço/dia); Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia.
Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)	Contatos de tuberculose confirmada por critério laboratorial; Profissionais de saúde; Profissionais de laboratório de micobactéria; Trabalhadores de instituições de longa permanência.

**Para instituir o tratamento da ILTB, descartar TB ativa com avaliação clínica, Raio-X de tórax e exames laboratoriais (página 10).**

Obs.: a instituição do tratamento é uma atribuição do profissional médico; cabe ao enfermeiro realizar a investigação da ILTB, discutir e dar suporte no estabelecimento do diagnóstico e seguimento do tratamento.

## Tratamento da infecção latente da tuberculose

- **NÃO** tratar ILTB na presença de sinais sugestivos de TB ativa.  
Obs.: não há associação do tratamento da ILTB com resistência aos medicamentos, desde que descartada TB ativa adequadamente (**página 10**).
- Esclareça que todos os medicamentos deverão ser administrados em tomada única, preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã).
- Explique que a pessoa pode apresentar urina de coloração alaranjada/avermelhada devido ao uso da rifampicina (**página 15**).
- Oriente a pessoa a procurar o serviço de saúde diante de efeitos adversos ou sinais e sintomas sugestivos de TB (**página 15**).
- Em gestantes HIV negativas, postergar o tratamento da ILTB para após o parto; se pessoa vivendo com HIV, tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação.
- Notifique a indicação e o início do tratamento no Sistema IL-TB ou no sistema estadual para notificação de ILTB.

Medicamento	Faixa etária	Dose	Número de doses e tempo de tratamento
Isoniazida (H)	Adultos e adolescentes ( $\geq 10$ anos de idade)	5 a 10mg/kg de peso até a dose máxima de 300mg/dia	180 doses de 6 a 9 meses ou 270 doses de 9 a 12 meses
	Crianças (<10 anos de idade)	10mg/kg de peso até a dose máxima de 300mg/dia	
Rifampicina (R)	Adultos e adolescentes ( $\geq 10$ anos de idade)	10mg/kg de peso até a dose máxima de 600mg/dia	120 doses de 4 a 6 meses
	Crianças (<10 anos de idade)	15(10-20)mg/kg até dose máxima de 600mg/dia	

### Seguimento do tratamento da ILTB

- Estabeleça um cronograma de consultas regulares mensais para seguimento, avaliação do tratamento e estímulo constante da adesão (**página 13**).
- Se abandono do tratamento (R – dois meses sem a medicação e H – três meses sem medicação, consecutivos ou não), proceda com a avaliação clínica e, afastada a possibilidade de TB ativa, avalie o risco-benefício do reinício do tratamento, principalmente nas situações consideradas de risco elevado de má adesão.
- Para a retomada do tratamento, considere doses/tempo efetuada.
- Não repita o tratamento da ILTB em pessoas que já se trataram para TB ou que fizeram o tratamento completo da ILTB, com exceção de nova exposição de risco de pessoas sabidamente imunocomprometidas, como no caso das pessoas vivendo com HIV.

**ILTB**

# Proteção Social

### Proteção social para a pessoa com tuberculose

**O enfrentamento dos determinantes sociais e a oferta de proteção social à pessoa com tuberculose favorecem melhores desfechos de tratamento e controle da doença.**

#### **Articulação entre SUS e SUAS**

- Acione a assistência social para a elaboração conjunta do plano de cuidado integral à pessoa com TB, considerando:
  - ✓ Construção de estratégias específicas, levando em conta os fatores de risco para o desenvolvimento e o agravamento da doença (vulnerabilidade social e econômica, população em situação de rua, moradias precárias, desnutrição, presença de outras doenças, uso de tabaco, álcool e outras drogas) – oferta de incentivos à adesão: lanches, vale-transporte, leite, cesta básica, por exemplo.
  - ✓ Estabelecimento de mecanismos de referência e de contrarreferência entre os serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica e de Proteção Social Especial de média e de alta complexidade com os serviços da Rede de Atenção à Saúde, visando a identificação de barreiras ao tratamento e a defesa e promoção de direitos das pessoas com TB.
  - ✓ Promoção de ações conjuntas nas unidades socioassistenciais e espaços comunitários para a realização de atividades educativas que incentivem a adesão ao tratamento e compartilhem informações sobre a TB.
  - ✓ Reuniões de estudo de casos para o desenvolvimento de estratégias particularizadas e coletivas, a fim de promover o engajamento comunitário para o enfrentamento dos fatores de risco que propiciam o desenvolvimento e o agravamento da doença.
- Articule com a assistência social para promover o acesso das pessoas em situação de vulnerabilidade social aos benefícios, serviços, programas e projetos estabelecidos pela Política Nacional de Assistência Social:
  - ✓ CadÚnico para programas sociais do governo federal.
  - ✓ Segurança alimentar e nutricional por meio do Sisan.
  - ✓ Utilização dos Centros de Referência: CRAS, CREAS, Centro Pop, Unidades de Acolhimento, entre outros, como espaços para o desenvolvimento de atividades visando a proteção social da pessoa com TB.

Obs.: a Instrução Operacional Conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019 (Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Assistência Social/Ministério da Cidadania), estabelece as orientações para integração entre a Rede Socioassistencial (SUAS) e a Rede de Atenção à Saúde (SUS), com amparo administrativo e político da gestão local, com a adoção de fluxos, protocolos e procedimentos de trabalho relacionados às ações de controle da TB.

#### **Proteção social e tuberculose**

- Os percentuais de cura e abandono de tratamento e óbito entre as pessoas com TB cadastradas no CadÚnico e recebendo o benefício Bolsa Família foram melhores quando comparados aos das pessoas que não recebiam algum tipo de benefício<sup>1</sup>.
- Pessoas em tratamento de TB que recebem cesta básica têm maiores percentuais de cura e menores percentuais de abandono de tratamento quando comparadas às que não recebem esse benefício<sup>2</sup>.
- Municípios com uma alta cobertura do Programa Bolsa Família apresentaram coeficiente de incidência da TB 8% menor do que municípios com baixa cobertura<sup>3</sup>.
- A transferência de renda e o acesso à Estratégia Saúde da Família têm impacto positivo nos desfechos de TB na população mais pobre, o que indica a necessidade de uma abordagem abrangente para acabar com a tuberculose<sup>4</sup>.
- Em São Paulo, o abandono de TB entre as pessoas em situação de rua em 2014 foi de aproximadamente 40%. Com a implantação do projeto PACTU pela Cura e o desenvolvimento de atividades intersetoriais entre SUS e SUAS, oferta de TDO e alimentação, aproximadamente 90% das pessoas assistidas pelo programa se curaram da doença, 52% se inscreveram para o recebimento de benefícios sociais e 22% reestabeleceram vínculo com a família<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Cruzamento CadÚnico e Sisan, 2010; <sup>2</sup> Lab – Epi UFES, 2016; <sup>3</sup> Nery, 2016; <sup>4</sup> Durovni, 2017; <sup>5</sup> Boletim Epidemiológico SMS/SP, 2016.



# Vencendo a Tuberculose

## O que não pode deixar de ser feito: cuidados e aconselhamento à pessoa com tuberculose

### Cuidados à pessoa com tuberculose

- **Sintomas:** avalie sintomas da doença em todas as consultas (tosse, febre, emagrecimento, suores noturnos, cansaço e fadiga). Espere melhora gradual durante o tratamento. Se os sintomas piorarem ou não melhorarem, discuta com a equipe de saúde.
- **PVHIV:** investigue sinais e sintomas de TB em todo contato com a equipe de saúde (**página 10**). Investigue ILTB e indique o tratamento, desde que excluída a TB ativa (**páginas 20 e 21**). Se PVHIV com  $CD4 \leq 350 \text{ cel/mm}^3$ , considere tratamento da ILTB com isoniazida independentemente de realização de PT ou IGRA, mesmo que não seja contato (**página 21**).
- **Populações vulneráveis à TB:** atente para pessoas em vulnerabilidade social, população em situação de rua, população privada de liberdade, indígenas e profissionais de saúde. Identifique sinais e sintomas da TB, independentemente do tempo de duração. Oferte acesso rápido ao diagnóstico (**página 10**) e tratamento (**página 12**). Acolha e ofereça suporte assistencial (**página 24**).
- **Adesão:** verifique a adesão ao tratamento da TB, realização do TDO e assiduidade em todas as consultas (**página 13**). Maneje a pessoa que interrompe o tratamento da TB (**página 14**).
- **Efeitos adversos:** pergunte sobre os efeitos do tratamento em todas as consultas (**página 15**).
- **Peso:** verifique no diagnóstico e em todas as consultas. Espere aumento de peso com o tratamento e ajuste a dose do tratamento para TB (**página 12**).
- **Controle de infecção:** oriente e eduque quanto à importância de manter os ambientes arejados e com luz solar (casa, trabalho, meios de transporte). Oriente sobre a etiqueta da tosse/espirro: cobrir boca e nariz com o braço e/ou antebraço, utilizar lenços e descartá-los adequadamente. Lavar sempre as mãos com água e sabão.
- **Resultado do tratamento:** avalie no 6º mês. Se baciloscopia do 5º ou 6º mês forem negativas, registre como cura. Se baciloscopias do 4º ao 6º mês forem positivas, repita a baciloscopia: se positiva, registre e notifique como falência do tratamento (**página 13**). Se a pessoa é incapaz de produzir escarro, solicite Raio-X para avaliação da cura (**página 13**).

Obs.: a cura deve ser estabelecida pelo profissional médico, com apoio da equipe de enfermagem.

### Aconselhamento à pessoa com tuberculose

- Pergunte a respeito de dúvidas sobre tudo o que foi conversado/realizado. Informe e oriente quantas vezes forem necessárias, questionando quanto à compreensão dos termos e alterando a linguagem para facilitar a compreensão.
- Converse a respeito da doença e transmissibilidade, no sentido de diminuir o estigma e preconceito.
- Reforce a importância da adesão ao tratamento para conseguir a cura.
- Estabeleça vínculo com a pessoa, a fim de que ela se sinta confortável para conversar e procurar a equipe de saúde em caso de dúvidas ou outras necessidades.
- Trabalhe de forma articulada com a Rede Socioassistencial do SUAS para a proteção social das pessoas com TB em situação de vulnerabilidade social (**página 24**).

**O manejo da TB é uma responsabilidade de toda a equipe de saúde. Integre os profissionais de todas as especialidades, técnicos, auxiliares, ACS, vigilância e Programas de Controle da TB para o cuidado, discussão de casos, educação e desenvolvimento de ações de enfrentamento da doença.**

**ATENÇÃO: diante de qualquer dúvida, consulte o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose/MS vigente e conte com o apoio da equipe multiprofissional dos serviços da rede de atenção à saúde do SUS.**

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Orientações para a Coleta de Escarro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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**: 2ª versão atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Operacional Conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019. Orientações acerca da atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da Tuberculose (TB). **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, n. 189, p. 7, 30 set. 2019.

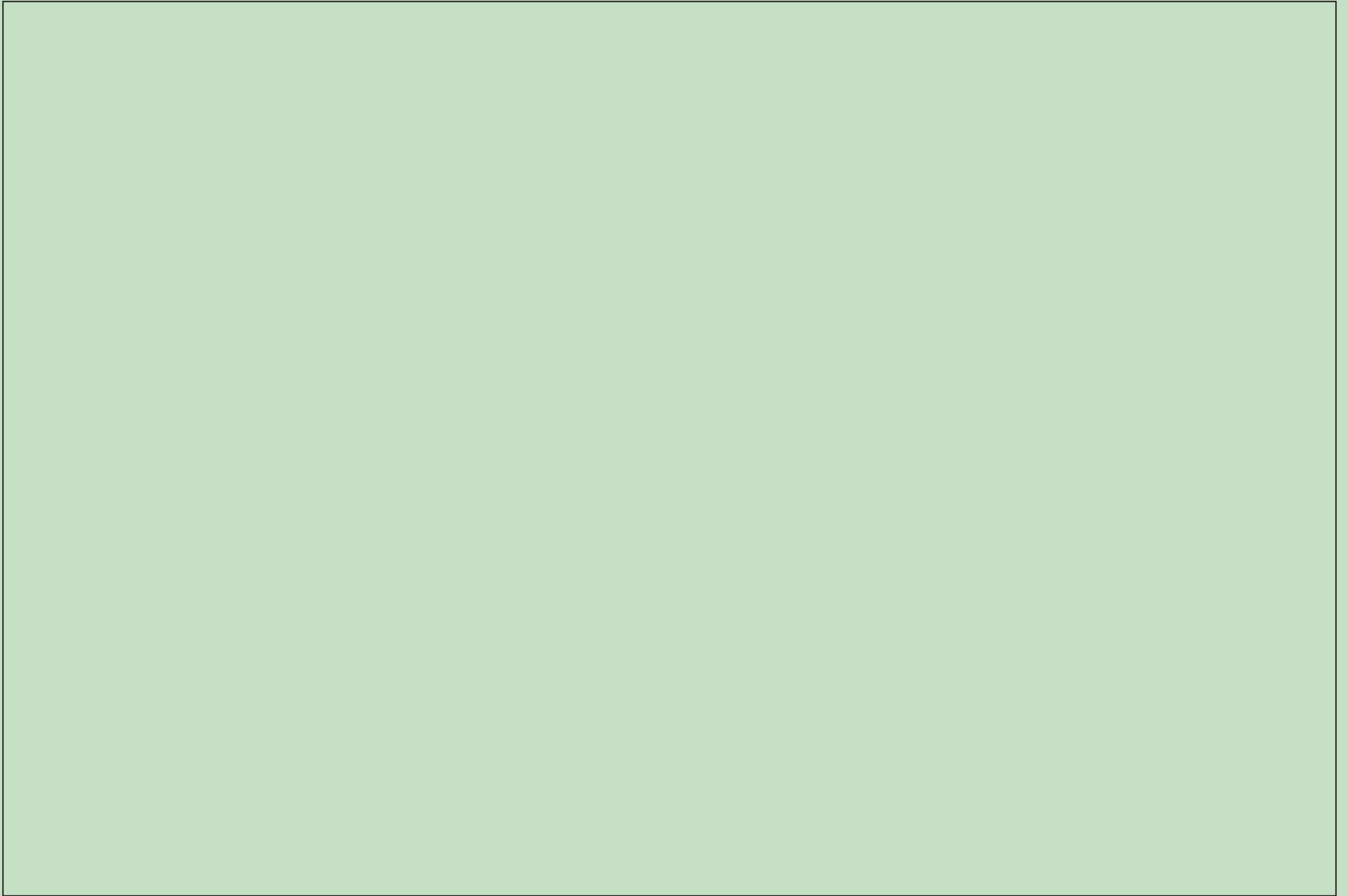
DUROVNI, B.; SARACENI, V.; PUPPIN, M. S. et al. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. **J. Public Health**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. e359-e366, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/40/3/e359/4259783>. Acesso em: 8 set. 2020.

MACIEL, E. L.; REIS-SANTOS, B. Determinants of tuberculosis in Brazil: from conceptual framework to practical application. **Rev. Panam. Salud Pública**, [S. l.], v. 38, n. 1, p. 28-34, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n1/28-34/en>. Acesso em: 8 set. 2020.

NERY, J. S.; RODRIGUES, L. C.; RASELLA, D. et al. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, [S. l.], v. 21, n. 7, p. 790-6, 2017. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/ivatld/ijtld/2017/00000021/00000007/art00014>. Acesso em: 8 set. 2020.

SÃO PAULO (Estado). **Boletim TB**: Cidade de São Paulo. São Paulo, 2016. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia\\_em\\_saude/arquivos/boletimTb\\_2016\\_menor.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia_em_saude/arquivos/boletimTb_2016_menor.pdf). Acesso em: 8 set. 2020.

TORRENS, A. W.; RASELLA, D.; BOCCIA, D. et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, [S. l.], v. 110, n. 3, p. 199-206, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/trstmh/article-abstract/110/3/199/2578980?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 8 set. 2020.



## ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA PUBLICAÇÃO

### Capa:

Formato: 350mm x 250mm (larg x alt) - 4 pg

Cor: 4/4

Papel: Supremo 320 g

Encadernação: Wire-O

Acabamento: BOPP

### Miolo:

Formato: 350mm x 250mm (larg x alt) - 26 pg

Cor: 4/4

Papel: Couchê fosco 150 g/m<sup>2</sup>

Tiragem: 10.000

DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.bvsmms.saude.gov.br](http://www.bvsmms.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

**Governo  
Federal**