

# Guia

Secretaria Estadual da Saúde

Programa Estadual de Controle da Tuberculose | CEVS/SES

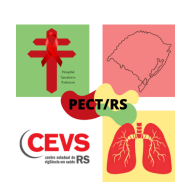
Outubro/2025

## Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das **Micobacterioses Não Tuberculosas** no Estado do Rio Grande do Sul



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE





## **ORGANIZAÇÃO:**

### *Programa Estadual de Controle de Tuberculose (PECT-RS):*

Carla Adriane Jarczewski - Médica Pneumologista, Coordenadora do PECT-RS, Diretora Técnica do Hospital Sanatório Partenon

Elsa Roso - Assistente Social do Hospital Sanatório Partenon, Mestre em Política Social e Serviço Social

Maiara Lenise Lütz - Bióloga do PECT-RS, Especialista em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS-Intermediário), Mestre em Neurociências

Rosa Maria Albuquerque De Castro - Farmacêutica do PECT-RS, Especialista em Saúde Pública (ESP)

Sabrina da Cunha Godoy - Farmacêutica apoiadora do PECT-RS, Farmacêutica Responsável do Hospital Sanatório Partenon, Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde para o SUS

Silvana Boeira Zanella - Enfermeira do PECT-RS; EpiSUS Fundamental, Especialista em Saúde Pública (UFRGS), Especialista em Administração Hospitalar (PUCRS) e Especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem- Atenção Psicossocial (UNASUS)

## **ELABORAÇÃO:**

Cláudia Fontoura Dias - Médica Pneumologista do Ambulatório de Tuberculose e MNT do Hospital Sanatório Partenon.

Maiara Lenise Lütz - Bióloga do PECT-RS, Especialista em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS-Intermediário), Mestre em Neurociências

Priscila Tadei Nakata Zago - Enfermeira no Hospital Sanatório Partenon. Mestre e Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS

Sabrina da Cunha Godoy - Farmacêutica apoiadora do PECT-RS, Farmacêutica Responsável do Hospital Sanatório Partenon, Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde para o SUS

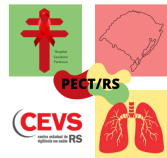
Daniel Brisotto Pavanelo - Biomédico do Laboratório de Micobactérias do LACEN-RS, Especialista em Análises Clínicas e Microbiologia, Mestre e Doutor em Biologia Celular e Molecular

Fernando Frosi - Farmacêutico do Laboratório de Micobactérias do LACEN-RS

Joceli Carollo - Farmacêutico do Laboratório de Micobactérias do LACEN-RS

Simone Minghelli - Farmacêutica do Laboratório de Micobactérias do LACEN-RS



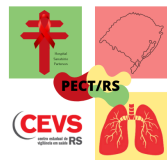


## APRESENTAÇÃO:

*Este documento foi elaborado a partir do Manual de Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Doenças Causadas por Micobactérias Não Tuberculosas no Brasil publicado pelo Ministério da Saúde, contendo o resumo das orientações que podem ser consultadas na íntegra no referido documento disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/recomendacoes-para-o-diagnostico-e-tratamento-das-doencas-causadas-por-micobacterias-nao-tuberculosas-no-brasil.pdf> (Acesso em 20/06/2025).*

*Além das diretrizes clínicas resumidas, contém informações e recomendações voltadas aos diferentes pontos de atenção da rede responsáveis pelos atendimentos de pacientes com doença causada por MNT no Rio Grande do Sul.*





## Sumário

1. Introdução:.....	4
2. Classificação das micobactérias não tuberculosas:.....	6
3. Diagnóstico das MNT:.....	7
3.1. Diagnóstico clínico:.....	7
3.2. Investigação Laboratorial:.....	8
3.3. Diagnóstico por imagem:.....	9
3.4. Diagnóstico Histopatológico:.....	10
4. Tratamento:.....	10
4.1. Critérios para o início do tratamento da doença pulmonar causada por MNT:..	11
4.1.1. Clínicos e radiológicos (ambos requeridos):.....	11
4.1.2. Microbiológicos:.....	11
4.2. Tratamento Medicamentoso:.....	12
4.2.1. Observações sobre os tratamentos medicamentosos:.....	14
5. Fluxo e rede de atendimento no Estado do Rio Grande do Sul:.....	14
6. Notificação dos casos:.....	15
7. Atendimento de receitas provenientes do setor privado:.....	16
8. Consultorias e matriciamento:.....	17
9. Esclarecimento sobre MNT após procedimento cirúrgico e/ou invasivos:.....	18
Referência:.....	19
Anexo I – Algoritmo para Indicação de Tratamento em Imunocompetentes (BRASIL, 2021):.....	21
Anexo II – Ficha de Notificação Inicial de caso de MNT no SITE-TB:.....	22
Anexo III – Instrução para preenchimento da Ficha de Notificação Inicial de caso de MNT no SITE-TB:.....	25
Anexo IV - Boletim de Acompanhamento de caso de MNT no SITE-TB:.....	29
Anexo V - Instrução para o preenchimento do Boletim de Acompanhamento de caso de MNT no SITE-TB:.....	31





## 1. Introdução:

As micobactérias não tuberculosas (MNT) são espécies do gênero *Mycobacterium* que encontram-se dispersas na natureza ocorrendo inclusive em reservatórios de água natural e em sistemas de abastecimento de águas potáveis e que, ao contrário das espécies do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB), apresentam patogenicidade variável. Algumas espécies são encontradas na microbiota epidérmica e dos tratos respiratório e gastrointestinal dos seres humanos. A capacidade das MNT em produzir doença está claramente documentada na literatura e sua incidência vem aumentando progressivamente devido ao envelhecimento da população, ao aumento do número de pessoas com imunossupressão e a melhora nos métodos de diagnóstico e identificação destes microrganismos. As doenças causadas por espécies de MNT são denominadas coletivamente de micobacterioses, independentemente da espécie responsável pela patologia.

No Rio Grande do Sul, de 2020 a 2024 foram notificados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB) 182 casos de micobacterioses, diagnosticados em pacientes residentes em 59 municípios diferentes. A tabela 01 apresenta a distribuição dos casos nos municípios com maior número de casos novos.

**Tabela 01:** Número de casos novos de micobacteriose por municípios de residência (RS, 2020 a 2024):

<b>Município de Residência do Paciente</b>	<b>Casos Novos</b>
Porto Alegre	73
Alvorada	8
Gravataí	8
Viamão	6
Esteio	5
Santa Maria	5
Sapucaia do Sul	5
Canoas	4
Caxias do Sul	3
Guaíba	3
Ijuí	3
Novo Hamburgo	3
Pelotas	3
Santa Cruz do Sul	3
Cachoeirinha	2
Restinga Seca	2
São Leopoldo	2
Vacaria	2
Venâncio Aires	2
Outros	40
<b>Total no RS (acumulado entre 2020 e 2024)</b>	<b>182</b>
<b>Média Anual do RS</b>	<b>36,4</b>

Fonte: Gerenciamento SITE-TB; consulta em 19/05/2025.

Mais orientações relacionadas ao diagnóstico e tratamento das MNT podem ser obtidas no Manual de Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Doenças Causadas por Micobactérias Não Tuberculosas no Brasil (BRASÍLIA, 2021) ou através das consultorias do Hospital Sanatório Partenon, conforme item 8 deste documento.

## 2. Classificação das micobactérias não tuberculosas:

A partir da década de 90, um número crescente de novas espécies do gênero *Mycobacterium* têm sido descritas e com exceção do *M. leprae*, que não cresce *in vitro*, essas espécies são divididas em dois grupos: as espécies pertencentes ao CMTB e as MNT.

O CMTB causa a tuberculose (TB) no homem e em outros animais e é composto pelas seguintes espécies do gênero *Mycobacterium*: *M. tuberculosis*, (principal agente da tuberculose humana), *M. bovis*, *M. bovis-BCG*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti*, *M. pinnipedii* e *M. caprae*

As MNT compreendem cerca de 200 espécies identificadas até o momento e podem ser classificadas com base em testes fenotípicos - como tempo de crescimento, produção ou não de pigmentos, provas bioquímicas e crescimento ou não na presença de inibidores químicos - e também por testes moleculares incluindo o PRA (“PCR Restriction Analysis”) e sondas genéticas “*in house*” ou comerciais.

A classificação quanto ao tempo de crescimento (MNT de crescimento rápido ou MNT de crescimento lento) é mais utilizada clinicamente, pois os dois grupos diferem em padrões clínicos, sítios de infecção e resposta aos antimicrobianos.

A identificação da espécie é realizada pelo Laboratório de Micobactérias do LACEN/RS e o fluxo de envio de amostras pode ser consultado no Guia de Diagnóstico Laboratorial da Tuberculose no RS (disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202408/14092610-guia-de-diagnostico-laboratorial-de-tb-final.pdf>). A tabela 02 apresenta as espécies mais frequentemente identificadas no Rio Grande do Sul nos últimos anos.

**Tabela 02:** Espécies de MNT mais frequentes em casos novos de micobacterioses no RS, de 2020 a 2024.

Espécies de MNT	Nº de Casos Novos
Complexo <i>Mycobacterium avium</i> */CMA ( <i>M. intracellulare</i> , Complexo <i>M. avium</i> )*	75
<i>M. kansasii</i>	19
Complexo <i>M. abscessus</i>	27
<i>M. fortuitum</i>	4
Outras	17
Sem identificação	40
<b>Total</b>	<b>182</b>

\* O *M. intracellulare* faz parte do complexo *M. avium*, mas os testes disponibilizados atualmente não possibilitam a identificação inequívoca de *M. intracellulare*.

Fonte: SITE-TB, consulta em 19/05/2025.

### 3. Diagnóstico das MNT:

A forma de apresentação das doenças causadas por MNT e a presença de fatores de risco definem diferentes abordagens diagnósticas e de tratamento dessas doenças. A utilização dos métodos diagnósticos pode variar, a depender do sítio da infecção.

Mais orientações relacionadas aos métodos e critérios diagnósticos podem ser obtidas no Manual de Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Doenças Causadas por Micobactérias Não Tuberculosas no Brasil (BRASÍLIA, 2021) ou através das consultorias do Hospital Sanatório Partenon (item 8 deste documento).

#### 3.1. Diagnóstico clínico:

A apresentação clínica mais frequente é a doença pulmonar, que pode variar de acordo com fatores do hospedeiro e com a espécie de micobactéria, manifestando-se predominantemente em adultos. Entre os fatores de risco que favorecem o adoecimento estão a presença de lesão estrutural pulmonar e/ou a presença de imunodeficiência. Deve-se realizar exame físico detalhado, com avaliação de peso e altura para caracterizar o estado nutricional. Além disso, solicitar radiografia de tórax e teste diagnóstico para HIV.

Os principais sintomas da forma pulmonar incluem tosse produtiva, dispnéia, hemoptise, febre, perda de peso e fadiga. Tais manifestações podem ser confundidas com os de doenças pulmonares estruturais pré-existentes. As apresentações radiológicas podem variar, no entanto, a mais clássica está associada a lesões fibrocavitárias em regiões apicais. Como a apresentação clínica pode ser semelhante à da TB pulmonar e a baciloscopia não diferencia as espécies de micobactérias, é possível que muitos casos de doença pulmonar por MNT sejam diagnosticados como TB. Ademais, as alterações radiológicas também podem ser semelhantes, motivo pelo qual o diagnóstico de MNT deve ser considerado, especialmente nas situações em que não há resposta adequada ao tratamento da TB. Atualmente, com a disponibilidade do teste rápido molecular para TB (TRM-TB), deve-se considerar a possibilidade de micobacteriose diante de paciente com sintomas, sinais e imagens radiológicas forem compatíveis com TB e com resultado não detectado no TRM-TB associado a uma baciloscopia positiva.

### 3.2. Investigação Laboratorial:

Diferentes testes podem ser usados para investigação laboratorial de uma micobacteriose. A seleção do teste mais adequado para o caso depende de alguns fatores, a saber:

- **Técnicas validadas nos laboratórios:** nem todas as técnicas desenvolvidas em pesquisa podem ser realizadas na rotina para diagnóstico. Para isso, o laboratório precisa ter as condições adequadas para realizar o método e validar o processo em situação controlada.
- **Material clínico disponível:** as metodologias são validadas para análise de determinados materiais clínicos. É muito importante saber qual a melhor metodologia para análise do material disponível.
- **Qualidade do material clínico:** a coleta e o transporte do material são etapas fundamentais para assegurar a qualidade do exame. Caso o material chegue ao laboratório em condições inadequadas para análise, o exame pode ser prejudicado e o laboratório deve mencionar essa limitação por ocasião da liberação do resultado (normativa ABNT 15189).
- **Nenhum teste possui 100% de efetividade:** a opção por um determinado teste depende do fluxo laboratorial, da capacidade técnico-analítica do laboratório e da epidemiologia local.

Os métodos de diagnóstico laboratorial utilizados são:

- Baciloscopia;
- Cultura;
- Testes fenotípicos convencionais e testes rápidos;
- Espectrofotometria de massa;
- Métodos moleculares;
- Teste de suscetibilidade a antimicrobianos.

O Guia de Diagnóstico Laboratorial para Tuberculose no Rio Grande do Sul, elaborado pelo PECT-RS e LACEN / RS, disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202408/14092610-guia-de-diagnostico-laboratorial-de-tb-final.pdf>, apresenta os exames disponibilizados, bem como as responsabilidades e referências para a realização dos exames disponíveis.

### 3.3. Diagnóstico por imagem:

Métodos de imagem são ferramentas importantes na investigação diagnóstica das doenças do tórax. O exame radiográfico, pelo seu custo reduzido, ampla disponibilidade e baixa dose de radiação, é a primeira etapa na investigação das doenças respiratórias, entre as quais as infecções por MNT.

As formas de apresentação radiológica das lesões variam conforme a imunidade, a virulência da micobactéria e a estrutura pulmonar de base, a exemplo de presença de cicatriz de TB ou bronquiectasias.

A tomografia computadorizada (TC), apesar do custo mais alto, tem maior sensibilidade e pode ser necessária na investigação e acompanhamento das pessoas com MNT.

Os estudos de imagem não firmam o diagnóstico, mas o conjunto de características das alterações permite ao médico radiologista sugerir a patologia mais provável.

### 3.4. Diagnóstico Histopatológico:

Para a análise histopatológica, depois de separado o material para cultura, as amostras teciduais adquiridas por biópsias devem ser fixadas em formol a 10% e encaminhadas a um laboratório de anatomia patológica. A pesquisa de DNA também pode ser realizada nas amostras mesmo após anos, em tecidos armazenados em blocos de parafina, o que é importante para estudos retrospectivos.

Os tecidos em que mais se realiza o diagnóstico de infecção por MNT são os dos pulmões e linfonodos. No entanto, lesões características também podem ser evidenciadas em estômago, fígado, baço, intestino grosso, bexiga, pele e partes moles.

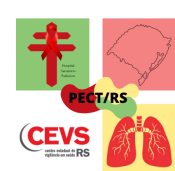
Diferenças histopatológicas observadas entre infecções tuberculosas e não tuberculosas são úteis para o diagnóstico diferencial.

### 4. Tratamento:

A decisão de iniciar o tratamento medicamentoso para micobacteriose deve levar em consideração a forma de apresentação da doença, a possibilidade de colonização e a relação risco benefício do tratamento, levando em conta a condição clínica do paciente, a duração prevista do tratamento, o potencial de cura e a toxicidade dos fármacos a serem utilizados.

Em pessoas imunocompetentes, a doença costuma apresentar evolução lenta, o que frequentemente permite aguardar a identificação da espécie antes do início do tratamento, permitindo sua individualização conforme o agente identificado. Já em pessoas severamente imunodeprimidas com quadro de doença disseminada e com achados tomográficos compatíveis com MNT, é necessária a imediata instituição de esquema terapêutico para a micobacteriose, inclusive tratamento empírico.

Para a escolha do tratamento mais adequado, é necessária a identificação da espécie e a realização de teste de sensibilidade aos fármacos para as MNT. Porém, é importante ressaltar que o valor clínico do teste de sensibilidade ainda é incerto, muitas vezes não havendo correlação entre os resultados *in vivo* e *in vitro* (ver capítulos sobre diagnóstico).



#### 4.1. Critérios para o início do tratamento da doença pulmonar causada por MNT:

O início do tratamento da doença pulmonar por MNT requer o cumprimento dos critérios clínico-radiológicos e/ou dos critérios microbiológicos estabelecidos.

##### 4.1.1. Clínicos e radiológicos (ambos requeridos):

Sintomas pulmonares e opacidades nodulares ou cavitárias à radiografia de tórax, ou TC de tórax com opacidades nodulares centro lobulares e/ou bronquiectasias e exclusão apropriada de outros diagnósticos.

##### 4.1.2. Microbiológicos:

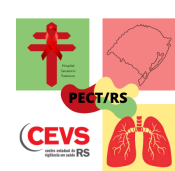
O diagnóstico microbiológico pode ser estabelecido pela presença de cultura positiva em pelo menos duas amostras distintas de escarro. Caso os resultados dessas culturas não sejam conclusivos, deve-se considerar a repetição de baciloscopias e cultura em novas amostras. Outra possibilidade diagnóstica é o resultado positivo em uma cultura de amostra de sítio estéril tal como lavado brônquico alveolar, escovado brônquico, biópsias transbrônquicas ou biópsia pulmonar. Alternativamente, o diagnóstico também pode ser confirmado por biópsia transbrônquica ou biópsia pulmonar que apresente achados histopatológicos compatíveis tal como inflamação granulomatosa.

#### **ATENÇÃO:**

Quando a **MNT encontrada é infrequente ou decorre de contaminação ambiental**, recomenda-se consultar especialista em unidade de referência ou médicos validadores para tomada da decisão sobre a necessidade ou não de tratamento.

A consultoria de um especialista do Hospital Sanatório Partenon está descrita no item 8.

**Indivíduos imunocompetentes** com suspeita de doença pulmonar por MNT sem critérios diagnósticos devem ser seguidos até que o diagnóstico seja firmemente estabelecido ou excluído. Estabelecido o diagnóstico de doença pulmonar por MNT, não há necessidade absoluta de instituição de terapia, que é uma decisão baseada nos potenciais riscos e benefícios do tratamento para cada pessoa.



No anexo I está apresentado o algoritmo para indicação de tratamento de MNT em indivíduos imunocompetentes.

No **imunodeprimido com doença disseminada**, o tratamento deve ser iniciado prontamente. A condição imunossupressora deve ser eliminada quando possível (p. ex., uso de imunobiológico). Nas pessoas com AIDS sem confirmação diagnóstica, deve ser dada cobertura tanto para TB como para o Complexo *Mycobacterium avium* (CMA), quando houver necessidade de tratamento empírico.

No caso de **lesão por hipersensibilidade**, a necessidade de tratamento varia de acordo com a gravidade do caso. A pessoa com pneumonite de hipersensibilidade deve evitar a fonte de exposição, quando conhecida. Nessa situação, apesar de a radiografia de tórax demonstrar as lesões, a TC de tórax permite melhor detalhamento para diagnóstico e seguimento.

#### **4.2. Tratamento Medicamentoso:**

Serão apresentados aqui as recomendações de esquemas terapêuticos para as espécies de MNT mais prevalentes em nosso meio, frequentemente relacionadas à doença pulmonar e/ou extrapulmonar. Para as espécies de MNT de menor prevalência, consultar o Manual de Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Doenças Causadas por Micobactérias Não Tuberculosas no Brasil (BRASÍLIA, 2021) ou realizar consultoria com o Ambulatório de Tuberculose e MNT do Hospital Sanatório Partenon (item 8 deste documento).

**Tabela 03:** Tratamentos padronizados para as doenças causadas pelas MNT mais frequentes no RS, de 2020 a 2024.

Espécie causadora	Apresentação da doença	Tratamento recomendado	Tempo de tratamento
Tratamento de doença por espécies do CMA (a)	Geral, sem complicações	Cla + R <b>ou</b> RH + E	12 meses após a conversão bacteriológica ou 18 meses de tratamento, quando houver impossibilidade de coleta de escarro
	Formas graves e cavitárias	Am (entre 3 e 6 meses, dependendo da evolução clínica) Cla + R ou RH + E	
Tratamento de doença por <i>M. kansasii</i>	Geral, sem complicações (quando sensível a R)	RH + E	12 meses após a conversão bacteriológica ou 18 meses de tratamento, quando houver impossibilidade de coleta de escarro
	Geral, sem complicações (quando resistente a R)	H + E + Cla	
	Geral, sem complicações (na ausência de teste de suscetibilidade)	RH + E + Cla	
	Formas graves e cavitárias	Am (entre 3 e 6 meses, dependendo da evolução clínica) RH + E + Cla	
Tratamento de doença por bactérias do grupo <i>M. abscessus</i> (b)	Comum a todas as apresentações	Fase de ataque: Am injetável (3x/semana) Tgc Imp ou Ert + Cla + Cfz	Entre 1 e 3 meses (dependendo da evolução clínica)
		Fase de manutenção: Am inalatória + Cla + Cfz + Mfx	12 meses após a conversão bacteriológica ou 18 meses de tratamento, quando houver impossibilidade de coleta de escarro

Cla = claritromicina; R=rifampicina; RH=rifampicina + isoniazida comprimidos de dose fixa combinada; E = etambutol, Am = Amicacina; Tgc = Tigeciclina; Imp = Imipenem; Ert = Ertapenem; Cfz = clofazimina; Mfx = moxifloxacino Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

(a) Espécies do CMA: *M. avium*, *M. intracellulare*, *M. chimaera*, *M. colombiense*, *M. arosiense*, *M. vulneris*, *M. bouchedurhonense*, *M. timonense*, *M. marseillense*, *M. yongonense*, *M. paraintracellulare* e *M. lepraemurium*.

(b) Faz parte do grupo *M. abscessus* as subespécies *M. abscessus abscessus*, *M. abscessus massiliense* e *M. abscessus bolleti*

#### 4.2.1. Observações sobre os tratamentos medicamentosos:

- Considerar o uso de RH quando houver indisponibilidade de R isolada.
- Utilizar Azitromicina 500mg quando houver intolerância a Claritromicina ou em casos de fibrose cística. A Azitromicina não faz parte do elenco do Programa de Tuberculose, devendo ser obtido nas farmácias básicas municipais (Componente Básico da Assistência Farmacêutica).
- Na indicação de uso de Amicacina, se houver dificuldade de administração de medicação injetável, considerar a utilização inalatória com nebulizador e uso diário. Antes da nebulização, utilizar broncodilatador. Diluir uma ampola de Amicacina (ampolas de 500 mg/ 2 ml) em 5mL de soro fisiológico 0,9%.
- Em pessoas acima de 60 anos ou com comorbidades que possam comprometer a função renal, usar meia dose de Amicacina (se uso injetável).
- Tigeciclina, Imipenem e Ertapenem são medicamentos de uso restrito hospitalar, não disponíveis através do Programa de Tuberculose. Em caso de necessidade, a utilização deve ser realizada através de internação hospitalar.
- Em caso de esquemas individualizados, inclusive em pessoas vivendo com HIV, quando houver incompatibilidade da utilização de R, recomenda-se estabelecer o esquema de tratamento juntamente com os validadores do SITE-TB ou através da consultoria médica do Ambulatório de Tuberculose e MNT do Hospital Sanatório Partenon.

Para doses, reações adversas, interações medicamentosas, consultar Manual de Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Doenças Causadas por Micobactérias Não Tuberculosas no Brasil (BRASÍLIA, 2021) ou o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2019).

#### 5. Fluxo e rede de atendimento no Estado do Rio Grande do Sul:

Quando identificada uma MNT, deve-se proceder a investigação de doença de acordo com os critérios apresentados nestas recomendações para a adequada condução do caso. A recomendação é que esses casos sejam encaminhados às Referências Secundárias ou Terciárias em Tuberculose das diversas regiões do estado.

Para definição da conduta, os médicos podem utilizar a consultoria do Hospital Sanatório Partenon, através do e-mail [consultoriastuberculose-hsp@saude.rs.gov.br](mailto:consultoriastuberculose-hsp@saude.rs.gov.br).

Embora as MNT não estejam na lista de doenças sujeitas a notificação compulsória, como o fornecimento dos medicamentos ocorre através da plataforma SITE-TB, fica obrigatória a notificação dos casos que necessitem de medicamentos que constem na relação dos esquemas especiais de TB. O fluxo de fornecimento de medicamentos pode ser consultado através do Guia de Gestão de Medicamentos através do SITE-TB (Disponível em [https://drive.google.com/file/d/1V09SJXb-OJpLoUmuPNCQ9wWjLVcWz8IV/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1V09SJXb-OJpLoUmuPNCQ9wWjLVcWz8IV/view?usp=drive_link)).

## 6. Notificação dos casos:

A partir da implantação do SITE-TB em 2013, iniciou-se a notificação de casos de doença por MNT, para os quais foram disponibilizados medicamentos pelo Ministério da Saúde. Além da notificação inicial, é necessária atualização mensal do caso e o registro das dispensações mensais no sistema SITE-TB. A atualização pode ser realizada através das fichas em papel e transcrita pelos Gestores de Casos das Referências Secundárias ou Terciária de TB ou então, os dados podem ser atualizados diretamente no SITE-TB, quando o Gestor de Casos for o médico responsável.

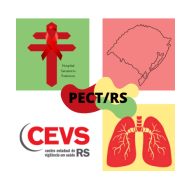
Nos anexos deste documento encontram-se as fichas de notificação inicial e de acompanhamento mensal, bem como as instruções para preenchimento. Os documentos também podem ser acessados diretamente do site do SITE-TB, na sessão de acesso aberta (sem senha), através dos links:

- **Ficha de Notificação de caso de MNT:**  
[http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/ficha\\_mnt\\_maio\\_2025.pdf](http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/ficha_mnt_maio_2025.pdf)
- **Instrução para preenchimento da Ficha de Notificação:**  
[http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/instr\\_ficha\\_noti\\_MNT\\_maio\\_2025.pdf](http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/instr_ficha_noti_MNT_maio_2025.pdf)
- **Boletim de Acompanhamento Mensal de caso de MNT:**  
[http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/boletim\\_acompanhamento\\_mnt\\_mai\\_o\\_2025.pdf](http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/boletim_acompanhamento_mnt_mai_o_2025.pdf)
- **Instrução para o preenchimento do Boletim de Acompanhamento:**  
[http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/instr\\_bolet\\_acomp\\_MNT\\_maio\\_2025.pdf](http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/instr_bolet_acomp_MNT_maio_2025.pdf)

## 7. Atendimento de receitas provenientes do setor privado:

Nos casos de pacientes oriundos do setor privado que necessitem de medicamentos para o tratamento de doenças causadas por MNT, mas que já estejam sob acompanhamento de médico responsável nesse setor, as Referências Secundárias e Terciárias da Tuberculose poderão realizar a notificação e a atualização no SITE-TB, bem como providenciar o fornecimento dos medicamentos, sem que haja necessidade de agendamento de consulta médica no SUS. Nesses casos, devem ser observados os seguintes aspectos:

- A Solicitação inicial deve vir acompanhada da Ficha de Notificação de caso de MNT do SITE-TB (Anexo II) preenchida, assinada e carimbada pelo médico solicitante. Essa ficha deve ser entregue nas unidades de Referência Secundária ou Terciária (a depender da organização local) e digitadas no SITE-TB pelo Gestor de Casos dessa unidade;
- A ficha de notificação deve ser preenchida integralmente, inclusive com a previsão de duração das fases de ataque e manutenção, conforme instrução contida no anexo III. Na ficha de notificação também deve estar claro o e-mail do médico prescritor para contato.
- O Gestor de Casos da unidade deve realizar a transcrição da Ficha de Notificação para o SITE-TB. A notificação deve conter na aba consulta, no campo “Profissional Responsável” o nome e o CRM do médico prescritor.
- Após a apresentação da Ficha de Notificação (Anexo II), o paciente ou o médico responsável deverá aguardar o contato da Referência Secundária ou Terciária onde a ficha foi entregue. A disponibilidade dos medicamentos será informada após a validação do caso.
- No caso de pendência na validação, o médico deve ser informado sobre o parecer do validador. O médico prescritor fica responsável pela resposta à pendência através do envio de nova ficha de notificação **ou** e-mail para a unidade notificadora.
- Após a validação do caso, os medicamentos poderão ser dispensados mensalmente pelo Gestor de Medicamentos da unidade, mediante apresentação de receita médica atualizada, nos termos da RDC 471/2021 (emitida em duas vias, com prescrição para até 30 dias, não sendo aceitas receitas de uso



contínuo), acompanhada do Anexo IV (Boletim de Acompanhamento) devidamente atualizado e preenchido conforme as instruções do Anexo V.

- O medicamento deve ser retirado obrigatória e exclusivamente na unidade onde foi realizada a notificação do caso, cabendo ao Gestor de Medicamentos o registro das dispensações e os pedidos de medicamentos no SITE-TB.
- Os Boletins de Acompanhamento Mensais devem ser encaminhados da farmácia para o Gestor de Casos da unidade para atualização. O Gestor de Casos deve transcrever mensalmente as atualizações do caso, apontando data da próxima consulta para 30 dias e indicando na aba consulta no campo “Profissional Responsável” o nome e CRM do médico prescritor.
- Os medicamentos serão dispensados mensalmente durante o tempo previsto para o tratamento, conforme prazo aprovado no SITE-TB.
- O médico prescritor fica responsável por informar à unidade notificadora o desfecho ao final do tratamento.

## **8. Consultorias e matriciamento:**

O Hospital Sanatório Partenon oferece consultoria para os médicos da rede relacionada a casos de MNT. Para acessar a consultoria, o prescritor deve enviar os dados do caso para [consultoriastuberculose-hsp@saude.rs.gov.br](mailto:consultoriastuberculose-hsp@saude.rs.gov.br), com o questionamento para o qual deseja suporte. A resposta será enviada por e-mail por um médico especialista.

A consultoria é um canal para troca de informação entre prescritores, que visa agilizar diagnósticos e tratamentos, evitar encaminhamentos desnecessários e otimizar o uso dos recursos do SUS, além de servir como espaço de educação permanente. Porém, é importante destacar que:

- É de inteira responsabilidade do prescritor local a realização da prescrição dos medicamentos, com ajuste de dose por peso, observação de interações medicamentosas e outras condições de saúde;
- As respostas enviadas estão baseadas exclusivamente nas informações repassadas pelo solicitante. O solicitante é inteiramente responsável pela adequação da conduta diante de quaisquer alterações na condição de saúde dos pacientes.



- A consultoria não desobriga os profissionais de realizarem a notificação do SITE-TB e não garante validação do caso pelo avaliador nacional.
- A consultoria não tem qualquer vinculação ao fornecimento de medicamentos do SITE-TB, devendo todos os passos serem seguidos, conforme determinação do Gestor de Medicamentos Municipal.

#### **9. Esclarecimento sobre MNT após procedimento cirúrgico e/ou invasivos:**

Nos casos de MNT pós-procedimento cirúrgico, a infecção geralmente envolve micobactérias de crescimento rápido. Por esse motivo, o diagnóstico e o tratamento dessa enfermidade não são de competência do Programa de Tuberculose em nenhuma das três esferas de governo.

Desde 2009, quando ocorreram surtos, vários profissionais ligados a diversas instâncias em nível federal debateram o assunto, o que resultou na [RDC ANVISA nº 08/2009](#) e na [Nota Técnica Conjunta nº 01/2009 SVS/MS e ANVISA](#), que tratam sobre o tema.

Nos casos em que o paciente necessite de medicamentos exclusivos do programa de tuberculose, sem disponibilidade para aquisição comercial, o médico pode solicitar doação ao programa de tuberculose mediante justificativa e disponibilidade do fármaco.

## Referência:

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/02124805-manual-recomendacao-s-controle-tuberculose-brasil-2-ed.pdf>. Acesso em 23/06/2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/manual-nacional-de-vigilancia-laboratorial-da-tuberculose-e-outras-micobacterias.pdf>. Acesso em 23/06/2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Diagnóstico Laboratorial de Tuberculose e Micobactérias não Tuberculosas de Interesse em Saúde Pública no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-para-diagnostico-laboratorial-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-de-interesse-em-saude-publica-no-brasil.pdf/view>. Acesso em 23/06/2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Recomendações para o diagnóstico e tratamento das doenças causadas por micobactérias não tuberculosas no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/recomendacoes-para-o-diagnostico-e-tratamento-das-doencas-causadas-por-micobacteria-s-nao-tuberculosas-no-brasil.pdf>. Acesso em 23/06/2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Nº 8, de 27 de Fevereiro de 2009. Dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido - MCR em serviços de saúde**. Brasília/DF, 2009. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0008\\_27\\_02\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0008_27_02_2009.html). Acesso em 23/06/2025.

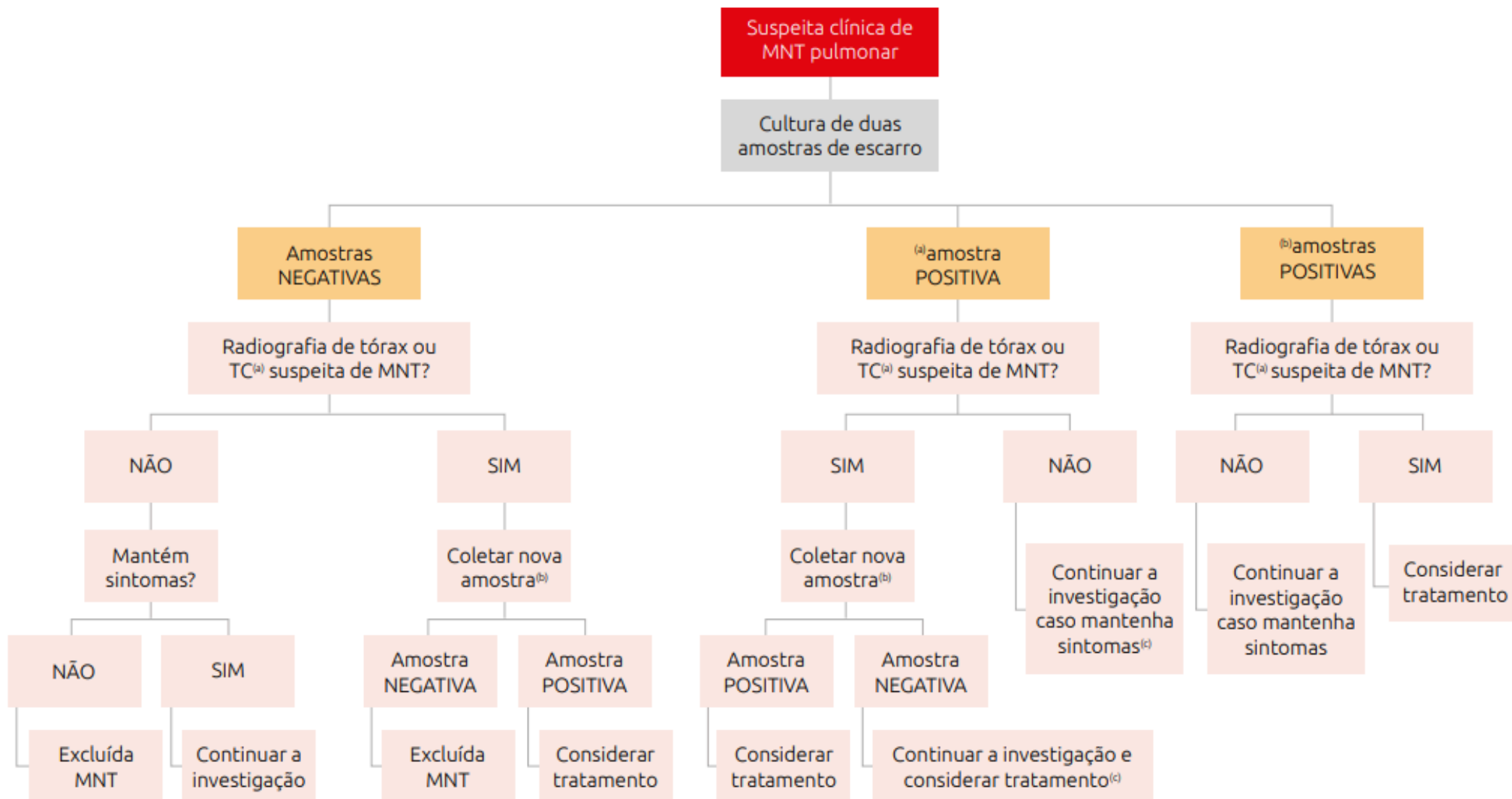


Brasil. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta Nº 01/2009 - SVS/MS e ANVISA. Assunto: Infecções por micobactérias de crescimento rápido: fluxo de notificações, diagnóstico clínico, microbiológico e tratamento.** Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/cinotatecnicaconjunta012009svsmsanvisa.pdf>. Acesso em 23/06/2025.

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde/CEVS/PECT/LACEN/HSP. Guia para Diagnóstico Laboratorial da Tuberculose. 1ª ed. Porto Alegre, 2024. Disponível em <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202408/14092610-guia-de-diagnostico-laboratorial-de-tb-final.pdf>. Acesso em 23/06/2025.

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde/CEVS/PECT/LACEN/HSP. Guia de Gestão de Medicamentos através do SITE-TB. 1ª ed. Porto Alegre, 2025. Disponível em [https://drive.google.com/file/d/1V09SJXb-OJpLoUmuPNCQ9wWjLVcWz8IV/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1V09SJXb-OJpLoUmuPNCQ9wWjLVcWz8IV/view?usp=drive_link).

**Anexo I – Algoritmo para Indicação de Tratamento em Imunocompetentes (BRASIL, 2021):**



<sup>(a)</sup> TC: tomografia computadorizada.

<sup>(b)</sup> Escarro induzido (duas amostras) ou broncoscopia com LBA (uma amostra). Avaliar a necessidade de outras amostras a critério clínico.

<sup>(c)</sup> Considerar tratamento dependendo da espécie de MNT e da evolução clínica e radiológica (ver capítulos de diagnóstico).

## Anexo II – Ficha de Notificação Inicial de caso de MNT no SITE-TB:

(Disponível em [http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/ficha\\_mnt\\_maio\\_2025.pdf](http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/ficha_mnt_maio_2025.pdf))

### 1ª Página



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE  
DEPARTAMENTO DE HIV/AIDS, TUBERCULOSE, HEPATITES VIRAIS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  
COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE, MICOSES ENDÊMICAS E MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS

Site-TB

#### FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS DE TUBERCULOSE

CASO DE MNT			
IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO			
1) Nome de registro*:		2) Nome social:	
3) Data de nascimento*: ____/____/____	4) Sexo*: ( ) Masculino ( ) Feminino	5) Gestante*: ( ) 1º trim ( ) 2º trim ( ) 3º trim ( ) Idade gestacional ignorada ( ) Não ( ) Ignorado/Não sabe ( ) Não se aplica	
6) Raça/Cor*: ( ) branca ( ) preta ( ) amarela ( ) parda ( ) indígena		7) Escolaridade (anos de estudo)*: ( ) nenhuma ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 7 ( ) de 8 a 11 ( ) 12 ou + ( ) Ignorada	
8) CPF*:		9) Cartão Nacional de Saúde*:	
10) Nome da mãe*:			
11) (DDD) Telefone 1: (____) _____-_____		11) (DDD) Telefone 2: (____) _____-_____	
DADOS DE RESIDÊNCIA			
13) UF de residência*:		14) Município de residência*:	
15) Logradouro*:		16) Nº:	
17) Bairro:		18) Complemento (apto., casa,...):	
19) Regional/Distrito de Saúde do município:			20) CEP: ____-____
DADOS DE NOTIFICAÇÃO			
21) UF de origem*:		22) Município de origem*:	
23) Unidade de Saúde (US) de origem*:		24) Tipo de entrada*: ( ) Caso novo de MNT ( ) Mudança de esquema de MNT ( ) Reingresso após interrupção do tratamento de MNT ( ) Recidiva de MNT ( ) Falência ao tratamento de MNT	
Se Mudança de esquema – motivo**:( ) Hepatopatia prévia ( ) Hepatotoxicidade ( ) Intolerância grave ( ) Alergia medicamentosa ( ) Alterações visuais ( ) Alterações renais ( ) Outras doenças			
25) Identificação de espécie*: ( ) Complexo M. abscessus ( ) Complexo M. avium ( ) Complexo M. fortuitum ( ) Complexo M. terrae ( ) M. kansasii ( ) M. abscessus abscessus ( ) M. avium ( ) M. fortuitum ( ) M. gordonae ( ) M. marinum ( ) M. abscessus bolletii ( ) M. intracellulare ( ) M. mucogenicum ( ) M. haemophilum ( ) M. ulcerans ( ) M. abscessus massiliense ( ) M. chimaera ( ) M. malmoense ( ) M. genavense ( ) M. nonchromogenicum ( ) M. chelonae ( ) M. scrofulaceum ( ) M. smegmatis ( ) M. xenopi ( ) M. asiaticum ( ) M. immunogenum ( ) M. simiae ( ) M. szulgai ( ) Sem identificação ( ) Outra _____			
Tipo de exame**:( ) Padrão ( ) Outros		Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____	
26) Peso (Kg)*:		27) Altura (cm):	
28) Forma Clínica (marque a forma clínica e, em seguida, indique a numeração do tipo extrapulmonar, segundo legenda abaixo)*: ( ) Pulmonar. ( ) Extrapulmonar. Tipo(s) extrapulmonar(es)**: _____ ( ) Ambas (pulmonar + extrapulmonar). Tipo(s) extrapulmonar(es)**: _____ Tipos extrapulmonares: (1) Pleural (2) Ganglionar (3) Geniturinária (4) Óssea (5) Ocular (6) Miliar (7) Meningoencefálica (8) Cutânea (9) Laringea (10) Outra:			
29) Data do diagnóstico*: ____/____/____			
POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE			
30) Profissional de saúde*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		31) Imigrante*: ( ) Sim. País: _____ ( ) Não ( ) Ignorado	
32) Pessoa privada de liberdade*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		33) Pessoa em situação de rua*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS			
34) Aids*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		35) Abuso de álcool*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
36) Diabetes*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		37) Hepatites virais (B/C)*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
38) Insuficiência renal/hemodiálise*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		39) Neoplasia*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
40) Silicose*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		41) Tabagismo*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
42) Transplantado(a) de medula óssea*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		43) Transplantado(a) de órgão sólido*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
44) Uso de corticoterapia prolongada*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		45) Uso de drogas ilícitas*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
46) Usuários de imunobiológicos*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		47) Doença estrutural do pulmão*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
48) Fibrose cística*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		49) Outra(o):	

Legenda: \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



TRATAMENTOS ANTERIORES																					
<b>50) Histórico de tratamento anterior de TB*:</b> ( ) Sim ( ) Não Se sim, nº de tratamentos anteriores: ( )																					
Data de início (mm/aa)	Nas caixas abaixo, marque os medicamentos utilizados em cada tratamento ("X")																				
	R	H	Z	E	Rfb	S	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Trd	Et	Lzd	Cfz	PAS	Bdq	Clr	Outro <sup>a</sup>	Resultado <sup>a,b</sup>	
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					
<sup>a</sup> Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: _____																					
<sup>b</sup> Resultado do tratamento: (1) cura (2) tratamento completo (3) interrupção do tratamento (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) TB DR (8) mudança do padrão de resistência (9) interrupção primária do tratamento																					
<b>51) Histórico de tratamento anterior de MNT*:</b> ( ) Sim ( ) Não Se sim, nº de tratamentos anteriores: ( )																					
Data de início (mm/aa)	Nas caixas abaixo, marque os medicamentos utilizados em cada tratamento ("X")																				
	Am	S	Cla	Cfz	E	Imp	H	Lzd	Mfx	Rib	R	RH	Azt	Cpx	SMT/TMP	Ert	Imp	Tgc	Tbm	Outro <sup>a</sup>	Resultado <sup>a,b</sup>
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					
<sup>a</sup> Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: _____																					
<sup>b</sup> Resultado do tratamento: (1) cura (2) tratamento completo (3) interrupção do tratamento (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) interrupção primária do tratamento																					
EXAMES COMPLEMENTARES																					
<b>52) Exame de Baciloscopia*:</b> ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo 1 a 9 bacilos ( ) Positivo + ( ) Positivo ++ ( ) Positivo +++																					
Material** : ( ) Escarro ( ) Outro material Data de coleta** : ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____																					
<b>53) Exame de Cultura*:</b> ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo ( ) Contaminado																					
Material** : ( ) Escarro ( ) Outro material Data de coleta** : ____/____/____																					
Data do resultado: ____/____/____ Laboratório** : ( ) Público ( ) Privado																					
<b>54) Exame de Cultura*:</b> ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo ( ) Contaminado																					
Material** : ( ) Escarro ( ) Outro material																					
Data do resultado: ____/____/____ Laboratório** : ( ) Público ( ) Privado																					
<b>55) Teste Rápido Molecular</b>																					
Resultado* : ( ) Não realizado ( ) MTB não detectado ( ) MTB detectado indeterminado à rifampicina ( ) MTB detectado sensível à rifampicina ( ) MTB detectado resistente à rifampicina ( ) MTB detectado traços indeterminado à rifampicina ( ) Inválido																					
Data de coleta** : ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____																					
<b>56) Teste de Sensibilidade*:</b> ( ) Realizado ( ) Não realizado																					
Nas caixas ao lado de cada medicamento, escreva: NR: não realizado, S: sensível, R: resistente ou I: intermediário																					
Rifampicina(R) **		Isoniazida (H) **		Pirazinamida (Z) **		Etambutol (E) **															
Estreptomicina(S) **		Amicacina (Am) **		Capreomicina (Cm) **		Kanamicina (Km) **															
Levofloxacino (Lfx) **		Moxifloxacino (Mfx) **																			
Data de coleta** : ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____																					
<b>57) Radiografia de tórax*:</b> ( ) Não realizado ( ) Unilateral cavitária ( ) Unilateral não cavitária ( ) Bilateral cavitária ( ) Bilateral não cavitária ( ) Normal																	<b>58) Data da radiografia de tórax**:</b> ____/____/____				
<b>59) Tomografia Computadorizada*:</b> ( ) Não realizado ( ) Fibrocavitária ( ) Bronquiectásica nodular ( ) Outras alterações ( ) Normal																	<b>60) Data da tomografia computadorizada**:</b> ____/____/____				
<b>61) HIV*:</b> ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo																					
<b>62) TARV*:</b> ( ) Sim ( ) Não																					

Legenda: \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

TRATAMENTO ATUAL			
63) UF*:	64) Município de tratamento*:	65) US de tratamento*:	
66) Data de início do tratamento*: ____/____/____			
67) Regime de tratamento*:			
67.1 Medicação**	67.2 Meses de prescrição**	67.3 Dose unitária**	67.4 Frequência**
CONSULTA ATUAL			
68) Data da consulta atual*: ____/____/____		69) Data da próxima consulta: ____/____/____	
70) Nome do Profissional*:		71) Função*:	
72) Observações:			

Legenda: \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

## Anexo III – Instrução para preenchimento da Ficha de Notificação Inicial de caso de MNT no SITE-TB:

(Disponível em [http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/instr\\_ficha\\_noti\\_MNT\\_mai\\_2025.pdf](http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/instr_ficha_noti_MNT_mai_2025.pdf))

### 1ª Página



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE  
DEPARTAMENTO DE HIV/AIDS, TUBERCULOSE, HEPATITES VIRAIS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  
COORDENAÇÃO-GERAL DE VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE, MICOSES ENDÊMICAS E MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS

Site-TB

#### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS DE TUBERCULOSE

#### CASO DE MNT

**\*CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO:** é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no Site-TB.

**CAMPO ESSENCIAL:** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dados necessários para acompanhamento do tratamento dos indivíduos e para cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

#### Identificação do Indivíduo

**Nome de registro\*:** preencher o nome civil do indivíduo notificado no Site-TB, com letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais. Conferir com um documento de identidade, se possível.

**Nome social:** preencher o nome pelo qual o indivíduo se identifica e é socialmente reconhecido. Preencher em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

**Data de nascimento\*:** registrar o dia, mês e ano de nascimento do indivíduo. Se a data do nascimento for desconhecida, preencher a data do nascimento aproximada.

**Sexo\*:** informar o sexo do indivíduo (Masculino, Feminino).

**Gestante\*\*:** se o indivíduo for do sexo feminino, informar se é gestante. Se sim, especificar se a mesma está no 1º, 2º ou 3º trimestre ou se a idade gestacional é ignorada. Caso contrário, marcar as opções, Não, Ignorado/Não sabe ou Não se aplica. Este campo não será habilitado para indivíduos do sexo masculino e crianças menores de sete anos.

**Raça/Cor\*:** perguntar, para o indivíduo a ser notificado, qual a sua cor ou raça e registrar a informação declarada como: Branca, Preta, Amarela, Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia) ou Ignorado (incluindo-se o caso para o qual não tenha sido possível perguntar a raça ou cor ou que prefira não declarar raça ou cor).

**Escolaridade (anos de estudo)\*:** selecionar entre as opções os anos de estudo concluídos pelo indivíduo na ocasião da notificação. Nenhuma (< do que um ano de estudo concluído), de 1 a 3, de 4 a 7, de 8 a 11, 12 ou + e ignorada.

**CPF\*:** registrar o número do Cadastro de Pessoa Física do indivíduo.

**Cartão Nacional de Saúde\*:** registrar o número do cartão de saúde do indivíduo registrado no Sistema Único de Saúde (SUS).

**Nome da mãe\*:** preencher com o nome completo da mãe do indivíduo notificado e, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações acentos ou caracteres especiais. Se o nome da mãe não for conhecido, preencher o campo com “ignorado”. Conferir a informação com um documento de identidade, se possível.

**(DDD) Telefone:** Anotar o DDD e o telefone do indivíduo, preferencialmente celular. Se o mesmo não possuir celular, anotar o telefone da residência ou do trabalho. Se nenhum desses números estiver disponível, anotar telefone de terceiros que permita contato com o indivíduo.

#### Dados de residência

**UF de residência\*:** anotar o nome da Unidade da Federação em que o indivíduo reside.

**Município de residência\*:** preencher com o nome completo do município em que o indivíduo reside, sem abreviações.

**Logradouro\*:** registrar, sem abreviações, com letra de forma legível e sem o uso de acentos e caracteres especiais, o tipo de logradouro (rua, avenida, estrada, rodovia, travessa, beco, ladeira, caminho, etc.) seguido do nome completo do logradouro onde vive o indivíduo notificado no Site-TB. Conferir a informação com um comprovante de residência, se disponível. Caso não possua residência, preencher como “sem residência”.

**Legenda:** \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



**Nº:** preencher com o número da residência do indivíduo. Se a residência não possuir número, preencher com “SN”.

**Bairro:** preencher com o nome completo do bairro de residência do indivíduo, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

**Complemento (apto., casa,...):** caso seja necessária informação complementar para localização da residência do indivíduo, anotar em letra de forma legível, sem o uso de acentos e caracteres especiais. EX. BLOCO B, APTO 402, LOTE 25, CASA 14.

**Regional/Distrito de Saúde do município:** registrar o nome completo da regional/distrito de saúde em que o indivíduo reside, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

**CEP:** Anotar o código de endereçamento postal do logradouro da residência do indivíduo.

### Dados de Notificação

**UF de origem\*:** anotar o nome do estado da unidade de saúde de origem<sup>a</sup> do indivíduo notificado no Site-TB.

**Município de origem\*:** anotar o nome do município da unidade de saúde de origem<sup>a</sup> do indivíduo notificado no Site-TB

**Unidade de saúde de origem\*:** anotar o nome da unidade de saúde de origem<sup>a</sup> do indivíduo notificado no Site-TB.

**Tipo de entrada\*:** selecionar entre as opções o motivo pelo qual o indivíduo está sendo notificado no Site-TB (caso novo de MNT, mudança de esquema de MNT, reingresso após interrupção do tratamento de MNT, recidiva de MNT, falência ao tratamento de MNT). Obs. Em caso de identificação de nova espécie o caso deverá ser notificado como caso novo.

**Mudança de esquema (motivo)\*\*:** se mudança de esquema, selecionar o motivo da mudança de esquema entre as opções: hepatopatia prévia, hepatotoxicidade, intolerância grave, alergia medicamentosa, alterações visuais, alterações renais e outras doenças.

**Identificação da espécie\*:** marcar a espécie de micobactéria não tuberculosa (MNT) ou, caso não tenha sido identificada a espécie, selecionar o complexo. Caso nem a espécie nem o complexo tenham sido identificados, marcar a opção “Sem identificação”. Se a espécie identificada não estiver entre as opções disponíveis, marcar a opção “Outra” e escrever o nome por extenso.

**Tipo de exame\*\*:** selecionar se o tipo de exame realizado para identificação da espécie foi realizado pelo método padrão ou outros métodos.

**Data da coleta\*\*:** registrar a data da coleta do exame realizado para a identificação da espécie.

**Data do resultado:** registrar a data do resultado do exame realizado para a identificação da espécie.

**Peso (Kg)\*:** aferir o peso do indivíduo e registrar o valor neste campo utilizando até três casas decimais.

**Altura (cm):** medir a altura do indivíduo e registrar o valor em centímetros, como por exemplo: 1 metro e setenta, registrar 170 cm.

**Forma clínica\*:** preencher a forma clínica (pulmonar ou extrapulmonar). Se extrapulmonar ou ambas identificar o(s) tipo(s) extrapulmonar(es) de acordo com os seguintes campos: 1=Pleural, 2=Ganglionar, 3=Geniturinária, 4=Óssea, 5=Ocular, 6=Miliar, 7=Meningoencefálica, 8=Cutânea, 9=Laringea e 10=Outra (escrever o nome da outra forma clínica em letra de forma legível, sem o uso de abreviações).

**Data do diagnóstico\*:** data em que foi realizado o diagnóstico atual de MNT.

### Populações em situação de vulnerabilidade

**Populações em situação de vulnerabilidade\*:** registrar se o indivíduo a ser notificado pertence à população em situação de vulnerabilidade dentro das seguintes categorias: profissional de saúde, imigrante, pessoa privada de liberdade, e pessoa em situação de rua, marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”. Caso o indivíduo seja imigrante, informar o nome do país de cidadania em letra de forma legível, sem o uso de abreviações.



**Legenda:** \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

### Doenças e Agravos Associados

**Doenças e agravos associados\*:** informar presença de doença/agravo ou condição associada (aids, abuso de álcool, diabetes, hepatites virais B/C, insuficiência renal/hemodiálise, neoplasia, silicose, tabagismo, transplantado de medula óssea, transplantado de órgão sólido, uso de corticoterapia prolongada, uso de drogas ilícitas, usuários de imunobiológicos, doença estrutural do pulmão e fibrose cística marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”. Se houver outra (o) doença/agravo associado, preencher o nome.

### Tratamentos anteriores para Tuberculose/MNT

**Histórico de tratamento anterior de TB\*:** preencher se há histórico de tratamento de tuberculose. Se a resposta for sim, registrar todos os tratamentos realizados e marcar os medicamentos utilizados em cada tratamento (R:Rifampicina, H:Isoniazida, Z: Pirazinamida, E: Etambutol, Rfb: Rifabutina, S: Estreptomicina, Am: Amicacina, Cm: Capreomicina, Ofx: Ofloxacino, Lfx: Levofloxacino, Mfx:Moxifloxacino, Trd: Terizidona, ET: Etionamida, Lzd: Linezolida, Cfz: clofazimina, PAS: Ácido Paraminossalicílico, Bdq: Bedaquilina, Clr: Claritromicina ou Outro). Registrar o mês e ano do início do tratamento, e o **resultado final do tratamento**, podendo ser selecionado para este último campo os itens: 1 = Cura, 2=Tratamento completo, 3=Interrupção do tratamento, 4=Mudança de diagnóstico, 5=Falência, 6=Mudança de esquema, 7=TB DR, 8=mudança do padrão de resistência e 9= Interrupção primária do tratamento.

**Histórico de tratamento anterior de MNT\*:** preencher se há histórico de tratamento de MNT. Se a resposta for sim registrar todos os tratamentos realizados e marcar os medicamentos utilizados em cada tratamento ( Am: Amicacina, S: Estreptomicina, Cla: Claritromicina, Cfz: Clofazimina, E: Etambutol, Imp: Imipenem, H: Isoniazida, Lzd: Linezolida, Mfx: Moxifloxacino, Rfb: Rifabutina, R: Rifampicina, RH: Rifampicina e Isoniazida, Azt: Azitromicina, Cpx: Ciprofloxacino, SMT/TMP: Sulfametoxazol/trimetropim, Ert: Ertapenem, Imp: Imipenem, Tgc: Tigeciclina, Tbm: Tobramicina ou Outro).

Registrar o mês e ano do início do tratamento, e o **resultado final do tratamento**, podendo ser selecionado para este último campo os itens: 1 = Cura, 2=Tratamento completo, 3= Interrupção do tratamento, 4=Mudança de diagnóstico, 5=Falência, 6=Mudança de esquema e 7= Interrupção primária do tratamento.

### Exames complementares

**Exame de Baciloscopia\*:** preencher o status do exame de baciloscopia, selecionando as opções (Não realizado, Negativo, Positivo 1 a 9 bacilos, Positivo com (+), (++) ou (+++). Se a baciloscopia tiver sido realizada, especificar o tipo de **Material\*\***(Escarro ou outro material), a **Data de coleta\*\*** e a **Data do Resultado\*\***.

**Exame de Cultura\*:** preencher o status do exame de cultura, a ficha de notificação permite o registro da realização de até dois exames de cultura, para tanto, selecionar as opções (Não realizado, Negativo, Positivo ou Contaminado). Se a o exame de cultura tiver sido realizado, especificar o tipo de **Material\*\***(Escarro ou outro material), **Data de coleta\*\***, **Data do Resultado** e o **Laboratório \*\***(Público ou Privado).

**Teste Rápido Molecular\*:** registrar se houve a realização do teste rápido molecular (TRM) e o **resultado\***, selecionando as opções: Não realizado, MTB não detectado, MTB detectado indeterminado à rifampicina, MTB detectado sensível à rifampicina, MTB detectado resistente à rifampicina, MTB detectado traços indeterminado à rifampicina ou Inválido. Se o TRM tiver sido realizado, preencher a **Data de coleta\*\*** e a **Data do resultado**.

**Teste de Sensibilidade\*:** preencher se houve a realização ou não do teste de sensibilidade. Se realizado, informar o resultado do exame do teste de sensibilidade para cada um dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomicina, Amicacina, Capreomicina, Kanamicina, Levofloxacino e Moxifloxacino. O resultado do exame é classificado em NR = não realizado,



S = sensível, R = resistente ou I= intermediário. Se realizado, preencher **Data de coleta\*\***e **Data do resultado** .

**Radiografia de tórax\***: preencher status da radiografia de tórax (Não realizado, Unilateral cavitária, Unilateral não cavitária, Bilateral cavitária, Bilateral não cavitária, Normal). Se a radiografia tiver sido realizada, preencher a **Data da radiografia de tórax\*\***.

**Tomografia Computadorizada\***: preencher status da tomografia de tórax (Não realizado, Fibrocavitária, Bronquiectásica nodular, Outras alterações, Normal). Se realizado, preencher a **Data da tomografia computadorizada \*\***

**HIV\***: preencher status do exame de HIV (Positivo, Negativo, Não realizado).

**TARV\***: preencher se realização de terapia antirretroviral.

#### Tratamento atual

**UF de tratamento\***: anotar o nome do Estado ao qual pertence a unidade de tratamento do indivíduo notificado no Site-TB.

**Município de Tratamento\*\***: anotar o nome do município no qual o indivíduo notificado no Site-TB realiza tratamento.

**Unidade de Saúde de tratamento\***: anotar o nome da unidade de saúde de tratamento do indivíduo notificado no Site-TB.

**Data de Início do Tratamento\***: registrar a data de início do tratamento atual de MNT.

**Regime de tratamento\***: Selecionar se o esquema é padronizado ou individualizado. Para o esquema padronizado abrirá uma janela com opções de tratamentos pré-determinadas. Se o esquema for individualizado, será apresentada outra janela em que serão solicitadas mais informações sobre o tratamento, a ser preenchidas pelo profissional de saúde, sendo necessário o registro da Medicação\*\* (nome do medicamento) e, depois disso, identificar os Meses de prescrição\*\* (duração do tratamento), a Dose unitária\*\* (a dosagem do medicamento a ser administrada Ex: utilizar cápsulas de 300 mg do medicamento X) e a Frequência\*\* ( Ex. 3 comprimidos, 1 vez ao dia, 5 vezes na semana).

#### Consulta atual

Registrar a **Data da consulta atual\***, a **Data da próxima consulta**, o **Nome do profissional\*** que prestou as informações acima, a sua **Função\***, bem como informações adicionais por meio do campo das **Observações**.

**Legenda:** \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

# Anexo IV - Boletim de Acompanhamento de caso de MNT no SITE-TB:

## 1ª Página

(Disponível em [http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/boletim\\_acompanhamento\\_mnt\\_maio\\_2025.pdf](http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/boletim_acompanhamento_mnt_maio_2025.pdf))

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO  
Sistema de Informações de Tratamentos Especiais da Tuberculose



Caso de MNT

DADOS DO CASO		
1) Nome de registro*:		2) Nome Social:
3) Unidade de saúde de tratamento:		4) Número no SITE-TB:
5) (DDD) Telefone 1: ( ) - -	6) (DDD) Telefone 2: ( ) - -	
EXAMES COMPLEMENTARES		
7) Exame de Baciloscopia*: ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo 1 a 9 bacilos ( ) Positivo + ( ) Positivo ++ ( ) Positivo +++ Material**: ( ) Escarro ( ) Outro material Data de coleta**: / / Data do resultado: / /		
8) Exame de Cultura*: ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo ( ) Contaminado Material**: ( ) Escarro ( ) Outro material Data de coleta**: / / Data do resultado: / / Laboratório*: ( ) Público ( ) Privado		
9) Radiografia de Tórax*: ( ) Não realizado ( ) Unilateral cavitária ( ) Unilateral não cavitária ( ) Bilateral cavitária ( ) Bilateral não cavitária ( ) Normal		10) Data da radiografia de tórax*: / /
11) Tomografia Computadorizada*: ( ) Não realizado ( ) Fibrocavitária ( ) Broncocavitária ( ) Outras alterações ( ) Normal		12) Data da tomografia computadorizada*: / /
13) HIV*: ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo		
14) TARV*: ( ) Sim ( ) Não		
CONSULTA		
15) Data da consulta atual*: / /		16) Data da próxima consulta*: / /
17) Evolução clínica*: ( ) Favorável ( ) Desfavorável		18) Peso (Kg)*:      19) Altura (cm):
20) Endereço atual é diferente do endereço de notificação? ( ) Não ( ) Sim [responda às questões 17.1 a 17.8]		
20.1) Município de residência**:		20.2) Unidade da Federação (UF) de residência**:
20.3) Logradouro**:	20.4) Nº:	20.5) Bairro:
20.6) Complemento (apto., casa,...):	20.7) Regional/Distrito de Saúde do município:	20.8) CEP: - -
<b>Doenças e agravos associados</b>		
21) Aids*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		22) Abuso de álcool*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
23) Diabetes*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		24) Hepatites virais (B/C)*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
25) Insuficiência renal/hemodiálise*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		26) Neoplasia*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
27) Silicose*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		28) Tabagismo*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
29) Transplantado(a) de medula óssea*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		30) Transplantado(a) de órgão sólido*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
31) Uso de corticoterapia prolongada*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		32) Uso de drogas ilícitas*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
33) Usuários de imunobiológicos*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		34) Doença estrutural do pulmão*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
35) Fibrose cística*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		36) Outra(o):
37) Reações adversas maiores*: ( ) Sim ( ) Não		
( ) Acidose láctica: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:		( ) Alveolite alérgica extrínseca: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:
( ) Artralgia incapacitante: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:		( ) Broncoespasmo: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:
( ) Colite pseudomembranosa: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:		( ) Convulsão: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:
( ) Deficiência visual: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:		( ) Depressão: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:
( ) Exantema ou hipersensibilidade grave: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:		( ) Hemorragia digestiva: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:
( ) Hepatotxicidade: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:		( ) Hipertensão intracraniana: Mês de tratamento do início da reação adversa**: / Medicamento suspeito**:

## 2ª Página

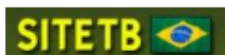
<input type="checkbox"/> <b>Mielotoxicidade (anemia, leucopenia e trombocitopenia):</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____	<input type="checkbox"/> <b>Nefrite intersticial:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Nefrotoxicidade:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____	<input type="checkbox"/> <b>Neurite óptica:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Neuropatia periférica grave:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____	<input type="checkbox"/> <b>Obstrução Intestinal:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Ototoxicidade:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____	<input type="checkbox"/> <b>Pancitopenia:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: <u>Caso</u> de MNT Medicamento suspeito**: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Pancreatite:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____	<input type="checkbox"/> <b>Pneumonia por hipersensibilidade:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Prolongamento do intervalo QT:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____	<input type="checkbox"/> <b>Rabdomiólise:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Rush Cutâneo:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____	<input type="checkbox"/> <b>Sd de Stevens Johnson:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Sintomas psicóticos e depressão:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____	<input type="checkbox"/> <b>Tendinite grave, rotura de tensão de aquiles:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Uveíte:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/__/____ Medicamento suspeito**: _____				
<b>TRATAMENTO</b>				
38) Alteração do esquema terapêutico? <input type="checkbox"/> Sim [preencha a tabela abaixo] <input type="checkbox"/> Não				
Medicação**	Data de início**	Data de término**	Dose unitária**	Frequência**
<b>CASO A CONSULTA ATUAL CORRESPONDA AO MÊS DE ENCERRAMENTO OU TRANSFERÊNCIA, RESPONDA AS QUESTÕES DO PRÓXIMO BLOCO</b>				
<b>ENCERRAMENTO</b>				
39) Transferência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		40) Unidade de saúde de destino**:		
41) Data do fim do tratamento/transferência**: __/__/____				
42) Situação de encerramento*: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Tratamento completo <input type="checkbox"/> Interrupção do tratamento <input type="checkbox"/> Falência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Óbito por outra causa <input type="checkbox"/> Mudança de esquema (Preencha o campo <b>Se Mudança de esquema</b> ) <input type="checkbox"/> Mudança de diagnóstico <input type="checkbox"/> Interrupção primária do tratamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro país				
- Se mudança de esquema para um <b>caso de TB esquema especial ou MNT</b> , selecione o motivo entre as opções abaixo: <input type="checkbox"/> Hepatopatia prévia <input type="checkbox"/> Hepatotoxicidade <input type="checkbox"/> Intolerância grave <input type="checkbox"/> Alergia medicamentosa <input type="checkbox"/> Alterações visuais <input type="checkbox"/> Alterações renais <input type="checkbox"/> Outras doenças				
43) Observações:				

**Legenda:** \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

## Anexo V - Instrução para o preenchimento do Boletim de Acompanhamento de caso de MNT no SITE-TB:

### 1ª Página

(Disponível em [http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/instr\\_bolet\\_acomp\\_MNT\\_maio\\_2025.pdf](http://sitetb.saude.gov.br/download-2025/instr_bolet_acomp_MNT_maio_2025.pdf))



Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose

#### BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DO SITE-TB INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO CASO DE MNT

**\*CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO:** é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no SITE-TB.

**CAMPO ESSENCIAL:** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dados necessários para acompanhamento do tratamento dos indivíduos e para cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

#### Dados do Caso

**Nome do registro\*:** anotar o nome civil do indivíduo em tratamento no SITE-TB, com letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais. Conferir com um documento de identidade, se possível.

**Nome social:** informar o nome pelo qual o indivíduo se identifica e é socialmente reconhecido.

**Unidade de saúde de tratamento:** anotar o nome da unidade de saúde de tratamento do indivíduo notificado no SITE-TB.

**Número no SITE-TB:** preencher o código de identificação do indivíduo no SITE-TB, apresentado como “Número MNT” na janela “Resultado da pesquisa de casos”. Incluir também o dígito deste código, caso exista.

**(DDD) Telefone:** Anotar o DDD e o telefone do indivíduo, preferencialmente celular. Se o mesmo não possuir celular, anotar o telefone da residência ou do trabalho. Se nenhum desses números estiverem disponíveis, anotar telefone de terceiros que permitam contato com o indivíduo.

#### Exames Complementares

**Exame de Baciloscopia\*:** preencher o status do exame de baciloscopia, selecionando as opções: Não realizado, Negativo, Positivo 1 a 9 bacilos, Positivo com (+), (++) ou (+++). Se realizada a baciloscopia, especificar o tipo de **Material\*\*** (Escarro ou outro material), a **Data de coleta\*\*** e a **Data do Resultado**.

**Exame de Cultura\*:** preencher o status do exame de cultura, selecionando as opções: Não realizado, Negativo, Positivo ou Contaminado. Se realizado o exame de cultura, especificar o tipo de **Material\*\*** (Escarro ou outro material), **Data de coleta\*\***, **Data do Resultado** e o **Laboratório\*\*** (Público ou Privado).

**Radiografia de Tórax\*:** preencher status da radiografia de tórax (Não realizado, Unilateral cavitária, Unilateral não cavitária, Bilateral cavitária, Bilateral não cavitária, Normal). Se a radiografia tiver sido realizada, preencher a **Data da radiografia de tórax\***.

**Tomografia Computadorizada\*:** preencher status da tomografia de tórax (Não realizado, Fibrocavitária, Broncocavitária, Outras alterações, Normal). Se realizado, preencher a **Data da realização do exame\*\***

**HIV\*:** preencher status do exame de HIV (Positivo, Negativo, Não realizado).

**TARV\*:** preencher se realização de terapia antirretroviral

**Data da consulta atual\***: registrar data da consulta atual e a **Data da próxima consulta\***.

**Evolução clínica\***: registrar de acordo com a clínica do indivíduo se o prognóstico do tratamento está sendo favorável ou desfavorável.

**Peso (Kg)\***: aferir o peso do indivíduo e registrar o valor neste campo utilizando até três casas decimais.

**Altura (cm)**: medir a altura do indivíduo e registrar o valor em centímetros, como por exemplo: 1 metro e setenta, registrar 170 cm.

**Endereço atual é diferente do endereço de notificação?** informar se houve mudança do endereço de residência do indivíduo em relação ao informado na última consulta.

**Município de residência\*\***: preencher com o nome completo do município em que o indivíduo reside, sem abreviações.

**UF de residência\*\***: anotar o nome da Unidade da Federação que o indivíduo reside.

**Logradouro\*\***: registrar, sem abreviações, com letra de forma legível e sem o uso de acentos e caracteres especiais, o tipo de logradouro (rua, avenida, estrada, rodovia, travessa, beco, ladeira, caminho, etc.), seguido do nome completo do logradouro onde vive o indivíduo em tratamento no SITETB. Conferir a informação com um comprovante de residência, se disponível. Caso não possua residência, preencher como “sem residência”.

**Nº**: preencher com o número da residência do indivíduo. Se a residência não possuir número, preencher com “SN”.

**Bairro**: preencher com o nome completo do bairro de residência do indivíduo em tratamento, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

**Complemento (apto., casa,...)**: caso seja necessária informação complementar para localização da residência do indivíduo em tratamento, anotar em letra de forma legível, sem o uso de acentos e caracteres especiais. EX. BLOCO B, APTO 402, LOTE 25, CASA 14.

**Regional/Distrito de Saúde do município**: registrar o nome completo da regional/distrito de saúde em que o indivíduo reside, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

**CEP**: Anotar o código de endereçamento postal do logradouro da residência do indivíduo.

**Doenças e agravos associados\***: informar presença de doença/agravo ou condição associada (aids, abuso de álcool, diabetes, hepatites virais B/C, insuficiência renal/hemodiálise, neoplasia, silicose, tabagismo, transplantado(a) de medula óssea e/ou órgão sólido, uso de corticoterapia prolongada, uso de drogas ilícitas, usuários de imunobiológicos, doença estrutural do pulmão e fibrose cística, marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”. Se houver outra (o) doença/agravo associado, preencher o nome.

**Reações adversas maiores\***: Informar se houve reações adversas maiores, marcando a opção “Sim” ou “Não”. Caso a resposta seja “Sim”, informar quais foram as reações adversas e registrar o **Mês de tratamento do início da reação\*\*** e o **Medicamento suspeito\*\***. As reações adversas maiores elencadas no SITE-TB são: acidose láctica, artralgia incapacitante, colite pseudomembranosa, deficiência visual, exantema ou hipersensibilidade grave, hepatotoxicidade, mielotoxicidade, alveolite alérgica extrínseca, broncoespasmo, convulsão, depressão, hemorragia digestiva, hipertensão intracraniana, nefrite intersticial, nefrotoxicidade, neurite periférica grave, ototoxicidade, pancreatite, prolongamento do intervalo QT, rush cutâneo, sintomas psicóticos e depressão, uveíte, neurite ótica, obstrução intestinal, pancitopenia, pneumonia por hipersensibilidade, rabdomiólise, síndrome de Stevens Johnson, tendinite grave e rotura de tensão de aquiles.

### Tratamento

**Alteração do esquema terapêutico:** preencher se houve alteração do esquema terapêutico. Se “Sim” preencher a nova medicação\*\*, data de início\*\*, término\*\*, dose unitária\*\* e frequência\*\*.

### Encerramento

**Transferência:** registrar se o indivíduo foi transferido para outra unidade de tratamento. Se “Sim” preencher **Unidade de saúde de destino\*\*** para qual o indivíduo foi transferido.

**Data do fim do tratamento/transferência\*\*:** registrar a data do término do tratamento ou da transferência.

**Situação de encerramento\*:** informar a situação do indivíduo na data do término do tratamento, de acordo com as opções: curado, tratamento completo, interrupção do tratamento, falência, óbito, óbito por outra causa, **mudança de esquema**, mudança de diagnóstico, interrupção primária do tratamento ou transferência para outro país. Se **Mudança de esquema\*\*** selecionar o motivo entre as opções: hepatopatia prévia, hepatotoxicidade, intolerância grave, alergia medicamentosa, alterações visuais, alterações renais e comorbidade.

**Observações:** anotar informações complementares sobre a investigação, notificação ou tratamento, caso considere necessário

*Para preenchimento das informações deste boletim no SITE-TB, é necessária a utilização de diferentes abas da janela “Detalhes do caso”. A relação entre as abas do SITE-TB e os campos deste boletim é apresentada a seguir.*

<i>Aba do SITE-TB</i>	<i>Campos do boletim</i>
<b>Dados do caso</b>	<i>Nome do registro, Nome social, (DDD) Telefone, campos de endereço, HIV</i>
<b>Exames complementares</b>	<i>Exame de Baciloscopia, Exame de Cultura, Teste rápido molecular, Teste de sensibilidade, Radiografia de Tórax</i>
<b>Consulta</b>	<i>Data da consulta atual, Data da próxima consulta, Evolução clínica, Peso (Kg), Altura (cm), Endereço atual é diferente do endereço de notificação? campos de endereço, Doenças e agravos associados, Reações adversas maiores,</i>
<b>Tratamento</b>	<i>Unidade de saúde de tratamento, Alteração do esquema terapêutico, Transferência</i>

*Os campos de encerramento encontram-se na janela Detalhes do caso, na opção “Encerrar o caso”.*