



**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE**  
**CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE**

**NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2021 –**  
**TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA<sup>1</sup>**

## **1. INTRODUÇÃO**

A tuberculose (TB), é uma doença infectocontagiosa de transmissão aérea, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é considerada a principal causa de morte por infecções no mundo (WHO, 2020). O Brasil é um dos países com alta carga dessa doença e enfrenta dificuldades para controlar este agravo (BRASIL, 2017a). Tais dificuldades contribuem para a “reemergência da TB como um grave problema de saúde pública”, e se relacionam tanto com os aspectos do tratamento, dos serviços de saúde, bem como às inúmeras situações de vulnerabilidades presentes no contexto de vida de determinados grupos populacionais: população em situação de rua (PSR), pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA), população privada de liberdade (PPL) e pessoas que convivem com extrema pobreza (BRASIL, 2019).

Como resposta a esse cenário epidemiológico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os países signatários de suas recomendações têm formulado estratégias de fortalecimento da adesão ao tratamento da TB que incluam ações intersetoriais, o enfrentamento dos determinantes sociais da doença<sup>2</sup> e um cuidado centrado no paciente articulado em rede (BRASIL, 2019). Nesse contexto, a

---

<sup>1</sup> Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como sinônimos. Dessa forma, associam-se a ambos os termos os princípios e as diretrizes definidos no Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2.

<sup>2</sup> Estudos demonstram a pobreza, desnutrição, baixa escolaridade, moradias precárias, alta densidade populacional, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, viver em áreas de alta incidência de TB, uso abusivo de álcool e outras drogas, migração, além de barreiras culturais e econômicas como determinantes sociais relacionados à ocorrência de TB.

descentralização do tratamento da TB para a Atenção Básica (AB) visa ampliar o acesso da população vulnerável com maior risco de adoecimento (e da população em geral) e fortalecer a principal estratégia de controle da doença, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), seja ele domiciliar, na Unidade de Saúde ou compartilhado com o serviço especializado.

Está no escopo das atribuições da AB as estratégias programáticas de controle da TB, de acordo com o atual *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose* (BRASIL, 2019): **1) a detecção precoce dos casos de TB, a qual inclui a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a busca passiva de casos, para investigação, diagnóstico e tratamento (e ou devido encaminhamento); 2) o fortalecimento da adesão terapêutica, a qual inclui o acolhimento, a implementação do TDO, a construção do Projeto Terapêutico Singular e monitoramento dos casos e busca de faltosos (BRASIL, 2019).**

Podemos citar também, para além da assistência individual, a necessidade de que a AB desenvolva estratégias comunitárias integradas às ações com a Vigilância em Saúde (VS). Tal integração colabora para que os profissionais de saúde reconheçam as particularidades do território, os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, as situações de risco sanitário e o contexto local das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (eSF) e das Equipes de Atenção Primária (eAP). A partir disso, diferentes processos de trabalho podem ser necessários, considerando as diferenças do contexto de vida das populações com maior risco de adoecimento dentro de cada território. Portanto, a sensibilização das equipes da AB, quanto a importância de direcionar suas ações também para o tratamento da TB, contribui para o planejamento de estratégias de promoção e proteção da saúde da população, de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018a).

No Brasil, assim como em vários países, a TB, é considerada condição sensível à Atenção Primária e a organização das ações de atendimento à TB nesse nível de atenção estão incluídas no primeiro pilar do Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose (BRASIL, 2017a): “Prevenção e Cuidado Integrado Centrado no Paciente”. Portanto, descentralizar as ações de tratamento da TB para a AB tem potencial para fortalecimento da adesão e redução de situações de vulnerabilidades<sup>3</sup>, contribuindo para maior controle da doença. Dentre as ações realizadas na AB estão:

---

<sup>3</sup> A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um determinante social relacionado à TB e visto que a AB é a porta de entrada preconizada aos serviços do SUS, o atendimento desta doença neste nível de atenção torna-se uma potencialidade para o controle da doença.

- Identificar novos casos no território, através da busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Realizar diagnóstico oportuno dos usuários, diminuindo a chance de transmissão da tuberculose para seus contatos;
- Iniciar o tratamento imediatamente, evitando que o paciente circule por vários serviços até receber o medicamento;
- Realizar a investigação e controle dos contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente e/ou doença;
- Organizar, implementar e supervisionar o TDO nas Unidades de Saúde, diminuindo a chance de abandono do uso da medicação pelo usuário;
- Participar da construção de estratégias que visem fortalecer, a comunicação entre os três níveis de atenção, de forma a fortalecer a referência e contrarreferência dos casos de TB.

Com as ações de controle da tuberculose sendo realizadas no território pela AB, amplia-se a possibilidade de aumento dos índices de cura, a redução do abandono do tratamento, a redução de vulnerabilidades, a contribuição para o enfrentamento dos determinantes sociais relacionados à doença e, por consequência, o decréscimo da transmissão da tuberculose na população.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose e a Divisão de Atenção Primária à Saúde deram início a construção deste documento a partir de demandas das Coordenadorias Regionais de Saúde, quando identificou-se a necessidade de normatização dos processos de trabalho, com a finalidade de qualificar as orientações e servir de instrumento de apoio à prática profissional das equipes de saúde da AB, considerando a complexidade do controle e manejo da tuberculose, nos territórios sob sua responsabilidade.

## **3. OBJETIVO**

Essa Nota Técnica tem como objetivo reforçar o papel da AB como coordenadora do cuidado, frente às novas recomendações de controle da TB, as quais incluem o enfrentamento das situações de vulnerabilidades relacionadas aos casos da doença e o cuidado articulado em rede. Além de, definir critérios para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose

nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo acometido por esta doença, garantindo a resolução prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

#### 4. DETECÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE

O controle da TB requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema de porta de entrada capaz de assegurar o diagnóstico precoce dos casos e assistência qualificada no processo de acompanhamento (BRASIL, 2017a). O Ministério da Saúde estima que 1% da população seja composta por sintomáticos respiratórios (SR), que são indivíduos que apresentam tosse por três ou mais semanas. O tempo de três semanas de tosse é válido para a população geral, porém em populações específicas pode ser duas semanas ou a qualquer tempo (BRASIL, 2019).

A busca de sintomático respiratório deve ser uma atitude incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose. O rastreamento de casos sintomáticos respiratórios pode ocorrer de duas formas:

**Busca Passiva:** é aquela em que a equipe de saúde investiga os usuários que procuram espontaneamente o serviço de saúde;

**Busca Ativa:** é aquela em que a equipe estabelece ações fora da Unidade de Saúde, na comunidade.

Quadro 1. Orientações para busca de SR em populações específicas.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Sistema prisional     | Implantar a porta de entrada no sistema para novos usuários e estabelecer uma rotina sistemática de busca de SR na unidade prisional, pelo menos uma vez ao ano ou, idealmente, a cada 6 meses (BRASIL, 2019) contemplando profissionais e pessoas privadas de liberdade.  |
| Instituições fechadas | Nas instituições fechadas na área dos serviços de atenção básica, como Instituições de Longa Permanência e albergues, é desejável que a estratégia de busca ativa de SR seja realizada periodicamente. Essa periodicidade deve ser estabelecida de acordo com o tempo de permanência das pessoas na instituição e a sua capacidade de organização operacional local. |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| População indígena           | Deve-se estabelecer uma rotina diária para a realização da busca ativa do SR, considerando o elevado risco de adoecimento dessa população. Essa busca deve ter caráter permanente e priorizada durante a visita domiciliar e em eventos que ocorrem nas aldeias.  |
| População em situação de rua | Realizar busca ativa nos locais de permanência das pessoas em situação de rua em conjunto com equipes de assistência social, serviços itinerantes e consultórios de rua, para identificação dos casos e encaminhamento, com articulação entre unidades de saúde e abrigos, visando o cuidado compartilhado. |

Fonte: Brasil (2019)

O rastreamento, conforme Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na Atenção Básica (APÊNDICE I), deve ser realizado de forma compartilhada com outros pontos da RAS, essas ações proporcionam a diminuição da carga de bacilos da população, conseqüentemente diminuindo a incidência de tuberculose no território.

## 5. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Conforme Portaria Ministerial, a tuberculose é uma doença de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016). **Notifica-se apenas o caso confirmado de tuberculose** (critério laboratorial ou clínico). Mediante a confirmação de um caso de tuberculose, a unidade de saúde (pública ou privada) que identifica o caso é responsável por sua notificação. Outros serviços podem notificar o caso, como por exemplo, os laboratórios.

A notificação é feita por meio do preenchimento da “Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose” (**Anexo I**). O caso de tuberculose deve ser acompanhado até o seu encerramento e é recomendável utilizar o boletim de acompanhamento gerado pelo SINAN (**Anexo III**). Estes dados devem ser inseridos mensalmente no SINAN, pela vigilância municipal.

## 6. DIAGNÓSTICO

A forma clínica pulmonar da TB é a mais importante do ponto de vista epidemiológico, em função da transmissão por via respiratória. Contudo existem apresentações extrapulmonares, as quais têm seus sinais e sintomas dependentes dos

órgãos ou sistemas acometidos (BRASIL, 2019). Quando há suspeita de tuberculose extrapulmonar os pacientes HIV soronegativos devem ser encaminhados para referência secundária de acompanhamento de tuberculose, já os pacientes HIV soropositivos devem ser encaminhados para o Serviço de Atenção Especializada (SAE).

Em relação a TB pulmonar, os métodos para o diagnóstico laboratorial da tuberculose são a baciloscopia, a cultura para micobactérias e o Teste Rápido Molecular/ Gene Xpert (TRM).

A realização da cultura permite o isolamento e a identificação do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB) e das micobactérias não tuberculosas (MNT), para posterior realização do Teste de Sensibilidade às drogas Antimicrobianas (TSA).

**Atentar para outros sinais e sintomas além da tosse**, dentre os quais: febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, astenia (cansaço e mal estar), emagrecimento, dor torácica, hemoptise e/ou escarro hemático.

**Todo usuário com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV.** O diagnóstico precoce de infecção pelo HIV em pessoas com tuberculose tem importante impacto no curso clínico das duas doenças e na condição de saúde do indivíduo (Brasil, 2019).

## 6.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

### 6.1.1 Baciloscopia

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento da TB. Por ser um método simples e seguro, deve ser realizado por todo laboratório público de saúde e pelos laboratórios privados tecnicamente habilitados. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR, pelo método de Ziehl-Nielsen, é a técnica mais utilizada em nosso meio (Brasil, 2019).

A baciloscopia de escarro é indicada nas seguintes condições:

- No sintomático respiratório, durante estratégia de busca ativa e passiva;
- Em caso de suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse;
- Para acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.

A baciloscopia de escarro para diagnóstico deve ser realizada em duas amostras: uma por ocasião do primeiro contato com a pessoa que tosse e a outra preferencialmente no dia seguinte, com a coleta do material sendo feita ao despertar. Para garantir a qualidade da baciloscopia, a coleta das amostras deve seguir as orientações para *Coleta de Escarro do Ministério da Saúde* disponível no [Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil](#) (2019), pág. 62.

Municípios e/ou serviços de saúde que fazem a busca ativa de SR devem planejar e monitorar essa atividade levando em conta a população local. Conforme já mencionado, o número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar é de 1% da população geral (Brasil, 2019).

### **6.1.2 Cultura para micobactérias, identificação e teste de sensibilidade:**

A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Tanto nas situações de retratamento, seja reingresso pós abandono ou recidiva, assim como nos casos de coinfeção com HIV, profissionais de saúde e situações de vulnerabilidade social (PSR, PPL, albergues, comunidades terapêuticas de dependentes químicos ou instituições de longa permanência, população indígena, e imigrantes) a cultura com identificação e teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA), deve sempre ser solicitada.

Considerando a elevada frequência de formas multirresistentes na população carcerária, a cultura e o TS devem ser sempre realizados em todos os sintomáticos respiratórios identificados, além da baciloscopia ou TRM-TB (BRASIL, 2019).

Cabe ressaltar que, nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença.

A cultura deve ser realizada independente do resultado da baciloscopia para todos os casos com suspeita de TB. O TSA deverá ser realizado a partir das culturas positivas para CMTB em sistemas automatizados que reduzem o tempo para o resultado do perfil de sensibilidade/resistência às principais drogas utilizadas no tratamento (BRASIL, 2019).

Considerando que em muitos locais não há laboratórios que realizem cultura, sugerimos que seja questionado ao gestor municipal a disponibilidade local ou regional, bem como estimulada a contratualização/pactuação para a realização desses exames.

### **6.1.3 Radiografia de tórax:**

Entre os métodos de imagem, a radiografia de tórax é o de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. Juntamente com as radiografias de tórax, sempre devem ser realizados exames laboratoriais (baciloscopias, cultura e/ou teste rápido molecular) na tentativa de buscar o diagnóstico bacteriológico e acompanhar a evolução baciloscópica. O exame radiológico em pacientes com diagnóstico bacteriológico tem como principais objetivos excluir outra doença pulmonar associada, avaliar a extensão do acometimento e sua evolução radiológica durante o tratamento. Geralmente são realizadas duas radiografias: uma no diagnóstico, a segunda no final do tratamento (BRASIL, 2019).

### **6.1.4 Teste Rápido Molecular (TRM)**

O TRM-TB está indicado, prioritariamente, para o diagnóstico de novos casos e a avaliação de resistência à rifampicina de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes. Esse método não deve ser utilizado para diagnóstico em pessoas que já foram tratadas anteriormente para tuberculose, mas pode ser utilizado para avaliação de resistência a Rifampicina nestes casos. Nos locais em que a máquina está disponível, também têm seu uso prioritário no diagnóstico. Contudo, é uma ferramenta de alto custo e que necessita de laboratórios especializados para sua realização. Desta forma, no RS, hoje estão disponíveis máquinas em 10 municípios de alta carga de doença tuberculosa, são eles: Alvorada, Canoas, Charqueadas, Gravataí, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria, São Leopoldo e Viamão.

### **6.1.5 Prova Tuberculínica (PT)**

A prova tuberculínica (PT) é utilizada para diagnóstico de Infecção Latente de Tuberculose (ILT), e pode também auxiliar o diagnóstico de tuberculose ativa em crianças (WHO, 2015).

A prova tuberculínica é um teste diagnóstico de ILT que se baseia em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação do PPD (do inglês, Purified Protein Derivative) por via intradérmica, em que a leitura é realizada **48 a 72 horas** após a aplicação, podendo ser estendido até **96 horas** (BRASIL, 2014).

Não há evidências para utilização de PT como método auxiliar no diagnóstico de TB pulmonar ou extrapulmonar no adulto. Uma PT positiva não confirma o diagnóstico de TB ativa, assim como uma PT negativa não o exclui (BRASIL, 2019 – p.84).

Assim, a PT é indicada para:

- Identificar casos ILTB em adultos e crianças;
- Auxiliar no diagnóstico de TB ativa em crianças.

A prova tuberculínica reativa, isoladamente, não é suficiente para o diagnóstico da tuberculose doença. Além disso, é um método complementar de diagnóstico, não excluindo os métodos tradicionais: avaliação clínica, radiológica e baciloscópica. Mesmo na ausência deste insumo, não se deve deixar de avaliar o paciente pelos métodos tradicionais.

## 7. ORGANIZAÇÃO NO NÍVEL MUNICIPAL

No que se refere ao âmbito municipal as ações preconizadas são apresentadas no fluxograma a seguir.



Figura 1. Ações de controle da tuberculose a serem realizadas no âmbito municipal

Fonte: autoria própria da SES/RS (2020).

Ressaltamos também, que compete à instância municipal, entre outras ações, assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas

normas, identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais (BRASIL, 2019).

Nos municípios em que ainda não há um Programa Municipal de Controle da Tuberculose implementado, com o auxílio das Coordenadorias, deve-se identificar e pactuar fluxos para o serviço que será referência em atenção secundária, podendo ser um Serviço de Atenção Especializada (SAE) ou um especialista (por exemplo, infectologista ou pneumologista) no próprio município ou em um município próximo.

## 8. TRATAMENTO

A tuberculose é uma doença curável, em praticamente todos os casos, em pessoas com bacilos sensíveis aos medicamentos antituberculose (anti TB), quando o tratamento medicamentoso é disponibilizado universalmente e o esquema terapêutico indicado é mantido sem interrupção até a sua conclusão. O profissional de saúde deve orientar o paciente de forma clara, atentando-se para identificar possíveis dificuldades à adesão ao tratamento, considerando as especificidades e necessidades de cada indivíduo.

No Brasil, o esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes (quadro 2) é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. A apresentação farmacológica dos medicamentos, atualmente em uso, para o esquema básico é de comprimidos em doses fixas combinadas com a apresentação tipo 4 em 1 (RHZE) ou 2 em 1 (RH).

O esquema básico em crianças <10 anos de idade (quadro 3) é composto por três fármacos na fase intensiva (RHZ), e dois na fase de manutenção (RH), com apresentações farmacológicas individualizadas (comprimidos e/ou suspensão). Em fevereiro de 2020, conforme Ofício Circular Nº 3/2020/CGDR/DCCI/SVS/MS, foram disponibilizados comprimidos dispersíveis para o tratamento da tuberculose em crianças menores de 10 anos no Brasil.

Em todos os esquemas de tratamento, os medicamentos deverão ser ingeridos diariamente e de uma única vez. O tratamento em regime ambulatorial, prioritariamente, deve ser realizado por meio da estratégia de TDO.

Quadro 2. Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes ( $\geq 10$  anos de idade).

| Esquema  | Faixas de peso | Unidade/Dose  | Duração                      |
|--|----------------|---|------------------------------|
| RHZE<br>150/75/400/275 mg<br>(comprimidos em doses fixas combinadas)   | 20 a 35 Kg     | 2 comprimidos   | 2 meses (fase intensiva)     |
|  | 36 a 50 Kg     | 3 comprimidos   |                              |
|  | 51 a 70 Kg     | 4 comprimidos   |                              |
|  | Acima de 70 Kg | 5 comprimidos   |                              |
| RH 300/150* mg ou 150/75 mg<br>(comprimidos em doses fixas combinadas) | 20 a 35 Kg     | 1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg                       | 4 meses (fase de manutenção) |
|  | 36 a 50 Kg     | 1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg |                              |
|  | 51 a 70 Kg     | 2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg                       |                              |
|  | Acima de 70 Kg | 2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg |                              |

\*A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

Fonte: Brasil (2019).

Quadro 3. Esquema Básico para o tratamento da TB em crianças ( $< 10$  anos de idade).

| Fases do tratamento | Fármacos     | Peso do paciente |                     |                     |                     |                     |                     |              |
|---------------------|--------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|
|                     |              | Até 20Kg         | $\geq 21$ Kg a 25Kg | $\geq 26$ Kg a 30Kg | $\geq 31$ Kg a 35Kg | $\geq 36$ Kg a 39Kg | $\geq 40$ Kg a 44Kg | $\geq 45$ Kg |
|                     |              | mg/Kg/Dia        | mg/Dia              | mg/Dia              | mg/Dia              | mg/Dia              | mg/Dia              | mg/Dia       |
| <b>2RHZ</b>         | Rifampicina  | 15 (10-20)       | 300                 | 450                 | 500                 | 600                 | 600                 | 600          |
|                     | Isoniazida   | 10 (7-15)        | 200                 | 300                 | 300                 | 300                 | 300                 | 300          |
|                     | Pirazinamida | 35 (30-40)       | 750                 | 1.000               | 1.000               | 1.500               | 1.500               | 2.000        |
| <b>4RH</b>          | Rifampicina  | 15 (10-20)       | 300                 | 450                 | 500                 | 600                 | 600                 | 600          |
|                     | Isoniazida   | 10 (7-15)        | 200                 | 300                 | 300                 | 300                 | 300                 | 300          |

Fonte: Brasil (2019).

**O seguimento de pacientes com tuberculose pulmonar na APS deve ser realizado com consultas médicas mensais**, nas quais será reavaliada a adesão ao tratamento, o número de doses tomadas, a evolução clínica, a necessidade de ajuste da dose da medicação de acordo com o peso e o resultado de baciloscopias de controle ao longo do tratamento e outros exames complementares que forem necessários. O quadro 4 resume este seguimento.

Quadro 4: Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos:

| Procedimentos  | 1ºmês | 2ºmês | 3ºmês | 4ºmês | 5ºmes | 6ºmês | OBS   |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| Consulta Médica  | x     | x     | x     | x     | x     | x     | Maior frequência a critério clínico                                   |
| Consulta de Enfermagem   | x     | x     | x     | x     | x     | x     | Maior frequência a critério clínico                                   |
| Realizar TR para o HIV (se possível realizar os demais testes rápidos, sífilis e hepatites virais) | x     |       |       |       |       |       | Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento |
| Avaliação da Adesão  | x     | x     | x     | x     | x     | x     |   |
| Baciloscopia de Controle   | x     | x     | x     | x     | x     | x     | Recomendação para casos pulmonares                                    |
| Radiografia de Tórax   | x     |       |       |       |       | x     |   |
| Glicemia, função hepática e renal  | x     |       |       |       |       |       | No início e repetir a critério clínico                                |

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

## 8.1 REAÇÕES ADVERSAS

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: reações adversas “menores” (Quadro 5), em que normalmente não é necessária a suspensão

dos medicamentos, e reações adversas “maiores”, que normalmente causam a suspensão do tratamento, e nestes casos o paciente deverá ser encaminhado para a referência secundária para TB.

Quadro 5: Reações adversas menores aos fármacos do Esquema Básico\*

| Efeitos adversos   | Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)        | 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 antiinflamatórios não hormonais.   |
| Neuropatia periférica  | Etambutol (incomum)<br>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.   |

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

\*Observações:

- Não há necessidade de alteração da composição do esquema nas reações adversas menores;

- As reações adversas menores devem ser manejadas na própria Atenção Primária;
- Como parte importante da farmacovigilância, recomendamos que as reações adversas aos medicamentos antiTB sejam notificadas à Anvisa, pelo sistema VigiMed, para o monitoramento da sua frequência.

## **9. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO**

O TDO é a principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com TB, pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde (BRASIL, 2019). Tal ação inclui a construção do vínculo e a observação da ingestão dos medicamentos, que deve ser realizada, idealmente, todos os dias da semana por profissional de saúde ou outros profissionais capacitados, desde que supervisionados por profissionais de saúde. Será considerado TDO se a observação da tomada ocorrer no mínimo três vezes por semana durante todo o tratamento (24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção em casos de tratamento padronizado por 6 meses). A observação das tomadas de medicação realizadas de segunda-feira a sexta-feira, ou pelo menos três vezes na semana, devem ser registradas no cartão de TDO.

A realização do TDO pode ser feita por profissionais de outros serviços como Centro POP, abrigos institucionais, Centros de Atenção Psicossocial – Caps e outros parceiros, desde que supervisionados (e ou capacitados) por um profissional de saúde (BRASIL, 2011). Na AB, a realização do TDO faz parte das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e deve-se considerar este profissional como importante ator para a construção do vínculo com o usuário e operacionalização da estratégia.

Importante destacar que a implementação do TDO pode se beneficiar da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma ação de fortalecimento da adesão ao tratamento. O PTS contempla a organização do cuidado por equipe multidisciplinar e pressupõe a inclusão do suporte familiar e as redes de apoio do indivíduo em tratamento. É um dispositivo de cuidado que deve ser acionado nas situações mais complexas de adoecimento, que no caso da TB são bastante recorrentes. Tais situações, em parte, configuram-se pela presença de determinantes sociais relacionados a não adesão ao tratamento: cenários de instabilidade financeira, de extrema pobreza, iniquidades de acesso a bens e serviços, bem como fatores

culturais, étnico-raciais e comportamentais frente ao tratamento de uma doença (BRASIL, 2019).

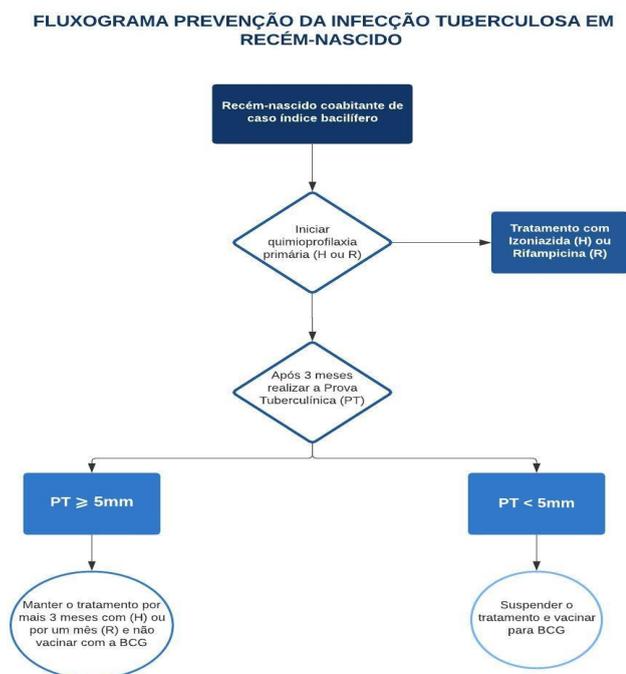
## 10. CONTROLE DE CONTATOS

Consiste em uma atividade programática destinada a identificar precocemente os casos de TB e, também, para identificação de indivíduos recém-infectados pelo *M. tuberculosis* no âmbito dos programas de controle da tuberculose. Para o diagnóstico precoce da TB além da busca de SR, é necessário que a AB realize investigação dos contatos de caso de TB. Denomina-se “contato de caso de TB” – 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 (BRASIL, 2019).

**A investigação de contatos, conforme Fluxograma de Investigação de Contatos (ANEXOS IV e V)**, envolve a avaliação clínica com o objetivo de identificar a possibilidade de doença ativa ou da infecção latente da tuberculose (ILTB).

Recém-nascidos (RN) expostos a casos TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo *M. tuberculosis* (MTB) e desenvolver formas graves da doença. Nessas situações recomenda-se postergar a vacinação pela BCG e, após descartado tuberculose ativa, iniciar a quimioprofilaxia primária, conforme fluxograma abaixo:

Figura 2. Fluxograma para prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascido



Fonte: (BRASIL, 2019)

OBS: É importante salientar que antes de se iniciar o tratamento da ILTB, deve-se sempre investigar sinais e sintomas clínicos sugestivos de TB ativa.

Caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado com BCG, recomenda-se o uso de H por seis meses e não está indicada a realização da PT. Avaliar individualmente a necessidade de revacinar para BCG após esse período, já que a H é bactericida e pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG efetuada (BRASIL, 2019).

## 11. ILTB

A ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sem manifestação da doença ativa. Em geral, as pessoas infectadas permanecem saudáveis por muitos anos, sem transmitir o bacilo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2017a)

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da TB, tem 30% de chance de infectar-se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais (BRASIL, 2018b).

Atualmente há duas opções terapêuticas no Brasil para tratamento de ILTB: isoniazida ou rifampicina. O esquema de tratamento preferencial é com isoniazida. Neste esquema é adotada a dose de 5 a 10 mg/kg de peso para adultos ( $\geq 10$  anos) e 10mg/kg de peso para crianças ( $< 10$  anos), até a dose máxima de 300mg/dia. Recomenda-se a utilização de 180 doses, que poderão ser tomadas de seis a nove meses, ou 270 doses, que poderão ser tomadas de nove a doze meses. No esquema com rifampicina a dose é 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 600 mg por dia, recomenda-se a utilização de 120 doses, que poderão ser tomadas de quatro a seis meses. O esquema com rifampicina, quando disponível, é a primeira escolha, no Brasil, em indivíduos com mais de 50 anos, em pessoas com hepatopatias, em contatos de pacientes com monorresistência ou intolerância à isoniazida, e crianças menores de 10 anos. A Rifampicina está contraindicada nas PVHA em uso de inibidores de protease e dolutegravir (BRASIL, 2020).

O tratamento de ILTB, quando indicado, deve ser realizado na AB, exceto nos casos com indicação de uso de rifampicina para tratamento de ILTB e em municípios em que a AB não possa solicitar o fármaco para o paciente ter acesso direto na unidade

de saúde. Esses casos com indicação de uso de Rifampicina para o tratamento de ILTB e indisponibilidade da medicação na APS, devem ser encaminhados para referência secundária.

Todo caso com indicação de tratamento de ILTB deve ser notificado e inserido no sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (ANEXO II). Para mais informações acesse o [Protocolo de Vigilância da infecção latente pelo \*Mycobacterium tuberculosis\* no Brasil](#).

Não se recomenda repetir o tratamento da ILTB em pessoas que já se trataram para TB ou que já fizeram o curso completo de tratamento da ILTB, exceto em situações especiais sob indicação médica (ex: PVHA em contato com caso fonte bacilífero) (BRASIL 2019; BRASIL, 2020).

## 12. O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM TB NA ATENÇÃO BÁSICA

O acompanhamento dos casos de TB faz parte das ações da AB com potencial de interferir positivamente na adesão ao tratamento. Esta ação, juntamente com a detecção dos casos da doença, diagnóstico e tratamento pelo TDO se configuram como parte do cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias.

Esse cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias na AB envolve outros profissionais, além do médico e do enfermeiro (BRASIL, 2017b). Neste sentido é importante salientar que os ACS e os Agentes de Combate à Endemias (ACE) são membros da equipe que possuem vínculo estratégico com as famílias e território (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2017b).

Embora o cuidado integral às pessoas com TB esteja, na maioria dos municípios, centralizado na unidade de referência (PMCT), cabe ressaltar que, **a AB deve ser capaz de realizar: diagnóstico de tuberculose, tratamento com esquema básico de casos de tuberculose pulmonar e laringea bacilíferos**, implementação e realização do TDO, acompanhamento e monitoramento dos casos em tratamento e avaliação de contatos, conforme normas técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

Assim sendo, recomendamos que o processo de descentralização seja estimulado de forma segura. Inicialmente com a busca ativa de SR, realização de TDO e a avaliação de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar, sempre

compartilhando estas ações com o PMCT. Contatos que forem classificados com ILTB, no âmbito da AB, também podem iniciar o tratamento neste local, lembrando sempre de descartar tuberculose ativa.

Sugere-se como material complementar: [Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil](#) (2019).

### 13. TUBERCULOSE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

#### Quadro 6: atribuições da Atenção Básica no cuidado à tuberculose

| Situações  |
|--|
| Realizar Vacina BCG – monitorar cobertura vacinal;   |
| Investigar os Sintomáticos Respiratórios (conforme Manual TB, 2019 – pag.193);   |
| Realizar o diagnóstico da tuberculose;   |
| Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário;  |
| Solicitar exames complementares ( RX, Exames laboratoriais);   |
| Indicar e prescrever o esquema básico (conforme Manual de TB – pág.95 ), nos casos com baciloscopia positiva: Caso Novo, Recidiva pós Cura, Reingresso pós Abandono. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias e/ou TRM-TB negativos, indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias; |
| Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios; Livro de Acompanhamento de Casos;   |
| Acompanhar o caso de TB pulmonar do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;  |
| Realizar controle dos faltosos, utilizando contato telefônico e Visita Domiciliar (VD) além de auxiliar a referência secundária ou terciária na busca de faltosos sempre que necessário;   |
| Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis, ( <b>teste rápido para HIV com resultado não reagente, permanece acompanhando na AB</b> );  |
| Investigar os contatos e tratar ILTB quando indicado ( Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);   |
| Tratar quimioprofilaxia primária do Recém- Nascido (conforme Manual TB, 2019 – pág.163/164);   |
| Realizar Tratamento Diretamente Observado (TDO);   |
| Realizar o TDO compartilhado juntamente com a referência (secundária ou terciária) que acompanha o caso;   |
| Manter acompanhamento dos casos de TB do seu município que estão tratando em outras instâncias (referência secundária e terciária);  |
| Tratar efeitos adversos menores (conforme Manual TB, 2019 – pag. 128);   |
| Oferecer apoio aos usuários em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando garantia de direitos para melhor qualidade de vida dos usuários e remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.   |

Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.

### Quadro 7: atribuições da Atenção Secundária no cuidado à tuberculose

| Situações   |
|---|
| Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário;   |
| Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Acompanhamento de Casos; |
| Solicitar exames complementares ( RX, Exames laboratoriais);  |
| Acompanhar o caso de TB, de competência da referência, do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;                             |
| Realizar controle dos faltosos, utilizando estratégias para contato;  |
| Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis;  |
| Investigar os contatos, diretamente ou em parceria com AB ( Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);   |
| Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado (TDO) juntamente com a referência da AB correspondente do usuário;  |
| Elucidar diagnóstico – para pessoas com suspeita de TB pulmonar com baciloscopia negativa e/ou com apresentação radiológica atípica;                                  |
| Tratamento de paciente com coinfeção TB/HIV*;   |
| Avaliação e acompanhamento de pacientes com TB com evolução clínica desfavorável;   |
| Tratamento de casos de TB com esquema alternativo;;   |
| Efeitos adversos maiores (conforme Manual TB, 2019 – pag. 129);   |
| Avaliação e acompanhamento de casos de TB extra pulmonar;   |
| Realizar matriciamento da AB em relação aos casos complexos de tuberculose e demais dúvidas.  |
| Tratamento de TB em menores de 10 anos;   |
| Tratamento de ILTB com rifampicina (quando indicado);   |
| Avaliação em casos suspeitos de falência do terapêutica.  |

\* Em caso do profissional médico estar devidamente capacitado e apto, o atendimento destes agravos pode ser realizado na APS.  
Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.

### Quadro 8: atribuições da Atenção Terciária no cuidado à tuberculose

| Situações   |
|---|
| Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário  |
| Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Acompanhamento de Casos; |
| Acompanhar o caso de TB, de competência da referência, do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;                             |
| Realizar controle dos faltosos, utilizando estratégias para contato;  |
| Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis;  |
| Investigar os contatos diretamente ou em parceria com AB (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);   |
| Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado (TDO) juntamente com a referência da AB correspondente do usuário;  |
| Realizar o acompanhamento bem como a contrarreferência juntamente com a referência da AB correspondente do usuário;   |
| Tratar casos de falência Terapêutica por resistência e resistência comprovada   |

|   |
|---|
| Diagnosticar e tratar Micobactérias não Tuberculosas (MNT);   |
| Manter o acompanhamento clínico e encaminhar os casos de monorresistência, polirresistência, TB MDR e TB XDR, para a realização do TDO compartilhado na unidade básica, enviando o cartão do TDO (a ser registrado pela unidade básica) e orientações que se fizerem necessárias (regime prescrito, efeitos adversos relacionados ao esquema especial, solicitação de baciloscopia etc.); |
| Realizar matriciamento da AB em relação aos casos complexos de tuberculose e demais dúvidas.  |

Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.



AUTORAS:

Carla Jarczewski - Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose/RS/HSP/SES

Janilce Dorneles de Quadros – Divisão da Atenção Primária à Saúde

Rosa Albuquerque Castro - PECT/RS/CEVS/SES

Silvana Boeira Zanella – PECT/RS/CEVS/SES

Andréia Spíndola de Campos - PECT/RS/CEVS/SES

Colaboradores:

Ana Lúcia Pecis Baggio - Coordenação Estadual de IST/Aids/DAS/SES

Carla Daiane da Silva Rodrigues - Divisão da Atenção Primária à Saúde

Equipe Divisão de Políticas de Promoção da Equidade

Equipe Técnica TelessaúdeRS-UFRGS

Fernanda Torres de Carvalho - Divisão Doenças Crônicas Não Transmissíveis/DAS/SES

Laura Ferraz - Coordenação Divisão da Atenção Primária à Saúde

Mara Pessini - HSP/SES

Consultor PECT/RS: Dr Maurício Vieira Rodrigues

Priscila Tadei Nakata Zago - HSP/SES

Rachel Cohen - IST/Aids/DAS/SES

Raissa Ballejo Canto - Divisão da Atenção Primária à Saúde

Roger dos Santos Rosa- Faculdade de Medicina/UFRGS

Sandra Rejane Soares Ferreira - Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do GHC

Simone Minghelli – Laboratório de Micobactérias /LACEN-RS/SES

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica : protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Tuberculose na atenção primária à saúde / organização de Sandra Rejane Soares Ferreira [et al]. 4. ed. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria e Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a.

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/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde : tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Guia de Orientação para Coleta de Escarro / Ministério da Saúde, Brasília-2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica Brasília:Ministério da Saúde, 2014

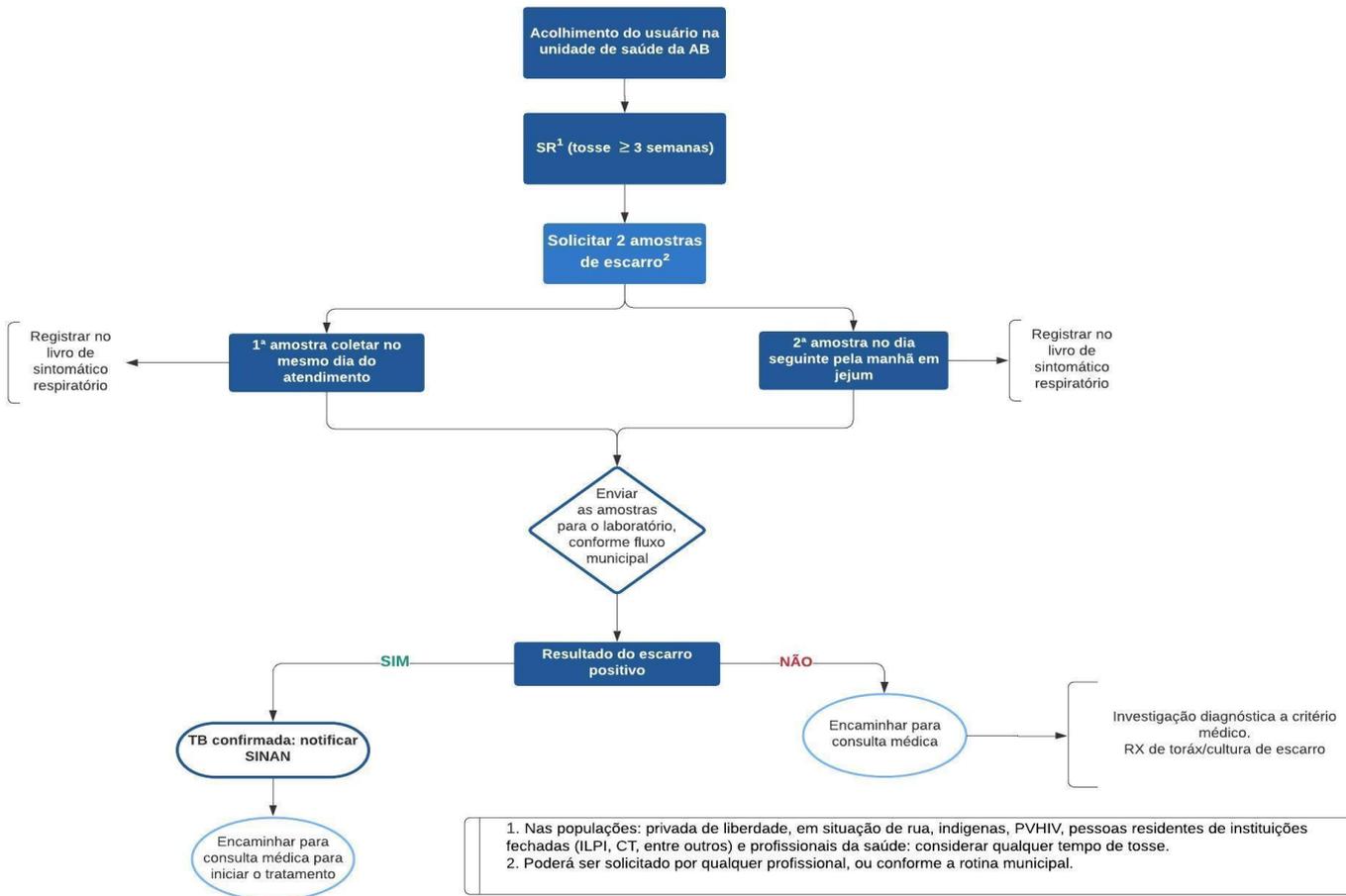


World Health Organization. Global Tuberculosis Report, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2020 Jun 19]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>

World Health Organization. The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. [Internet]. Geneva: WHO; 2006. [cited 2020 Jun 19]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69241/WHO\\_HTM\\_STB\\_2006.368\\_eng.pdf;jsessionid=D5DFB739A9BEA26015DF7BEA8BC0399A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69241/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf;jsessionid=D5DFB739A9BEA26015DF7BEA8BC0399A?sequence=1)

World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2020 Jun 19]. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_12-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_12-en.pdf?ua=1)

## APÊNDICE I – Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na Atenção Básica



Fonte: SES/PECT (2020).



## ANEXO I – Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose

| República Federativa do Brasil<br>Ministério da Saúde   |                            | SINAN<br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO<br>FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE |                        | Nº                             |   |                                    |
|---|----------------------------|---|------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|
| <p><b>CRITÉRIO LABORATORIAL</b> - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.<br/> <b>CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO</b> - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).</p> |                            |   |                        |                                |   |                                    |
| Dados Gerais  | 1                          | Tipo de Notificação   |                        | 2 - Individual                 |   |                                    |
|   | 2                          | Agravo/doença   | TUBERCULOSE            | Código (CID10) A16.9           |   |                                    |
|   | 3                          | Data da Notificação   |                        |                                |   |                                    |
|   | 4                          | UF  | 5                      | Município de Notificação       | Código (IBGE)   |                                    |
| Notificação Individual  | 6                          | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  |                        | Código                         |   |                                    |
|   | 7                          | Data do Diagnóstico   |                        |                                |   |                                    |
|   | 8                          | Nome do Paciente  |                        | 9                              | Data de Nascimento  |                                    |
|   | 10                         | (ou) Idade  | 11                     | Sexo                           | 12  | Gestante                           |
| Dados de Residência   | 13                         | Raça/Cor  |                        |                                |   |                                    |
|   | 14                         | Escolaridade  |                        |                                |   |                                    |
|   | 15                         | Número do Cartão SUS  |                        | 16                             | Nome da mãe   |                                    |
|   | 17                         | UF  | 18                     | Município de Residência        | Código (IBGE)   |                                    |
|   | 19                         | Distrito  |                        |                                |   |                                    |
|   | 20                         | Bairro  | 21                     | Logradouro (rua, avenida,...)  | Código  |                                    |
|   | 22                         | Número  | 23                     | Complemento (apto., casa, ...) | 24  | Geo campo 1                        |
|   | 25                         | Geo campo 2   |                        | 26                             | Ponto de Referência   | 27                                 |
| 28  | (DDD) Telefone             |   | 29                     | Zona                           | 30  | País (se residente fora do Brasil) |
| <b>Dados Complementares do Caso</b>   |                            |   |                        |                                |   |                                    |
| Dados complementares  | 31                         | Nº do Fronteiriço   |                        | 32                             | Tipo de Entrada   |                                    |
|   | 33                         | Populações Especiais  |                        | 34                             | Beneficiário de programa de transferência de renda do governo |                                    |
|   | 35                         | Forma   |                        | 36                             | Se Extrapulmonar  |                                    |
|   | 37                         | Doenças e Agravos Associados  |                        | 38                             | Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)                         |                                    |
|   | 39                         | Radiografia do Tórax  |                        | 40                             | HIV   |                                    |
|   | 41                         | Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB  |                        | 42                             | Histopatologia  |                                    |
|   | 43                         | Cultura   |                        | 44                             | Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)                            |                                    |
|   | 45                         | Teste de Sensibilidade  |                        | 46                             | Data de Início do Tratamento Atual                            |                                    |
|   | 47                         | Total de Contatos Identificados   |                        |                                |   |                                    |
|   | Município/Unidade de Saúde |   | Cód. da Unid. de Saúde |                                |   |                                    |
|   | Nome                       |   | Função                 |                                | Assinatura  |                                    |
|   | Tuberculose                |   | Sinan NET              |                                | SVS 02/10/2014  |                                    |

## ANEXO II – Ficha de notificação da ILTB

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO  
DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB



| É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE.   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| DADOS DE NOTIFICAÇÃO  |  |  |  |
| 1) Tipo de entrada*: <input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Reentrada após mudança de esquema <input type="checkbox"/> Reingresso após abandono <input type="checkbox"/> Reexposição   |  | 2) Data da notificação*:<br>/ /  |  |
| NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL  |  |  |  |
| 3) Nome de registro*:   |  | 4) Nome social:  |  |
| 5) Data de nascimento*:<br>/ /  | 6) Sexo*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 7) Gestante*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado  | 8) Raça/cor*: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Ignorado |
| 9) Cartão Nacional de Saúde:  |  | 10) Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Outra. País: _____   |  |
| 11) Nome da mãe*:   |  |  |  |
| DADOS DE RESIDÊNCIA   |  |  |  |
| 12) UF*:  | 13) Município de residência*:  | 14) Regional de Saúde:   |  |
| 15) Logradouro*:  |  | 16) N*:  | 17) Bairro*:   |
| 18) Complemento (apto., casa,...):  |  | 19) CEP:<br>- - - - -  | 20) (DDD) Telefone:<br>- - - - -   |
| INVESTIGAÇÃO  |  |  |  |
| 21) Descartado TB ativa*: 22) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:<br>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  |  |  |  |
| 23) BCG*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado   |  | 24) Radiografia do Tórax*: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alteração sugestiva de TB ativa <input type="checkbox"/> Alteração não sugestiva de TB ativa <input type="checkbox"/> Não realizada  |  |
| 25) HIV*: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado  |  | 26) IGRA*: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado   |  |
| 27) Data da coleta do IGRA:<br>/ /  |  | 28) Prova Tuberculínica (PT)*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |  |
| 29) Data da aplicação da última PT:<br>/ /  |  | 30) Resultado da última PT*: _____ mm  |  |
| 31) Contato de TB*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Ignorado   |  | 32) Nome do caso fonte:  |  |
| 33) Número do Sinan:<br>_____   |  |  |  |
| TRATAMENTO  |  |  |  |
| 34) UF*:  |  | 35) Município de tratamento*:  |  |
| 36) Regional de Saúde:  |  | 37) Unidade de saúde de tratamento*:   |  |
| 38) Código CNES:<br>_____   |  | 39) Principal indicação para tratamento da ILTB*:<br><b>Sem PT e sem IGRA realizados</b><br>(1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial<br>(2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial<br>(3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/μl<br>(4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião<br>(5) Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.<br><b>PT ≥ 5mm ou IGRA positivo</b><br>(6) Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG<br>(7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/μl<br>(8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB<br>(9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de Prednisona por mais de um mês)<br>(10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora<br><b>PT ≥ 10mm ou IGRA positivo</b><br>(11) Silicose<br>(12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas<br>(13) Neoplasias em terapia imunossupressora<br>(14) Insuficiência renal em diálise<br>(15) Diabetes mellitus<br>(16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal)<br>(17) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia)<br>(18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia<br><b>Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)</b><br>(19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial<br>(20) Profissionais de saúde<br>(21) Trabalhadores de instituições de longa permanência<br>(22) Outra:<br>_____ |  |
| 40) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB:   |  | 41) Medicamento*: <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Rifampicina   |  |
| 42) Data de início do tratamento*:<br>/ /   |  |  |  |
| PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.<br>* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior  |  |  |  |
| ENCERRAMENTO  |  |  |  |
| 43) Nº de doses tomadas: _____  |  | 44) Data do término do tratamento*:<br>/ /   |  |
| 45) Situação de encerramento*:<br><input type="checkbox"/> Tratamento completo <input type="checkbox"/> Suspenso por reação adversa <input type="checkbox"/> Transferido para outro país <input type="checkbox"/> Óbito<br><input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária <input type="checkbox"/> Tuberculose ativa |  |  |  |
| Observações:  |  |  |  |
| Nome do investigador*:  |  | Função do Investigador:  |  |
| Assinatura do Investigador:   |  |  |  |
| * Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior   |  |  |  |

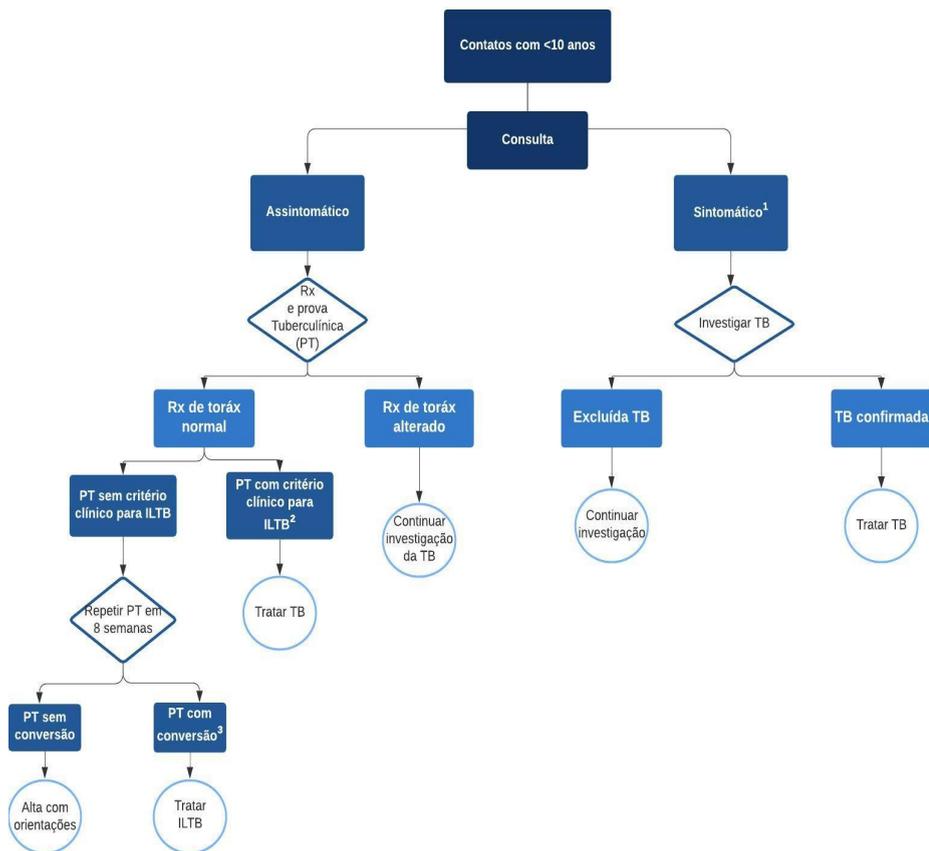


## ANEXO III – Boletim de Acompanhamento - SINAN

### TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

|  |   |                                 |                         |
|--|---|---------------------------------|-------------------------|
| 48 UF  | 49 Município de Notificação Atual   | Código (IBGE)                   | 50 N° Notificação Atual |
| 51 Data da Notificação Atual   | 52 Unidade de Saúde Atual   | Código                          |                         |
| 53 UF  | 54 Município de Residência Atual  | Código (IBGE)                   | 55 CEP                  |
| 56 Distrito de Residência Atual  | 57 Bairro de Residência Atual   |                                 |                         |
| 58 Baciloskopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica   |   |                                 |                         |
| <input type="checkbox"/> 1º mês <input type="checkbox"/> 2º mês <input type="checkbox"/> 3º mês <input type="checkbox"/> 4º mês <input type="checkbox"/> 5º mês <input type="checkbox"/> 6º mês <input type="checkbox"/> Após 6º mês |   |                                 |                         |
| 59 Número do prontuário atual  | 60 Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 61 Total de contatos examinados |                         |
| 62 Situação de Encerramento<br>1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB-DR<br>8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário               |   |                                 |                         |
| 63 Se transferência<br>1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado   |   |                                 |                         |
| 64 UF de transferência   | 65 Município de transferência   | 66 Data de Encerramento         |                         |

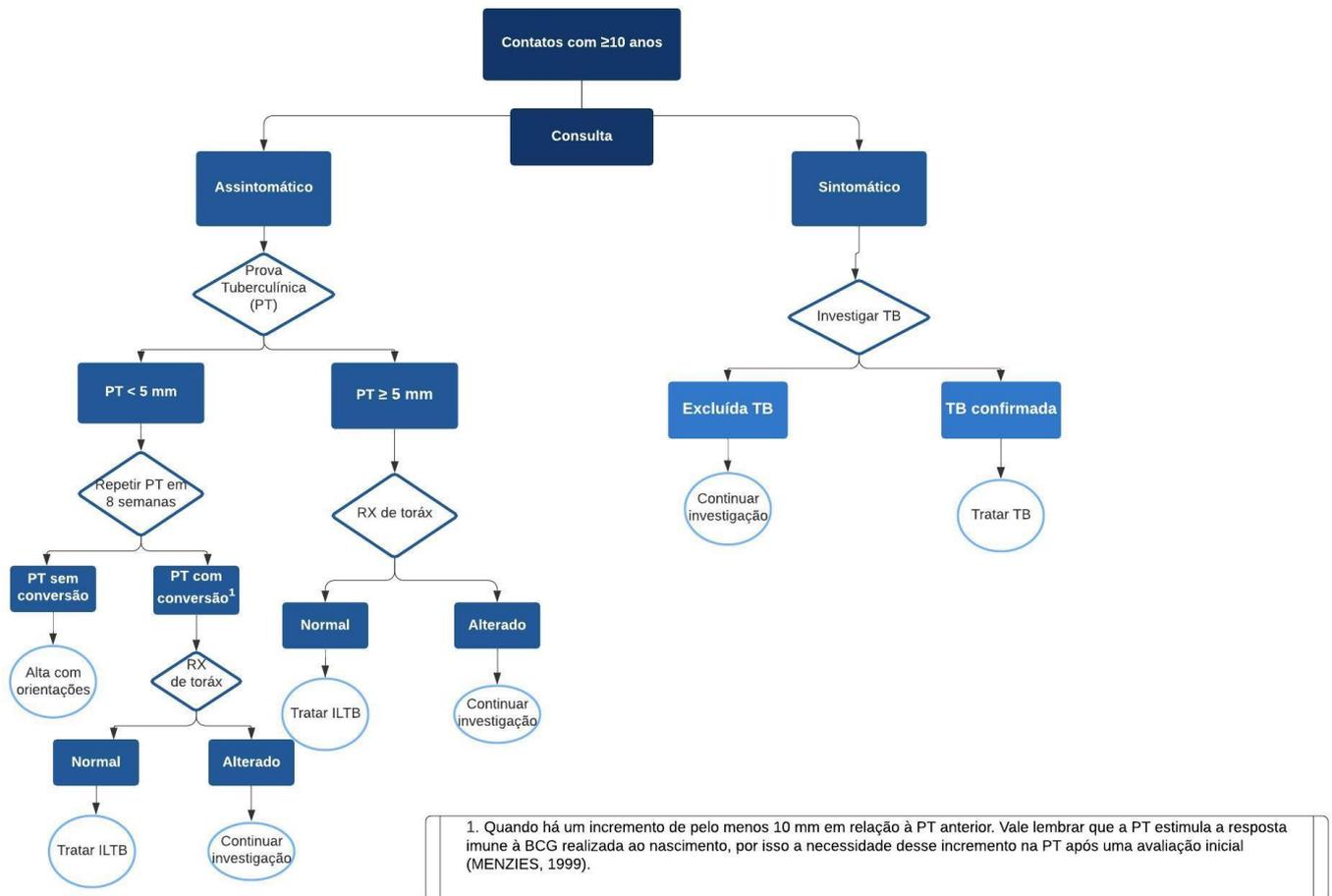
## ANEXO IV - Fluxograma para investigação de crianças contato (< 10 anos de idade)



1. Consultar Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019.
2. PT (Prova tuberculínica)  $\geq 5$  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 (MENZIES, 1999).

Fonte: Adaptado do Manual TB (BRASIL, 2019).

**ANEXO V - Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (≥10 anos de idade)**



Fonte: Adaptado do Manual TB (BRASIL, 2019)