



GUIA

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES)

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CEVS)

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE (DAPPS)

Outubro/2026

2ª Edição



Tuberculose na Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



GUIA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Versão: Outubro de 2026, Porto Alegre.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul

Secretaria Estadual da Saúde

É permitida a reprodução parcial desta publicação, desde que citada a fonte.

Guia Tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS) - 2ªed, 2026.

Organização e redação da 2ª edição:

Carla Adriane Jarczewski - Coordenadora do PECT/SES/RS

Janilce Dorneles de Quadros – DAPPS/SES/RS

Leonardo Souza Esteves - DAPPS/SES/RS

Rosa Albuquerque Castro - PECT/SES/RS

Sabrina da Cunha Godoy - HSP/DGHE/SES/RS

Silvana Boeira Zanella – PECT/SES/RS

Maiara Lenise Lütz - PECT/SES/RS

Brenda D'Agustini - PECT/SES/RS

Ana Catarina Attianeze Branco - PECT/SES/RS

Matheus dos Anjos Catasblancas - PECT/SES/RS

Nelson da Silva Souza Bittencourt - PECT/SES/RS

Priscila Tadei Nakata Zago - HSP/DGHE/SES/RS

O Conteúdo deste Guia e outras publicações podem ser acessados na página:

[Secretaria da Saúde \(saude.rs.gov.br\)](http://saude.rs.gov.br) ou [Atenção Primária \(atencaobasica.saude.rs.gov.br\)](http://atencaobasica.saude.rs.gov.br)

Contato:

Programa Estadual de Controle da Tuberculose

E-mail: tuberculose@saude.rs.gov.br

Divisão da Atenção Primária à Saúde

E-mail: dapsrs@saude.rs.gov.br

Lista de Quadros

Quadro 01: Pontos da rede de apoio intersetorial.....	12
Quadro 02: Atribuições da APS no cuidado à tuberculose.....	15
Quadro 03: Orientações para busca de SR em populações específicas.....	20
Quadro 04: Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade).....	34
Quadro 05: Esquema Básico para o tratamento da tuberculose pulmonar em crianças menores de 10 anos de idade e com peso inferior a 25 Kg.....	35
Quadro 06: Esquema Básico para o tratamento da TB pulmonar em crianças menores de 10 anos de idade com peso igual ou superior a 25 Kg.....	35
Quadro 07: Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB em adultos.....	36
Quadro 08: Reações adversas menores aos fármacos do Esquema Básico*.....	37
Quadro 09: TPT disponíveis para pessoas acima de 10 anos de idade.....	44
Quadro 10: Esquemas de TPT disponíveis para crianças de até 10 anos de idade	46
Quadro 11: Diluição e administração de Isoniazida 100 mg para o Tratamento Preventivo da TB em crianças.....	47

Lista de Figuras

Figura 01: Constituição da RAS no contexto do cuidado à pessoa com tuberculose.....	11
Figura 02: Ações de controle da tuberculose a serem realizadas no âmbito municipal.....	14
Figura 03: QR Code para Link de Transferência Intermunicipal no RS.....	23
Figura 04: Tela do e-SUS APS demonstrando o registro da condição tuberculose no campo Problema e/ou condição detectada.....	25
Figura 05: QR Code para Guia de Diagnóstico Laboratorial da TB no RS.....	26
Figura 06: Infográfico sobre indicações para realização de cultura e teste de sensibilidade no Brasil.....	30
Figura 07: Fluxograma de prevenção da Infecção Tuberculosa em recém-nascido com rifampicina.....	41
Figura 08: QR Code para formulário de solicitação de internação social no HSP....	54
Figura 09: QR Code para mapeamento das referências secundárias de tuberculose.....	55

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
APS	Atenção Primária à Saúde
BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CGDR	Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e de Condições Crônicas
CGTM	Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMTB	Complexo Mycobacterium tuberculosis
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAPPS	Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
DATHI	Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DGHE	Departamento de Gestão dos Hospitais Estaduais
DVIAHV	Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
E	Etambutol
FUNAI	Fundação Nacional dos Povos Indígenas
GERINT	Gerenciamento de Internações Hospitalares
H	Isoniazida
HBV	Vírus da Hepatite B (<i>Hepatitis B Virus</i>)
HCV	Vírus da Hepatite C (<i>Hepatitis C Virus</i>)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HSP	Hospital Sanatório Partenon
IGRA	Ensaio de Liberação de Interferon-Gama (<i>Interferon-Gamma Release Assay</i>)
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ILTB	Infecção Latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>

LF-LAM	Lipoarabinomanano em Fluxo Lateral (<i>Lateral Flow Lipoarabinomannan</i>)
MNT	Micobactérias Não Tuberculosas
MS	Ministério da Saúde
P	Rifapentina
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PPD	Derivado Proteico Purificado (<i>Purified Protein Derivative</i>)
PPL	População Privada de Liberdade
PSR	População em Situação de Rua
PT	Prova Tuberculínica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/aids
QR CODE	Código de Resposta Rápida (<i>Quick Response Code</i>)
R	Rifampicina
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REF-TB	Referência Secundária da Tuberculose
RN	Recém-nascido
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SITE-TB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SR	Sintomático Respiratório
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TPT	Tratamento Preventivo para Tuberculose
TR	Teste Rápido
TRM-TB	Teste Rápido Molecular para Tuberculose
TS	Teste de Sensibilidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar
VE	Vigilância Epidemiológica
Z	Pirazinamida

Sumário

1. Introdução.....	7
2. Objetivo.....	10
3. Tuberculose na Rede de Atenção à Saúde (RAS): Organização do Cuidado em Nível Municipal.....	11
3.1. Organização do Cuidado em Nível Municipal.....	13
4. Pontos de Atenção da RAS.....	15
4.1. Atenção Primária à Saúde.....	15
4.1.1. A Atuação do Enfermeiro.....	17
4.2. Referências Secundárias.....	18
4.3. Referência Terciária.....	18
5. Detecção de Casos Suspeitos de Tuberculose: Avaliação do Sintomático Respiratório.....	19
6. Notificação dos Casos de Tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).....	22
6.1. Transferências de Pacientes no SINAN.....	22
7. Orientações para Registro no e-SUS APS.....	24
8. Diagnóstico.....	26
8.1. Métodos Diagnósticos.....	27
8.1.1. Baciloscopia.....	27
8.1.2. Teste Rápido Molecular (TRM-TB).....	28
8.1.3. Cultura para Micobactérias, Identificação e Teste de Sensibilidade.....	28
8.1.4. Radiografia de tórax.....	30
8.1.5. LF-LAM (Teste de Fluxo Lateral para Detecção de Lipoarabinomanano em Urina).....	31
8.1.6. Prova Tuberculínica (PT).....	32
9. Tratamento.....	33
9.1. Reações Adversas ao Tratamento da Tuberculose.....	36
9.2. Tratamento Diretamente Observado (TDO).....	37
10. Controle e Investigação de Contatos.....	40
11. Infecção Latente da Tuberculose (ILTB).....	42
11.1 Tratamento Preventivo da Tuberculose:.....	42
12. Sigilo.....	48
Referências.....	49
APÊNDICES.....	54
ANEXOS.....	58

1. Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de transmissão aérea causada por um conjunto de bactérias pertencentes ao Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB), sendo majoritariamente causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, e permanece sendo um desafio à saúde pública mundial (WHO, 2024).

O Brasil é um dos países com alta carga dessa doença e enfrenta dificuldades para controlar esse 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, agravadas pelas 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 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 doença¹ e um cuidado centrado no paciente articulado em rede (Brasil, 2019). Nesse contexto, a descentralização do tratamento da TB para a Atenção Primária à Saúde (APS) 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.

As estratégias programáticas de controle da TB estão no escopo das atribuições da APS. Essas atribuições foram reafirmadas recentemente, através da publicação da Resolução nº 709/2023 do Conselho Nacional de Saúde, que reforçou o papel central da APS na prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento do agravo. Em 2024, através dos recursos disponibilizados pelas Portarias GM/MS nº 4868 e 4869, o Programa Estadual de Controle da Tuberculose do RS (PECT/RS)

¹ 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 substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, migração, além de barreiras culturais e econômicas como determinantes sociais relacionados à ocorrência de TB.

direcionou os recursos ao fortalecimento da linha de cuidado da tuberculose, através da habilitação de Referências Secundárias em TB, permitindo a organização da referência e contrarreferência e dos fluxos entre serviços assistenciais, melhorando o acesso aos serviços especializados e continuidade do cuidado entre diferentes serviços e níveis de atenção.

No Brasil, assim como em vários países, a TB é considerada condição sensível à APS e a organização das ações de atendimento à TB nesse nível de atenção estão incluídas no Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose (Brasil, 2017a): Dentre as ações realizadas na APS, destaca-se:

- Identificar novos casos no território, através da **busca ativa** de sintomáticos respiratórios (SR);
- 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 tratamento preventivo dos contatos**, quando indicado;
- **Realizar o TDO**, garantindo a adesão ao tratamento e reduzindo desfechos por interrupção ou drogaresistência;
- Participar da construção de estratégias que visem fortalecer a comunicação entre os três níveis de atenção, de forma a estimular que aconteça a **referência e contrarreferência dos casos de TB**;
- **Notificar os casos confirmados** no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (**SINAN**); e
- Participar da **construção de planos compartilhados de cuidado** com a rede intersetorial, para a promoção do cuidado de usuários em situação de vulnerabilidade social.

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

Embora este manual apresente as atribuições e os fluxos das Referências Secundárias e Terciárias, o foco principal deste guia é instrumentalizar as equipes de APS para a condução dos casos que utilizam o Esquema Básico, o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) e a busca ativa de sintomáticos respiratórios no território. O detalhamento de outros pontos de atenção da RAS é apresentado exclusivamente com o propósito de viabilizar a coordenação do cuidado, o matriciamento e o correto fluxo de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de complexidade.

2. Objetivo

Este guia tem como objetivo orientar o cuidado da tuberculose na APS, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), reforçando o papel da APS como coordenadora do cuidado, em consonância com as recomendações nacionais de controle da doença. Busca-se promover a organização do cuidado articulado em rede, o enfrentamento das situações de vulnerabilidade associadas à tuberculose e a definição de critérios para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos, de modo a fortalecer a integralidade, a continuidade e a qualidade da atenção prestada às pessoas acometidas pela doença. Além disso, são apresentados outros pontos da RAS para facilitar a integração do profissional às diretrizes da rede, já que, por exemplo, está no escopo da APS coordenar o TDO compartilhado com as referências secundárias e/ou terciárias.

3. Tuberculose na Rede de Atenção à Saúde (RAS): Organização do Cuidado em Nível Municipal

A RAS tem como objetivo prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção, que de fato, atenda às necessidades da população adscrita (Brasil, 2019). Nessa estrutura de rede, o serviço de Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial no atendimento da pessoa, da família e da comunidade. No contexto do cuidado à pessoa com tuberculose, é fundamental que as equipes de APS e as referências especializadas realizem acompanhamento mensal qualificado e integral, desde a suspeita de casos até o diagnóstico e tratamento, inclusive após o seu desfecho, coordenando o cuidado na ação multiprofissional da equipe de saúde, nas articulações com outros níveis de atenção e também nos espaços intersetoriais (Brasil, 2021a).

Para isso, é essencial que os profissionais e gestores municipais conheçam as atribuições de cada nível de atenção acerca do cuidado à TB, promovendo ações e organizando a RAS para o enfrentamento da tuberculose.

Na constituição da RAS no contexto do cuidado à pessoa com tuberculose, além dos pontos de atenção primária e ambulatorial, temos a rede hospitalar e os sistemas de apoio, conforme demonstrado na figura 01.

Figura 01: Constituição da RAS no contexto do cuidado à pessoa com tuberculose.



Fonte: Elaboração própria da SES/RS, 2026; Adaptado de Brasil, 2019.

Em relação à atenção hospitalar, no RS contamos com dois tipos de internação para pacientes com TB:

- Hospital Geral, UPA e Emergência e
- Hospital Sanatório Partenon (HSP).

Maiores informações sobre a atenção hospitalar encontram-se no apêndice I deste guia.

Em relação aos sistemas de apoio, o município é responsável por mapear as necessidades e estabelecer os fluxos e procedimentos necessários para que a APS possa garantir o diagnóstico e tratamento da pessoa com tuberculose, conforme descrito no **item 3.1**. Importante salientar que, além dos sistemas de apoio tradicionais e bem conhecidos (apoio diagnóstico, assistência farmacêutica e insumos), a rede intersetorial deve ser mobilizada com vistas a melhorar o enfrentamento das situações de vulnerabilidades relacionadas à doença e o cuidado articulado em rede. No quadro 01 são apresentados alguns exemplos de sistemas de apoio intersetorial que devem ser explorados no contexto do cuidado à pessoa com tuberculose.

Quadro 01: Pontos da rede de apoio intersetorial

Situações
Socioassistenciais: Acesso da pessoa com tuberculose à segurança alimentar e outros programas de proteção social (Cadastro Único, Benefício de Prestação Continuada, Benefícios Eventuais, entre outros) para viabilizar suporte às pessoas com tuberculose em situação de vulnerabilidade. Alguns serviços disponíveis: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Referência Especializada para a População em Situação de Rua (Centro POP).
Conselho Tutelar: Orientação à família caso o direito da criança e/ou do adolescente com tuberculose seja violado. Serviço disponível: Conselho Tutelar – integrante da administração pública local.
Previdência Social: Acesso da pessoa com tuberculose aos procedimentos para aquisição de auxílio doença e aposentadoria por invalidez e outros benefícios, conforme diretrizes da Previdência.
Organizações da Sociedade Civil: Articulação com as organizações da sociedade civil e controle social para viabilizar oferta de ações, além da saúde para pessoas com tuberculose em vulnerabilidade. Algumas ferramentas e serviços disponíveis: Conselhos de Saúde, Comitês de Tuberculose, Comitês de Pessoas em

Situação de Rua, Pastoral da Criança e do Adolescente, Organizações Não Governamentais, Centros Comunitários, Igrejas.

Direitos Humanos: Articulação ou orientação para atividades voltadas à promoção, garantia e defesa dos direitos humanos de pessoas com tuberculose em situação de vulnerabilidade social. Algumas ferramentas e serviços disponíveis: Fundação Nacional do Índio (FUNAI) - articulação ou orientação caso o direito do indígena com tuberculose seja violado. Coordenações Regionais da FUNAI. Imigração: atendimento à pessoa com tuberculose em condição de imigração. Departamento Penitenciário: articulação em caso de pessoa privada de liberdade com tuberculose.

Dispositivos para habitação: Aluguel social para a pessoa com tuberculose, entre outras ferramentas/estratégias que possam estar disponíveis no território.

Mobilidade urbana: Transporte para a realização do tratamento da tuberculose entre outras ferramentas/estratégias que possam estar disponíveis no território.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2021a.

3.1. Organização do Cuidado em Nível Municipal

A organização do cuidado à pessoa com tuberculose em nível municipal, deve levar em consideração a estrutura municipal e a RAS. Conhecer as referências secundária e terciária, bem como as competências de cada ponto de atenção, é fundamental para que a APS realize a coordenação do cuidado. Recomenda-se que cada município realize o mapeamento da sua rede local e de suas referências, conforme instrução contida na publicação “Linha de Cuidado da Tuberculose: Orientação para Gestores e Profissionais da Saúde” (Brasil, 2021a), identificando os pontos de atendimento e de apoio e critérios localizados no território municipal e/ou fora dele.

No que se refere ao âmbito municipal, as ações preconizadas são apresentadas no fluxograma a seguir (Figura 02). É importante salientar que cada município deve ter determinado e divulgados os locais de dispensação/fornecimento e cuidado farmacêutico (Brasil, 2021a) e os laboratórios municipais (próprios ou conveniados) responsáveis pela realização dos exames de baciloscopia de diagnóstico e controle, de Teste Rápido Molecular para TB e semeadura de cultura, bem como dos serviços de radiologia para a realização de exames de imagem (raio X de tórax, entre outros). Para que as ações possam ser executadas a contento, os pontos de apoio da rede, inclusive assistência farmacêutica e laboratorial, devem ser divulgados e conhecidos pela APS (Brasil, 2019).

Figura 02: Ações de controle da tuberculose a serem realizadas no âmbito municipal.



Fonte: Elaboração própria da SES/RS, 2026.

As informações relacionadas às Referências Secundária e Terciária em Tuberculose podem ser encontradas no item 4.2 e 4.3 deste manual e as informações relacionadas à rede laboratorial no item 8.

Deste modo, recomenda-se a realização de capacitações periódicas, em todos os serviços do município, abordando a temática da tuberculose. É fundamental a participação, nessas ações de educação permanente, de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde municipais, incluindo equipes assistenciais, profissionais de recepção e de vigilância. Destaca-se, ainda, a importância de envolver agentes de diferentes instituições, tais como o sistema prisional e as equipes de saúde indígena, considerando a relevância desses atores na prevenção, detecção e acompanhamento dos casos (Brasil, 2022a).

4. Pontos de Atenção da RAS

4.1. Atenção Primária à Saúde

O acompanhamento dos casos de TB faz parte das ações da APS com potencial de interferir positivamente na adesão ao tratamento. Esta ação, juntamente com a detecção dos casos da doença, diagnóstico, tratamento precoce, operacionalização do TDO e condução de Projeto Terapêutico Singular (PTS), configuram-se como parte do cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias. As atribuições da APS estão apresentadas no quadro 02.

Quadro 02: Atribuições da APS no cuidado à tuberculose

Situações
Realizar Vacina BCG – monitorar cobertura vacinal.
Investigar os Sintomáticos Respiratórios no território da UBS (conforme Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - 2a Edição e suas atualizações).
Identificar pessoas com suspeita de tuberculose em situações especiais e de vulnerabilidade (HIV, situação de rua, privados de liberdade, indígenas, em instituições de longa permanência, entre outros).
Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário.
Solicitar exames Complementares (Raio X, Exames laboratoriais) e Teste Rápido Molecular para TB conforme indicação.
Indicar e prescrever o Esquema Básico (conforme Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - 2a Edição e suas atualizações) para tratamento da tuberculose sensível, nos casos com baciloscopia positiva: caso novo, recidiva após cura, reingresso após interrupção do tratamento.
Encaminhar os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloskopias e/ou teste rápido molecular negativos, para elucidação diagnóstica nas referências secundárias.
Acompanhar o caso de TB do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloskopias 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.
Encerrar os casos conforme critérios padronizados (cura, abandono, óbito, transferência).
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.
Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos disponíveis.

Investigar os contatos de pessoas com tuberculose e realizar tratamento preventivo para Infecção Latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (ILTB) quando indicado (conforme Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - 2a Edição e suas atualizações).
Realizar Tratamento Diretamente Observado (TDO) de 100% dos casos de TB presentes no território.
Realizar o TDO compartilhado juntamente com a referência (secundária ou terciária) que acompanha o usuário.
Manter o vínculo e acompanhamento dos casos de TB do seu município que estão tratando em outras instâncias (Referência Secundária e Referência Terciária).
Tratar efeitos adversos menores (conforme Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - 2a Edição e suas atualizações).
Oferecer apoio aos usuários em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros serviços.
Utilizar ferramentas disponíveis para a prestação do cuidado integral, PTS ² , clínica ampliada, articulação com outros serviços e setores (articular rede intersetorial).
Realizar diagnóstico situacional do território, por meio da análise de dados epidemiológicos, sociais e assistenciais, visando identificar populações vulneráveis à tuberculose e orientar ações de prevenção, detecção precoce e cuidado.
Promover educação permanente das equipes de saúde para qualificação do cuidado em TB.
Promover educação permanente junto à comunidade sobre a tuberculose, abordando aspectos relacionados à transmissão da doença e sinais de alerta, bem como orientações sobre a busca oportuna por diagnóstico diante de sintomas suspeitos. Sensibilizar a população quanto à importância da adesão e continuidade do tratamento, da realização de exames pelos contatos de casos confirmados e do enfrentamento do estigma e da discriminação associados à doença.

Fonte: Elaboração própria da SES/RS, 2026.

Esse cuidado envolve outros profissionais, além do médico e do enfermeiro (Brasil, 2017b). Neste sentido é importante salientar que os agentes comunitários de saúde 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), sendo estes profissionais fundamentais na busca de sintomáticos respiratórios, bem como na realização do seguimento das pessoas com TB e seus familiares a fim de estimular o autocuidado e o apoio para que não haja interrupções do tratamento. Dentre as principais atribuições desses profissionais também estão a

² Para saber mais acesse o Guia Projeto Terapêutico Singular para equipes da APS, disponível em: [Processos de Trabalho da APS - Atenção Primária do RS](#)

identificação de contatos, as visitas domiciliares para a realização do TDO, além da busca do usuário que não compareceu à consulta para seguimento do tratamento.

No cuidado integral às pessoas com TB a **APS deve ser capaz de realizar: diagnóstico de tuberculose, tratar os casos de tuberculose sensível com Esquema Básico (exceto os casos de TB meningoencefálica e osteoarticular)**, implementar e conduzir o TDO, acompanhar e monitorar os casos em tratamento e avaliar seus contatos (BRASIL, 2019).

O processo de descentralização das ações programáticas para a APS deve ser estimulado, em articulação com o PMCT.

Para a organização das ações na APS, sugere-se como material complementar o “[Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil](#)” (Brasil, 2019), o documento “[Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Enfermagem](#)” (Brasil, 2022a) e o [Guia de Diagnóstico Laboratorial da TB no RS](#) (SES/RS, 2024).

4.1.1. A Atuação do Enfermeiro

O exercício legal do enfermeiro na APS é garantido mediante a adoção de protocolos institucionais que estejam de acordo com a legislação em vigor e reconhecidos pelo gestor municipal. Além disso, a prescrição de medicamentos por enfermeiros no Brasil constitui prática legal, respaldada pela Lei nº 7.498/1986 e regulamentada pela Resolução COFEN nº 801/2026, a qual consolida a autonomia profissional no âmbito da assistência à saúde. Essa atribuição deve estar necessariamente vinculada a protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e programas de saúde pública, assegurando que a prescrição contenha a identificação completa do paciente, do serviço e do profissional, bem como a utilização da denominação genérica do medicamento. Tais requisitos garantem a segurança, a qualidade assistencial e a conformidade ética da prática, em alinhamento com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Deste modo, os municípios podem utilizar o documento “[Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Enfermagem](#)” para elaborar seu protocolo municipal (podendo utilizá-lo na íntegra, mediante adequada citação) e respaldar a

atuação dos enfermeiros, inclusive a prescrição de medicamentos, no âmbito do cuidado do paciente com tuberculose.

Os protocolos de enfermagem elaborados pelos municípios podem ser encaminhados ao COREN-RS (através do e-mail: protocoloenfermagem@portalcoren-rs.gov.br), para análise técnica e homologação do Plenário, objetivando que o documento esteja em conformidade com as diretrizes do COFEN para elaboração de protocolos de enfermagem na APS.

4.2. Referências Secundárias

Casos de TB que não utilizam o Esquema Básico ou que por sua maior complexidade fogem do escopo da APS ficam a cargo das Referências Secundárias. Maiores informações estão disponíveis no Apêndice II.

4.3. Referência Terciária

A referência terciária é a responsável pela condução dos casos de tuberculose drograrresistente. Maiores informações estão disponíveis no Apêndice III.

5. Detecção de Casos Suspeitos de Tuberculose: Avaliação do Sintomático Respiratório

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 SR, definidos como indivíduos que apresentam tosse por três ou mais semanas, e destes, estima-se que 4% sejam casos de TB ativa. O tempo de três semanas de tosse é válido para a população geral, porém em populações com maior risco de adoecimento (ver quadro 03), deve-se investigar tuberculose na presença de tosse por qualquer tempo de duração (Brasil, 2019).

A busca de SR 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; e
- **Busca Ativa:** é aquela em que a equipe estabelece ações fora da Unidade de Saúde, na comunidade.

Quadro 03: Orientações para busca de SR em populações específicas

Sistema prisional ³	Busca ativa de sintomático respiratório: deve ser realizada no momento do ingresso no sistema prisional (dentro de, no máximo, 7 dias) e entre os contatos. Além da busca ativa através de entrevista, é indicado o exame radiológico como forma de triagem, para todas as PPL. Recomenda-se também o rastreamento em massa (“campanha”), idealmente duas vezes ao ano, que consiste em uma entrevista para investigação de todas as PPL sobre a presença de tosse, tratamento anterior de TB e infecção por HIV. Na presença de tosse por qualquer tempo de duração, devem ser encaminhados para a realização de exames de diagnóstico. Busca passiva se dá a partir da demanda espontânea (quando a PPL demanda por serviço de saúde) e a equipe de saúde deve investigar a TB.
Instituições fechadas	Em instituições fechadas na área dos serviços de APS, como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) 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. Pessoas com tosse por qualquer tempo de duração, devem realizar a investigação clínica para TB.
População indígena	Deve-se estabelecer uma rotina 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. Pessoas com tosse por qualquer tempo de duração, devem realizar a investigação clínica para TB.
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 na rua, para identificação dos casos e encaminhamento, com articulação entre unidades de saúde e abrigos, visando o cuidado compartilhado. Pessoas com tosse por qualquer tempo de duração, devem realizar a investigação clínica para TB.
Contato de TB pulmonar ou laríngea	Se apresentar tosse por qualquer tempo de duração, devem realizar a investigação clínica para TB.
Pessoas que vivem com HIV	
Imigrantes	
Profissionais de saúde	
População com <i>Diabetes mellitus</i>	Se apresentar tempo de tosse de 2 semanas ou mais, devem realizar a investigação clínica para TB.

Fonte: Brasil 2019, 2022a.

³ Para mais informações acessar [Nota Informativa Conjunta Nº 01/2022 - Vigilância Epidemiológica da Tuberculose \(TB\) na Saúde Prisional](#).

O rastreamento, conforme Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na APS (APÊNDICE IV), deve ser realizado de forma compartilhada com outros pontos da RAS. Essas ações proporcionam a redução da carga de bacilos da população, consequentemente diminuindo a incidência de tuberculose no território.

6. 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). Portanto, **notificam-se os casos de tuberculose confirmados** por critério laboratorial ou clínico-radiológico e/ou os tratamentos de prova. Mediante a confirmação de um caso de tuberculose, a Unidade de Saúde (pública ou privada) que identifica o caso é responsável pela sua notificação.

A notificação é feita por meio do preenchimento da “Ficha de notificação/Investigação de Tuberculose” (**Anexo II**). Uma vez iniciado o tratamento medicamentoso, os casos de tuberculose devem ser **obrigatoriamente** acompanhados mensalmente até o seu encerramento.

É imprescindível a utilização do Boletim de Acompanhamento (**Anexo III**), relatório emitido no SINAN e enviado mensalmente pela VE ou PMCT (variando de acordo com cada município), aos serviços notificadores para atualização de resultados de baciloscopias de acompanhamento e demais exames laboratoriais, realização do TDO, identificação e avaliação de contatos e situação de encerramento dos casos. Neste relatório estarão presentes todos os pacientes com notificações em aberto naquele serviço notificador/unidade de tratamento referente ao mês anterior. Estes dados devem ser retornados à VE ou PMCT para qualificação e digitação no SINAN.

6.1. Transferências de Pacientes no SINAN

As transferências de pacientes devem ser informadas ao Órgão Responsável (PMCT ou VE, variando de acordo com cada município), sendo esse contato realizado conforme fluxo instituído municipalmente. É importante que esta transferência seja registrada no prontuário do paciente para que facilite a comunicação entre serviços.

O Órgão Responsável fará o contato com a unidade de saúde de destino para a devida continuidade do tratamento do paciente. Este processo também destaca a importância do Boletim de Acompanhamento da Tuberculose, pois neste documento são enviadas informações necessárias para o encerramento da ficha do SINAN e

transferência de unidades. Para transferências dentro do próprio município, este fluxo basta.

Para transferências intermunicipais de pacientes em uso de Esquema Básico, foi instaurada a automatização do fluxo de transferências por meio do preenchimento do formulário online, visando garantir maior taxa de adesão ao tratamento por meio da simplificação do processo de trabalho ao centralizar as informações de transferência e acelerar o envio e recebimento do documento e notificação pelo município de destino, para que o mesmo dê seguimento ao tratamento o mais breve possível. O link para formulário encontra-se em https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSey6bUFT0HAHt214Ed7VP_FH41XM9Dg_cS7lxcwDmksZ9t2xw/viewform?usp=send_form ou no QR Code abaixo (Figura 03):

Figura 03: QR Code para Link de Transferência Intermunicipal no RS.



Fonte: Elaboração própria da SES/RS, 2026.

Para maiores detalhes, consultar a Nota Informativa N° 12/2026 (SES/RS).

7. Orientações para Registro no e-SUS APS

O e-SUS APS é uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional. O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente o sistema de softwares necessários à implementação da estratégia e-SUS APS: Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Os municípios ainda podem utilizar sistemas próprios/terceiros, com adequada integração ao Sistema de Informação em Saúde para Atenção Primária à Saúde (SIAPS). Cabe ressaltar que, a partir do novo modelo de financiamento da APS, os dados enviados ao SIAPS serão fundamentais para o repasse financeiro às equipes, por meio dos indicadores de desempenho. É imprescindível que os registros das ações relacionadas ao cuidado dos usuários, seja em consultas, visitas domiciliares ou em outro tipo de atendimento, sejam inseridos através das ferramentas de entrada de dados da Estratégia e-SUS APS. Isto é necessário para a realização adequada do monitoramento, avaliação e repasse financeiro referente às ações realizadas pelas equipes.

O correto registro das informações deve ser realizado observando:

- O cadastro individual do usuário, o mais completo possível, com dados do CPF atualizados;
- O registro da condição "tuberculose" no prontuário eletrônico, por profissional médico ou enfermeiro, utilizando o campo "Problema e/ou condição detectada", incluindo obrigatoriamente o CIAP2 (sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária - Segunda Edição) ou o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão) correspondentes.
- **Códigos CIAP2:** Tuberculose código A70 (Figura 04).
- **Principais códigos CID-10:** Z20.1; Z11.1; Z030; A15; A17; A18; A19. Tuberculose associada a outras doenças: N74.0; N74.1; B20.0; J65; O98.0; P37.0. Considerar febre (R50) e tosse (R05).

- A transmissão mensal dos dados de produção da Atenção Primária para a base nacional do SIAPS, até o décimo dia útil do mês subsequente à sua realização (PORTARIA Nº 4, DE 28 DE JANEIRO DE 2021).

Figura 04: Tela do e-SUS APS demonstrando o registro da condição tuberculose no campo Problema e/ou condição detectada

Problema e / ou condição detectada *

CIAP2

CID10 **TUBERCULOSE**
A70 incl: TODO O TIPO DE INFECÇÕES DE TUBERCULOSE EM QUALQUER PARTE DO CORPO, EFEITOS TARDIOS.
excl:

Notas

CIAP2	Descrição da CIAP2	CID10	Descrição do CID10	Nota
Nenhum item encontrado.				

Fonte: e-SUS APS, 2026.

8. Diagnóstico

A forma clínica pulmonar da TB é a mais importante do ponto de vista epidemiológico, em função da transmissão por via respiratória. Diante disso e da alta incidência de tuberculose no território gaúcho, recomenda-se que o todo SR seja investigado para TB (conceito de sintomático respiratório está apresentado no item 5). O diagnóstico da tuberculose envolve a avaliação de critérios clínicos (sinais e sintomas), radiológicos e laboratoriais. Os métodos para o diagnóstico laboratorial são a baciloscopia, a cultura para micobactérias e Teste Rápido Molecular/GeneXpert (TRM-TB). As competências e as referências para realização dos exames laboratoriais, podem ser consultadas no documento “Guia de Diagnóstico Laboratorial da TB no RS” disponível no link <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202408/14092610-guia-de-diagnostico-laboratorial-de-tb-final.pdf> ou no QR code abaixo (Figura 05):

Figura 05: QR Code para Guia de Diagnóstico Laboratorial da TB no RS.



Fonte: Elaboração própria da SES/RS, 2026.

SINAIS E SINTOMAS CLÁSSICOS DE TUBERCULOSE:

Tosse, febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, astenia (cansaço e mal estar), emagrecimento, dor torácica, hemoptise e/ou escarro hemático.

ATENÇÃO: Nas apresentações extrapulmonares, os sinais e sintomas vão depender dos órgãos ou sistemas acometidos (Brasil, 2019).

PVHA: Sendo a TB uma infecção de alta prevalência entre pessoas vivendo com HIV ou aids, sua presença deve ser investigada em **todas as oportunidades de atendimento** a esse grupo. Também é necessário realizar o teste para o diagnóstico da infecção pelo HIV em todas as pessoas com diagnóstico de TB (Brasil, 2024).

Para PVHA que atendem a critérios específicos, o teste de fluxo lateral para detecção do antígeno lipoarabinomanano em urina (LF-LAM) pode ser utilizado para auxiliar no diagnóstico da tuberculose. Os critérios para a utilização do LF-LAM estão descritos no item 8.1.5.

Quando houver condições adequadas, os casos de tuberculose extrapulmonar sensível podem ser diagnosticados e conduzidos na APS. Quando necessário, podem contar com o apoio das REF-TB para elucidação diagnóstica, conforme as Resoluções nº 584/2024 e nº 148/2025 da CIB/RS.

8.1. Métodos Diagnósticos

8.1.1. Baciloscopia

A baciloscopia, ou exame microscópico, é a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) em um esfregaço de amostra clínica (Brasil, 2022e).

A baciloscopia de escarro é indicada nas seguintes condições:

- No SR, durante a estratégia de busca ativa;
- Em caso de suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse; e
- Para acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares.

A baciloscopia de escarro para diagnóstico deve ser realizada em duas amostras: uma na primeira consulta do SR 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](#) (Brasil, 2019, p. 62).

Os 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). Para isso, é fundamental que as unidades estejam familiarizadas com os fluxos de transporte de amostra e monitoramento de resultados e que haja insumo disponível (frasco apropriado) para coleta de escarro de forma permanente em todas as unidades de saúde.

A baciloscopia do escarro também é realizada para o acompanhamento dos casos de tuberculose pulmonar e laríngea já diagnosticados. A pesquisa de BAAR no escarro é fundamental para o monitoramento da eficácia terapêutica e controle da

transmissão do bacilo. Nesses pacientes já diagnosticados as baciloscopias devem ser realizadas mensalmente e seu resultado deve ser enviado no Boletim de Acompanhamento da Tuberculose, conforme item 6.

8.1.2. Teste Rápido Molecular (TRM-TB)

O TRM-TB detecta tanto a presença dos bacilos causadores da tuberculose como de mutações associadas à resistência à rifampicina. Ele pode ser realizado diretamente em amostras de escarro. Está indicado para o diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos, adolescentes e crianças, bem como para a avaliação da resistência à rifampicina tanto em casos novos como em retratamentos. Em pacientes com tratamento prévio para tuberculose o método não deve ser utilizado para o diagnóstico de tuberculose e nem para o controle do tratamento, visto que um paciente já tratado para tuberculose poderá apresentar o resultado do TRM como detectado independente da presença da doença ativa, nesses casos, seu uso se restringe à investigação de resistência à rifampicina. Para o controle e acompanhamento do tratamento da tuberculose devem ser realizadas as baciloscopias mensais assim como a baciloscopia no momento do diagnóstico.

O TRM-TB é um importante avanço na luta contra a tuberculose. Pela primeira vez, um teste molecular é suficientemente simples e robusto (Brasil, 2022e). No entanto, a baciloscopia, a cultura e os Testes de Sensibilidade (TS) seguem sendo ferramentas essenciais para o monitoramento do tratamento e para a avaliação de sensibilidade às outras drogas utilizadas no tratamento da tuberculose.

No Rio Grande do Sul, atualmente, estão disponíveis equipamentos em 19 municípios: Alvorada, Bagé, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Canoas, Charqueadas, Gravataí, Palmeira das Missões, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Sapucaia do Sul, São Borja, São Leopoldo, Uruguaiana e Viamão (SES/RS, 2024).

8.1.3. Cultura para Micobactérias, Identificação e Teste de Sensibilidade

A cultura é o exame laboratorial que permite a multiplicação e o isolamento de BAAR a partir da semeadura da amostra clínica (Brasil, 2022e). É um método

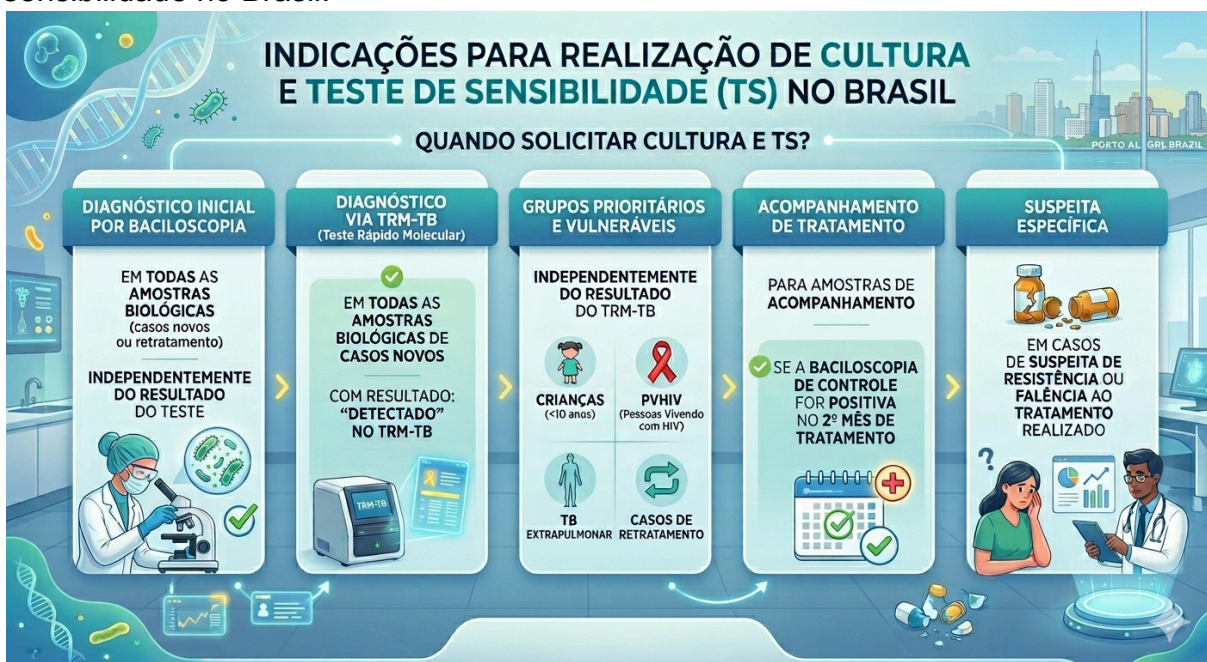
sensível e específico para o diagnóstico das doenças causadas por micobactérias que permite a diferenciação entre as micobactérias causadoras de tuberculose (CMTB) e de outras micobactérias que causam micobacterioses, as chamadas micobactérias não tuberculosas (MNT). Nos casos de TB pulmonar com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença, sendo, portanto, relevante a sua solicitação nos casos de pacientes com baciloscopia negativa que apresentam sintomas respiratórios.

Já o TS é realizado a partir das culturas positivas para CMTB. O objetivo do TS é investigar se as cepas dos microrganismos presentes na infecção da pessoa com tuberculose são sensíveis ou resistentes aos fármacos de primeira e/ou de segunda linha utilizados no tratamento da doença. Nos casos de sensibilidade, os pacientes devem responder ao tratamento e, nos casos de resistência, o esquema terapêutico deve ser reavaliado.

Idealmente, **a cultura deve ser realizada para todos os indivíduos com suspeita de TB** — abrangendo tanto casos novos quanto retratamentos —, independentemente do resultado da baciloscopia. No caso específico da população privada de liberdade, dada a elevada prevalência de cepas multirresistentes, a cultura e o TS são mandatórios para todos os sintomáticos respiratórios identificados, devendo ser realizados de forma complementar à baciloscopia ou ao TRM-TB (Brasil, 2019).

As diretrizes brasileiras vigentes para a solicitação de cultura e TS encontram-se sintetizadas na Figura 06.

Figura 06: Infográfico sobre indicações para realização de cultura e teste de sensibilidade no Brasil.



Fonte: Elaboração própria da SES/RS com auxílio de inteligência artificial (Gemini/ Google), 2026, baseado em diretrizes do Ministério da Saúde.

Recomenda-se a repetição da cultura a cada três meses. O TS deve ser repetido somente quando houver sinais de resistência ou falência clínica. Já o TS de segunda linha deve ser realizado quando há detecção de resistência a qualquer um dos fármacos de primeira linha.

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. As competências e as referências para realização dos exames laboratoriais, podem ser consultadas no documento *Guia de Diagnóstico Laboratorial da TB no RS* (SES/RS, 2024).

8.1.4. 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 com TS e/ou TRM-TB) 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 e a segunda no final do tratamento (Brasil, 2019).

8.1.5. LF-LAM (Teste de Fluxo Lateral para Detecção de Lipoarabinomanano em Urina)

O LF-LAM é um teste *point-of-care* que detecta a presença do antígeno lipoarabinomanano em urina e está indicado para investigação de TB ativa em pessoas com HIV/aids (Brasil, 2021b), não estando indicado como diagnóstico para a população geral.

Na população HIV/aids, a testagem rápida para TB por meio do LF-LAM, deve ser realizada **para os casos que atendam aos critérios específicos**. O LF-LAM é um **método auxiliar** ao diagnóstico da TB ativa em PVHA, tanto nos serviços de atenção primária quanto nos serviços especializados.

As indicações para o uso/critérios de uso do LF-LAM estão contidas na Nota Informativa Nº 6/2023-CGTM/DVIAHV/SVSA/MS e estão listadas abaixo:

PVHA em Atendimento hospitalar/internação:

- Com contagem de Linfócitos T-CD4+ < 200 células/mm³, independentemente da presença de sintomas de TB;
- Com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente da contagem de LT-CD4+;
- Severamente/gravemente doentes.

PVHA em Atendimento ambulatorial:

- Com contagem de Linfócitos T-CD4+ < 100 células/mm³, independentemente de sintomas de TB;
- Com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente da contagem de LT-CD4+;
- Severamente/gravemente doentes.

O resultado **reagente no LF-LAM é suficiente para a instituição imediata do tratamento de TB**. Embora a investigação deva ser complementada com TRM-TB e cultura, a negatividade destes exames subsequentes não justifica a interrupção da terapêutica já iniciada. Inversamente, um resultado não reagente no LF-LAM não exclui o diagnóstico de TB ativa; nesses casos, a investigação deve prosseguir, avaliando-se inclusive a indicação de teste terapêutico em situações individualizadas.

8.1.6. Prova Tuberculínica (PT)

A prova tuberculínica (PT) é utilizada para diagnóstico de ILTB, e pode auxiliar no diagnóstico de tuberculose ativa em crianças (WHO, 2015). Uma PT positiva não confirma o diagnóstico de TB ativa, assim como uma PT negativa não o exclui (Brasil, 2019).

A prova tuberculínica é um teste diagnóstico que se baseia em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação do PPD (Derivado Protéico Purificado) por via intradérmica, em que a leitura é realizada em **48 a 72 horas** após a aplicação, podendo ser estendida até **96 horas** (Brasil, 2014).

9. 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 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 é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção, ambos em apresentações farmacológicas em dose fixa combinada. Estão disponíveis uma apresentação de RHZE (4 fármacos em 1 comprimido), contendo 150 mg de Rifampicina (R) + 75 mg de Isoniazida (H) + 400 mg de Pirazinamida (Z) + 275 mg de Etambutol (E) em cada comprimido, e duas apresentações de RH (2 em 1), uma contendo 150 mg de Rifampicina + 75 mg de Isoniazida em cada comprimidos e a segunda, incluída em 2022, contendo 300 mg de Rifampicina + 150 mg de Isoniazida em cada comprimido (Brasil, 2022c). No quadro 04 são apresentadas as dosagens recomendadas considerando-se todas apresentações disponíveis no momento.

Em todos os esquemas BÁSICOS de tratamento, os medicamentos devem ser ingeridos diariamente e de **uma única vez**. O tratamento em regime ambulatorial, prioritariamente, deve ser realizado por meio da estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Quadro 04: Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

Esquema	Faixas de peso	Unidade/Dose	Duração
RHZE 150/75/400/275 mg (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 RH 150/75 mg (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	

*Atenção para a dosagem do medicamento ao fornecer para os usuários.
Fonte: Brasil, 2019.

Para o **tratamento de Esquema Básico em crianças <10 anos de idade** (ver quadro 05 e 06), estão disponíveis comprimidos de dose fixa combinada ou com fármacos individualizados, compostos por três fármacos na fase intensiva (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida), e dois fármacos na fase de manutenção (Rifampicina e Isoniazida), na forma de comprimidos de dose fixa combinada dispersíveis. Cada comprimido de RHZ dispersível contém 75 mg de Rifampicina + 50 mg de Isoniazida + 150 mg de Pirazinamida (3 fármacos em 1 comprimido) e cada comprimido de RH dispersível contém 75 mg de Rifampicina + 50 mg de Isoniazida (2 fármaco em 1 comprimido). Também estão disponíveis para o tratamento da tuberculose ativa em crianças <10 anos de idade, as seguintes apresentações de fármacos individualizados: Rifampicina 20 mg/ml (20%) suspensão oral, Isoniazida comprimidos de 100 mg, Pirazinamida 500 mg

comprimidos e Pirazinamida 150 mg comprimidos dispersíveis. Os quadros 06 e 07 apresentam as recomendações de uso das diferentes apresentações disponíveis.

Quadro 05: Esquema Básico para o tratamento da tuberculose pulmonar em crianças menores de 10 anos de idade e com peso inferior a 25 Kg

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

*R- rifampicina; H – isoniazida; Z- pirazinamida

Quadro 06: Esquema Básico para o tratamento da TB pulmonar em crianças menores de 10 anos de idade com peso igual ou superior a 25 Kg

Fármacos	Peso do paciente					Duração do tratamento
	≥25Kg a 30Kg	≥31Kg a 35Kg	≥36Kg a 40Kg	≥40Kg a 45Kg	≥45Kg	
	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	
Rifampicina	450	500	600	600	600	2 meses (fase intensiva)
Isoniazida	300	300	300	300	300	
Pirazinamida ¹	900 a 1000		1500	1500	2000	
Rifampicina	450	500	600	600	600	4 meses (fase de manutenção)
Isoniazida	300	300	300	300	300	

¹Na faixa de peso de 25 a 35Kg usar os comprimidos dispersíveis de pirazinamida 150mg (OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2020/CGDR/DCCI/SVS/MS).

Desde 2024, o Ministério da Saúde recomenda **o tratamento encurtado da TB sensível não grave com Esquema Básico em crianças de 3 meses até 10 anos de idade e em adolescentes de 10 a 16 anos de idade**. Os critérios de eleição dos pacientes estão descritos na [Nota Informativa CGTM/DATHI/SVSA/MS nº 5 de 2024](#).

O seguimento de pacientes com tuberculose pulmonar na APS deve ser realizado com consultas médicas e de enfermagem 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 (Quadro 07).

Quadro 07: Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB em adultos

Procedimentos	1ºmês	2ºmês	3ºmês	4ºmês	5ºmes	6ºmês	OBS
Consultas (médico e enfermeiro)	x	x	x	x	x	x	Maior frequência a critério clínico.
Realizar TR para HIV (se possível realizar os demais testes rápidos, sífilis e hepatites virais)	x						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento. Repetir a testagem sempre que houver nova exposição de risco.
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.

9.1. Reações Adversas ao Tratamento da Tuberculose

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: reações adversas “**menores**” (Quadro 08), 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 08: 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) Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50 mg/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 em reações adversas menores (utilizar Esquema Básico - comprimidos de dose fixa combinada);
- As reações adversas menores devem ser manejadas na própria APS; e
- Como parte importante da farmacovigilância, recomenda-se que as reações adversas aos medicamentos anti-TB sejam notificadas à Anvisa, pelo sistema VigiMed, para o monitoramento da sua frequência.

9.2 Tratamento Diretamente Observado (TDO)

O TDO é a principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com TB e 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.

Será considerado também TDO, quando a observação da tomada do medicamento se der por recursos digitais (aplicativos de celular, Whatsapp, Facetime, mensagens de SMS, ligação telefônica, dentre outros), tais como vídeo ou imagem síncronos e assíncronos, chamada de voz, ou mensagem de texto que contenha confirmação autorreferida da pessoa com tuberculose sobre a tomada do medicamento.

(NOTA INFORMATIVA Nº 20/2023-CGTM/.DATHI/SVSA/MS; disponível em

<https://drive.google.com/file/d/15wYWZ-WKT0ekLyrPfWC7g4-L4jgDuoQQ/view?usp=sharing>)

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). O TDO realizado nestes outros serviços pode potencializar a adesão ao tratamento pelo usuário, uma vez que se considera os vínculos estabelecidos por eles nos diferentes pontos da rede de cuidado e proteção.

Na APS, a realização do TDO faz parte das atribuições dos ACS e deve-se considerar este profissional como importante ator para a construção do vínculo com o usuário e operacionalização da estratégia. O ACS deve realizar a observação direta da tomada de medicamentos, preferencialmente de segunda a sexta-feira, como parte do TDO. Na impossibilidade dessa frequência, recomenda-se que a supervisão ocorra, no mínimo, três vezes por semana, com monitoramento e apoio sistemático de profissional de nível superior, conforme diretrizes preconizadas (Brasil, 2017c).

Importante destacar que a implementação do TDO pode ser beneficiada a partir da construção de um 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, que no caso da TB são bastante recorrentes. Tais situações em partes se configuram 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). Para saber sobre o PTS, acesse o Caderno de Processos Fundamentais da APS (2024), volume 1, da Secretaria Estadual da Saúde do RS, disponível em: <https://atencaprimaria.rs.gov.br/processos-de-trabalho-da-aps>.

10. Controle e Investigação de Contatos

O controle de contatos consiste em uma atividade programática com a finalidade de conter a transmissão da doença através da identificação precoce dos casos de TB e de indivíduos recém-infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

O controle dos contatos baseia-se no fato de a transmissão da TB ocorrer por via respiratória, através da inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente com tuberculose ativa pulmonar ou laríngea. **Todos os casos de TB decorrem do contato com um caso fonte**, ou seja, um usuário com TB pulmonar ou laríngea bacilífero. Denomina-se “contato de caso de TB” toda pessoa que foi exposta ao 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).

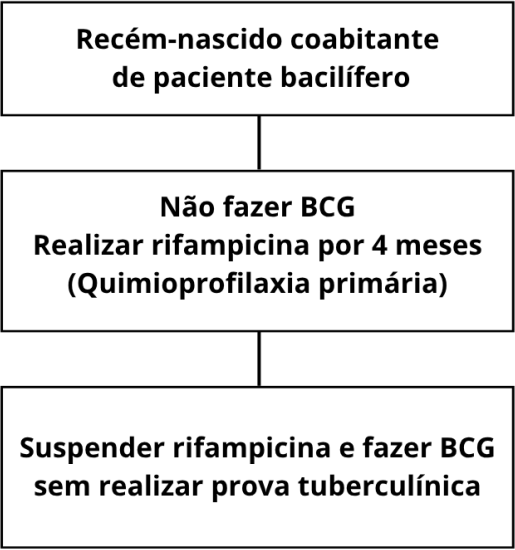
Todos os casos confirmados de TB (bacilíferos ou não) devem ter seus contatos investigados e examinados. Especificamente no caso de pacientes que não estão bacilíferos e/ou que apresentem formas extrapulmonares da doença, a avaliação dos contatos tem também o objetivo de identificar o caso fonte.

A investigação de contatos, conforme o Fluxograma **de Investigação de Contatos (Anexos V e VI)**, envolve a avaliação clínica com o objetivo de identificar a possibilidade de doença ativa ou ILTB.

Recém-nascidos (RN) expostos a casos de TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* e desenvolver formas graves da doença. Nessas situações recomenda-se a realização de profilaxia primária com rifampicina por 4 meses, após descartada tuberculose ativa. Nesses casos, a vacinação pela **BCG** deve ser realizada **após a finalização da quimioprofilaxia**, conforme fluxograma da Figura 07. Observar que no caso do RN exposto, não há indicação da realização de prova tuberculínica para início da quimioprofilaxia.

Caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado antes de iniciar a quimioprofilaxia, recomenda-se manter o esquema de profilaxia com os 4 meses de rifampicina. Deve-se avaliar individualmente a necessidade de revacinar o RN com BCG, caso não haja a pega vacinal após esse período, dado que a rifampicina pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG realizada (Brasil, 2024).

Figura 07: Fluxograma de prevenção da Infecção Tuberculosa em recém-nascido com rifampicina.



Fonte: Nota Informativa 6/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS

11. Infecção Latente da Tuberculose (ILTB)

A ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sem manifestação da doença ativa e sem transmitir o bacilo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pela bactéria (Brasil, 2017a).

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da TB, existe aproximadamente 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 cavidades na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais (Brasil, 2018b).

O rastreio da ILTB deve ser realizado em todos os contatos de casos de TB e em todas as oportunidades em pessoas com maior risco de adoecimento (PVHA, diabéticos, PPL, PSR), devendo sempre iniciar pela exclusão da TB ativa (pulmonar/laríngea ou extrapulmonar) através da investigação dos sintomas clássicos da doença e exames de imagem e laboratoriais. O diagnóstico da ILTB deve ser realizado por meio dos testes da PT ou do IGRA⁴ (disponível para populações específicas, conforme NOTA INFORMATIVA Nº 2/2022-CGDR/.DCCI/SVS/MS), após descartada a doença ativa. O diagnóstico da ILTB deve ser realizado prioritariamente na atenção primária, com especial atenção às populações sob maior risco de adoecimento. (Brasil, 2022d).

Aos pacientes diagnosticados com ILTB, deve ser ofertado o TPT. Para critérios de indicação de tratamento consultar a página 15 do [Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil](#).

11.1 Tratamento Preventivo da Tuberculose:

O tratamento de ILTB, quando indicado, deve ser realizado na APS. Os tratamentos devem ser acompanhados através de consultas regulares com intervalos de 30 dias, nas quais devem ser realizadas as avaliações clínicas de efeitos adversos, da adesão ao tratamento, bem como do surgimento de qualquer sinal ou sintoma de tuberculose. Não se recomenda repetir o tratamento da ILTB em pessoas que já se trataram para TB ou que já fizeram o curso completo de

⁴ A rede IGRA não está totalmente consolidada.

tratamento da ILTB, exceto em situações especiais sob indicação médica (ex: PVHA em contato com caso fonte bacilífero) (Brasil 2019, 2020).

O acesso aos medicamentos que constam nos quadros 10 e 11 deve ser garantido pela definição dos locais de dispensação/fornecimento e cuidado farmacêutico, a exemplo do que deve ocorrer com os medicamentos do Esquema Básico. Os registros de fornecimento/dispensação para cada paciente, pode ser utilizado como método indireto de controle de adesão, bem como método auxiliar no controle do número de doses diárias administradas uma vez que, para os tratamentos preventivos da TB, o número de doses administradas para cada esquema padronizado é tão importante quanto o tempo de tratamento (Brasil, 2018b).

Em todos os tratamentos os medicamentos devem ser administrados em uma única dose diária.

Os regimes de TPT disponíveis estão resumidos nos quadros 10 e 11. Para maiores informações, além do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, indicamos:

- Nota Informativa nº 4/2024 - CGTM/.DATHI/SVSA/MS - Recomendações técnicas aos enfermeiros para orientar a indicação do tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB), os algoritmos para identificação e rastreio da ILTB, além de recomendações sobre o tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*.
- Nota Informativa nº 2/2024 CGTM/.DATHI/SVSA/MS - Distribuição do medicamento Rifapentina + Isoniazida comprimido em dose fixa combinada (300/300mg) para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*.
- Nota Informativa nº 5/2021 CGDR/.DCCI/SVS/MS - Dispõe sobre atualização das Recomendações do Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* com a disponibilização da rifapentina.
- Nota Informativa nº 6/2024 CGTM/.DATHI/SVSA/MS - Disponibilização dos comprimidos dispersíveis rifampicina 75mg + isoniazida 50 mg para o tratamento da Infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou

tratamento preventivo da tuberculose em crianças menores de 10 anos, com peso corporal entre 4 e inferior a 25Kg.

Quadro 09: TPT disponíveis para pessoas acima de 10 anos de idade

ESQUEMA DE TRATAMENTO	ESQUEMA 3HP (RIFAPENTINA + ISONIAZIDA)	ISONIAZIDA	RIFAMPICINA
APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS	Comprimidos de Dose Fixa Combinada: 300mg de Rifapentina + 300 mg de Isoniazida	Comprimidos de Isoniazida 300 mg OU Isoniazida 100 mg	Cápsulas de Rifampicina 300 mg
INDICAÇÃO	Esquema Preferencial se não houver contra-indicação.	Todas, se não houver contra-indicação.	Contato de resistência a H Hepatopatias Maiores de 50 anos Intolerância a H
POSOLOGIA	> 14 anos e > 30 kg: 900mg H/semana + 900mg P/semana 3 comprimidos de dose fixa combinada por semana, por 12 semanas (completar 12 doses em até 15 semanas)	5 a 10 mg/kg (máx 300mg) 1 x ao dia, por 6 meses (completar 180 doses em até 9 meses)	>10 anos: 10mg/kg (máx 600mg/dia) (arredondar doses para múltiplos de 300 - cápsulas não podem ser partidas) 1x ao dia, por 4 meses (completar 120 doses em até 6 meses)
CONTRA-INDICAÇÃO	Contato de resistência a H Hipersensibilidade a H Hepatopatias Uso de IP, NVP e TAF Gestantes e lactantes	Contato de resistência a H Hepatopatias Maiores de 50 anos Hipersensibilidade a H	Hipersensibilidade a R Uso de IP
GESTANTES	NÃO	Sim Associar 50 a 100mg de Piridoxina	Sim
INTERAÇÕES TARV	Pode ser usado com DLG, RAL, EFV, TNF sem necessidade de ajuste de dose.	Não	Pode ser usado com DLG e RAL <u>com</u> ajuste de dose: DLG 50mg de 12/12h RAL 800mg de 12/12h
RAM	Hepatotoxicidade Neuropatia periférica* Rash cutâneo Náuseas Urina, suor e lágrimas avermelhadas; Cefaleia; Hipersensibilidade	Hepatotoxicidade* Neuropatia periférica Rash cutâneo Náuseas	Hipersensibilidade Hepatotoxicidade Plaquetopenia Rash cutâneo Urina, suor e lágrimas avermelhadas; Náuseas
CRITÉRIO ABANDONO	DE Perda de 3 doses, consecutivas ou não.	3 meses sem medicação (consecutivos ou não) = 90 doses	2 meses sem medicação (consecutivos ou não) = 60 doses
OUTRAS INFORMAÇÕES	Administrar junto com alimentos Associar Piridoxina 50 mg.	Associar Piridoxina 50 mg.	

H: Isoniazida; P: Rifapentina; R: Rifampicina; IP: inibidor de protease; NVP: nevirapina; TAF: tenofovir alafenamida; DLG: dolutegravir; RAL: raltegravir; EFV: efavirenz; TNF: tenofovir desoproxila.

Fonte: Nota Informativa 4/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS, Nota Informativa 2/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS, Nota Informativa 5/2021-CGDR/.DCCI/SVS/MS, Nota Informativa 6/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS.

O esquema 3HP é o esquema preferencial para o tratamento da ILTB em adultos (**exceto gestantes**) e crianças a partir de 2 anos de idade, segundo recomendação do MS e respeitadas as considerações da Nota Informativa N° 05/2021 - CGDR/.DCCI/SVS/MS (Brasil, 2021c). Possui a vantagem da comodidade posológica para o paciente, uma vez que os medicamentos Rifapentina e Isoniazida são tomados em doses semanais durante 3 meses (12 doses), favorecendo a adesão e sendo tão seguro quanto os esquemas de 6 ou 9 meses com Isoniazida isolada.

Além do esquema 3HP, estão disponíveis os tratamentos com Isoniazida e Rifampicina. O uso de Rifampicina 300 mg cápsulas está indicado para indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas, contatos de pessoas com TB resistente a H e intolerância a H. A Rifampicina suspensão oral está indicada para os tratamentos preventivos em pediatria de crianças com menos de 4 Kg de peso.

Para crianças sem HIV e que tenham capacidade de deglutição de comprimidos, o esquema 3HP é o esquema preferencial a partir dos 2 anos de idade. A recomendação do Ministério da Saúde é que nesses casos sejam utilizados os comprimidos isolados de Rifapentina 150 mg e Isoniazida 100 mg ou 300 mg para melhor ajuste de dose. É importante ressaltar que **todos os comprimidos devem ser administrados no mesmo horário e no mesmo dia da semana.**

Quadro 10: Esquemas de TPT disponíveis para crianças de até 10 anos de idade

IDADE	CONDIÇÃO	ESQUEMA INDICADO	DOSE	TEMPO / N° DE DOSES
Recém- nascidos	Menos de 4Kg Se HIV+, observar interações	Rifampicina suspensão oral 20mg/mL	10 a 20mg/kg/dia	4 meses. Uso diário. (120 doses em 4 a 6 meses)
Entre 2 e 10 anos (Esquema preferencial)	A partir de 10Kg de peso HIV negativo Conseguem deglutir comprimidos	Esquema 3 HP ISOLADO. RifAPENTina 150mg cp Isoniazida 100mg ou 300mg	Isoniazida: 10 a 15kg: 300mg/semana 16 a 23kg: 500mg/semana 24 a 30kg: 600mg/semana >30kg: 700mg/semana RifaPENTina: 10 a 15kg: 300mg/semana 16 a 23kg: 450mg/semana 24 a 30kg: 600mg/semana >30kg: 750 mg/semana	3 meses. Dose semanal (1x semana; sempre no mesmo dia da semana) (12 doses semanais por 12 a 15 semanas)
Menores de 10 anos	Peso entre 4 e 25Kg Não conseguem deglutir comprimidos Se HIV+ verificar interações com a TARV.	RH dispersível (Rifampicina 75mg + Isoniazida 50mg - comprimidos dispersíveis de dose fixa combinada)	4 a 7Kg: 1 cp 1 x ao dia 8 a 11Kg: 2 cp 1 x ao dia 12 a 15Kg: 3 cp 1 x ao dia 16 a 24Kg: 4 cp 1 x ao dia	3 meses. Uso diário. (90 doses diárias em 3 a 5 meses)
<u>HIV positivo</u> OU Menores de 10 anos	Impedimento da utilização dos outros esquemas sugeridos	Isoniazida 100mg OU Isoniazida 300mg	5 a 10mg/kg de peso, até a dose máxima de 300mg/dia.	6 ou 9 meses. Uso diário. (180 doses ou 270 doses diárias) - consultar slide 25) Para pacientes HIV +, preferir esquema de 9 meses = 270 doses.

Fonte: Nota Informativa 4/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS, Nota Informativa 2/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS, Nota Informativa 5/2021-CGDR/.DCCI/SVS/MS, Nota Informativa 6/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS

No caso de crianças HIV positivas, o regime mais seguro é o de 9 meses de Isoniazida, garantindo a administração de 270 doses entre 9 (preferencialmente) e 12 meses de tratamento. Como não há disponibilidade de formas farmacêuticas líquidas de Isoniazida, os comprimidos podem ser macerados e diluídos em 5 a 10 ml de água potável para a elaboração de uma suspensão extemporânea para uso imediato.

Quadro 11: Diluição e administração de Isoniazida 100 mg para o Tratamento Preventivo da TB em crianças

PREPARO DA SUSPENSÃO EXTEMPORÂNEA	Peso Corporal	Dose de Isoniazida prescrita	Volume (mL) da suspensão extemporânea
- Macerar cada comprimido de isoniazida 100 mg em 5 mL de água potável; - A concentração da suspensão preparada a partir do comprimido de isoniazida 100mg é de 20 mg/mL; - Aspirar, com auxílio de uma seringa, a quantidade prescrita ao paciente, conforme tabela ao lado; - Dar a suspensão à criança por via oral imediatamente após a preparação; - Não guardar sobras da diluição para uso posterior.	Até 20 kg	10 mg/kg/dia	0,5 mL/Kg/dia
	21 a 25 kg	200 mg/dia (diluir 2 cp de Isoniazida 100mg em 10 mL de água)	10 mL
	>25 kg	300 mg/dia (diluir 3 cp de Isoniazida 100 mg em 15 mL de água)	15 mL

Fonte: NI 05/2021.

Também pode-se considerar o uso do regime 3RH (3 meses com doses diárias combinadas de Rifampicina 75 mg + Isoniazida 50 mg). Nesse caso, deve-se ter cuidado especial com crianças que realizam outros tratamentos de saúde, com avaliação criteriosa das interações medicamentosas devido à presença da Rifampicina. Os comprimidos dispersíveis para pediatria devem ser diluídos em volumes de 10 mL a 50 mL de água potável para uso imediato.

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 VII).

Para mais informações, acesse o [Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil](#).

12. Sigilo

A Lei nº 14.289/22 estabelece a obrigatoriedade de preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV), das hepatites crônicas (HBV e HCV), de pessoa com hanseníase e com tuberculose. Os serviços de saúde, públicos ou privados, e as operadoras de planos privados de assistência à saúde estão obrigados a proteger as informações relativas às pessoas que vivem com as condições supracitadas, bem como a garantir o sigilo das informações que eventualmente permitam a identificação dessas condições.

Ainda, segundo a [NOTA INFORMATIVA Nº 3/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS](#) (Brasil, 2022b), ressalta-se que as ações de vigilância e de atenção à TB não são alteradas pela Lei 14.289/2022 (Brasil, 2022d), ou seja, a lei não define que a assistência à pessoa em investigação para TB ou com TB confirmada deve mudar, o que deve ser adequado é o tratamento de seus dados pessoais sensíveis e a preservação do sigilo. A nota informativa apresenta alguns exemplos práticos e busca orientar sobre os desdobramentos da Lei 14.289/2022 em situações rotineiras de serviços e programas de TB em estados e municípios.

Isto posto, orienta-se que seja solicitado o consentimento à pessoa com tuberculose ou seu responsável legal, onde será expresso a manifestação livre e informada na qual a pessoa com tuberculose irá concordar com o tratamento dos seus dados pessoais para ações relacionadas ao controle da doença (como controle de contatos, visita domiciliar, TDO, formas de comunicação no caso de falta às consultas e articulação em rede intersetorial para o cuidado, por exemplo). Por isso, profissionais e serviços devem estar preparados para realizar a orientação da pessoa com tuberculose sobre seus direitos em relação ao sigilo e privacidade. No **Anexo III** consta um modelo para o consentimento (Modelo de termo de consentimento livre esclarecido).

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 709, de 16 de março de 2023. Dispõe sobre diretrizes e propostas de ação relativas à vigilância, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da tuberculose no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2023.

BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Resolução nº 584/24 – CIB/RS, de 07 out. 2024: institui as Referências Secundárias Regionais para Tratamento de Tuberculose (REF-TB) no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2024.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 32, p. 23-24, 18 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 4.868 e nº 4.869, de 17 de julho de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do HIV/Aids, da Tuberculose, das Hepatites Virais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Nota informativa nº 2/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS: recomendações para utilização do teste de liberação de interferon-gama (IGRA) para o diagnóstico laboratorial da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Informativa nº 5/2021-CGDR/DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre atualização das recomendações do tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* com a disponibilização da rifapentina. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos: módulo 1 – tratamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. 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. Nota Informativa nº 2/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Atualizações no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (Site-TB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. 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. Nota Informativa nº 4/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Recomendações técnicas aos enfermeiros para orientar a indicação do tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTb), os algoritmos para identificação e rastreamento da ILTB, além de recomendações sobre o tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 2, de 19 de fevereiro de 2021. Torna pública a decisão de incorporar o teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano em urina (LF-LAM) para rastreamento e diagnóstico de tuberculose ativa em pessoas suspeitas vivendo com HIV/aids, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b

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. 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 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 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 Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 4, de 28 de janeiro de 2021. Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Primária à Saúde para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), a partir de 1º de janeiro de 2021. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 20, p. 94, 29 jan. 2021.

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 Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. OFÍCIO CIRCULAR Nº 3/2020. Assunto: Orientação sobre o uso das doses fixas pediátricas RHZ (rifampicina 75 mg, isoniazida 50 mg e pirazinamida 150 mg) e RH (rifampicina 75 mg e isoniazida 50 mg) comprimidos dispersíveis para o tratamento da tuberculose pediátrica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2021. Dispõe sobre atualização das Recomendações do Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* com a disponibilização da rifapentina. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTA INFORMATIVA Nº 3/2022. Dispõe acerca de orientações às coordenações dos programas estaduais e municipais de tuberculose (TB) sobre a Lei no. 14.289 de 3 de janeiro de 2022, que trata da preservação do sigilo sobre a condição da pessoa com tuberculose. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ofício Nº 18/2022 . Informações sobre a disponibilidade do medicamento Rifampicina 300 mg + Isoniazida 150 mg (2x1 dose plena), comprimido, para tratamento da Tuberculose (TB). – Brasília: Ministério da Saúde, 2022c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022d.

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, 2022e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota informativa nº 6/2023-CGTM/DVIAHV/SVSA/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. 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. Nota Informativa nº 5/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Implementação do tratamento encurtado da tuberculose sensível não grave em crianças e adolescentes (2RHZ(E)/2RH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTA INFORMATIVA Nº 6/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Dispõe acerca da Disponibilização dos comprimidos dispersíveis rifampicina 75mg + isoniazida 50 mg para o tratamento da Infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou tratamento preventivo da tuberculose em crianças menores de 10 anos, com peso corporal entre 4 e inferior a 25Kg. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 801, de 14 de janeiro de 2026. Estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2026.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Programa Estadual de Controle da Tuberculose; Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul; Hospital Sanatório Partenon. Guia de diagnóstico laboratorial da tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul. 1. ed. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Nota Informativa nº 12/2026 DVE/CEVS/SES-RS. Fluxo de transferências intermunicipais e interestaduais de pacientes com tuberculose. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2026.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Processos fundamentais da APS RS. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução nº 584/24 - CIB/RS: institui as Referências Secundárias Regionais para Tratamento de Tuberculose (REF-TB) e estabelece normas para habilitação e funcionamento dos serviços. Porto Alegre: Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, 07 out. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 148/25 – CIB/RS: altera a Resolução nº 584/24 – CIB/RS quanto aos valores de repasses financeiros e municípios beneficiários das Referências Secundárias Regionais para Tratamento de Tuberculose (REF-TB). Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 14 maio 2025.

World Health Organization. Global Tuberculosis Report, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2015.

World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO, 2024.

World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013.

APÊNDICES

Apêndice I

Detalhamento da atenção hospitalar para pacientes com TB no RS

Em relação à atenção hospitalar, no RS contamos com dois tipos de internação para pacientes com TB, são eles:

- **Hospital Geral, UPA, Emergência:** Idealmente, a rede hospitalar e de urgência/emergência deveria ser procurada para tratamento de intercorrências ao longo do tratamento da tuberculose e não como local de diagnóstico da doença. Porém, no contexto atual do RS, a rede hospitalar, principalmente urgência e emergência, tornou-se uma importante porta de entrada para pacientes com tuberculose. Sendo assim, a APS dos municípios deve estar atenta aos casos diagnosticados na rede hospitalar, devendo cada município estabelecer o fluxo de contrarreferência com vistas a garantir o seguimento do cuidado na APS. A Vigilância Epidemiológica (VE) municipal possui papel central na garantia da continuidade do cuidado dos pacientes diagnosticados em ambiente hospitalar;
- **Hospital Sanatório Partenon (HSP):** Trata-se de uma instituição hospitalar de baixa complexidade voltada para a internação de pessoas com diagnóstico de TB, que apresentam situações de vulnerabilidade social. A solicitação de leito para transferência hospitalar (pacientes que já estejam internados em outros serviços), deve ser realizada via cadastro no Sistema de Gerenciamento de Internações Hospitalares (GERINT). No caso de pacientes que realizam tratamento ambulatorial, a solicitação de leito deve ser realizada pelo médico do município solicitante, via preenchimento do formulário disponível no link <https://forms.gle/im8jS6VmCyMnaq87A> e QR Code abaixo (Figura 08).

Figura 08: QR Code para formulário de solicitação de internação social no HSP.



Fonte: Elaboração própria da SES/RS, 2026.

Apêndice II:

Referências Secundárias: Casos Complexos e Tratamentos Especiais

As Referências Secundárias para TB, são os ambulatórios especializados responsáveis pela condução de casos mais complexos que não podem ser tratados isoladamente na APS. Os casos mais complexos que fogem do escopo da APS e são encaminhados para as Referências Secundárias são aqueles que necessitam de elucidação diagnóstica, de manejo de reações adversas graves ou de comorbidades que contra-indiquem o uso do Esquema Básico (comprimidos de dose fixa combinada). No RS, as Referências Secundárias podem ser de dois tipos:

- **Referências Secundárias Municipais:** atendem apenas aos moradores do município sede; e
- **Referências Secundárias Regionais (REF-TB):** atendem pacientes de outros municípios, conforme pactuações estabelecidas nas Resoluções nº 584/2024 - CIB/RS e nº 148/2025 - CIB/RS, bem como em suas atualizações.

Para subsidiar o cuidado compartilhado e o matriciamento técnico, as atribuições pactuadas para as Referências secundárias estão sintetizadas no Anexo II. O mapeamento das Referências Secundárias pode ser consultado no link <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?hl=pt-BR&mid=1AKncTsV4SCYbNwnEmt0SJJaGobFmyzxE&ll=-30.07902422931416,-52.828374391191915&z=6> ou no QR code abaixo (Figura 09):

Figura 09: QR Code para mapeamento das referências secundárias de tuberculose.



Fonte: Elaboração própria da SES/RS, 2026.

Apêndice III

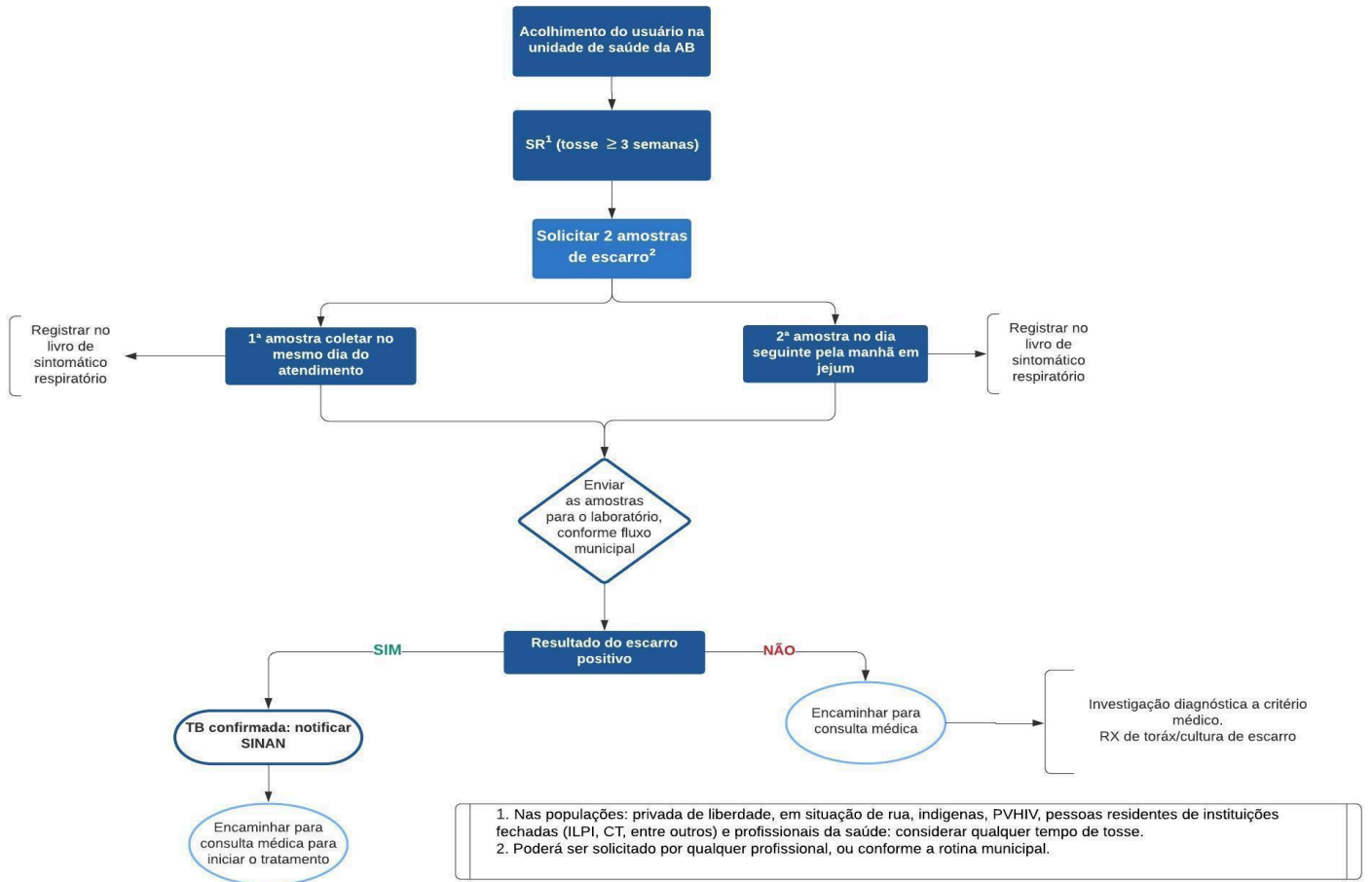
Referência Terciária: Tuberculose Drogarresistente

O Ambulatório de Tisiologia do Hospital Sanatório Partenon (HSP) é a única referência terciária do estado do RS, sendo responsável pelas consultas ambulatoriais dos casos de tuberculose drogarresistente. Além disso, possui um canal para sanar dúvidas sobre condução de casos de tuberculose através do email consultoriastuberculose-hsp@saude.rs.gov.br.

Para o agendamento de consultas no Ambulatório de Tisiologia do HSP, a unidade demandante deve preencher o formulário contido no link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc5qyVuud-DNkr5E5QRuYJoThim1yhswHPG1DTQFQVnOKliyg/viewform?gxids=7628>.

Apêndice IV

Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na APS



Fonte: Elaboração própria da SES/RS, 2020.

ANEXOS

ANEXO I - Atribuições da Atenção Secundária no cuidado à tuberculose

Situações
Tratar e acompanhar casos complexos e em pacientes que possuem comorbidades, que requeiram a utilização de Esquemas Especiais por impossibilidade de utilização do Esquema Básico.
Realizar elucidação diagnóstica, manejo de intolerância aos medicamentos, tratamento de tuberculose meningoencefálica e osteoarticular e demais atribuições clínicas apresentadas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - 2a Edição e suas atualizações.
Notificar e atualizar o acompanhamento dos casos de tratamentos especiais e mudança de esquema no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB), encerrando os casos no Sinan.
Encaminhar os casos de resistência aos medicamentos do Esquema Básico à unidade de referência terciária.
Realizar a notificação, atualização e fornecimento de medicamentos que compõem os esquemas especiais através do SITE-TB aos hospitais situados nos municípios adscritos, inclusive para casos de tuberculose resistente e micobacterioses não tuberculosas.
Realizar a dispensação de medicamentos que compõem os Esquemas Especiais e demais medicamentos relacionados ao agravo, registrando as dispensações no SITE-TB.
Atender, sem distinção, as populações vulneráveis, inclusive a população privada de liberdade, os indígenas e os imigrantes.
Encaminhar cultura e teste de sensibilidade, conforme Guia de Diagnóstico Laboratorial da Tuberculose no estado do Rio Grande do Sul, para todos os casos atendidos.
Matricular, capacitar e dar suporte técnico à APS dos municípios de residência do paciente, sob sua área de abrangência para casos de Esquema Básico na Atenção Primária e na condução do TDO.
Estar disponível, conforme a necessidade, para implantar e implementar novas tecnologias e dispositivos relacionados ao agravo, que venham a ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pelo Estado do Rio Grande do Sul.
Outras atribuições definidas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019).

Fonte: Resolução nº 584/2024 - CIB/RS

ANEXO II – Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº
CRITÉRIO LABORATORIAL - 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. CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - 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).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/ença	TUBERCULOSE		3 Código (CID 10) A16.9
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	8 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	20 Distrito
	21 Bairro	22 Logradouro (rua, avenida, ...)	23 Código	24 Geo campo 1
Dados Complementares do Caso	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência
	29 CEP	30 (DDD) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)
	33 (DDD) Telefone	34 Zona	35 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso	31 Nº do Prontuário	32 Tipo de Entrada	33 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo	
	34 Populações Especiais	35 População Privada de Liberdade	36 Profissional de Saúde	37 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo
	38 Formas	39 Se Extrapulmonar	40 Doenças e Agravos Associados	41 Doenças e Agravos Associados
Dados Complementares do Caso	42 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)	43 Radiografia do Tórax	44 HIV	45 Teste de Sensibilidade
	46 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB	47 Histopatologia	48 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)	49 Teste de Sensibilidade
	50 Cultura	51 Teste de Sensibilidade	52 Data de Início do Tratamento Atual	53 Total de Contatos Identificados
Município/Unidade de Saúde Nome Função Assinatura Tuberculose SINAN NET SVS 02/10/2014				

ANEXO III – Boletim de Acompanhamento



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SES RS

Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Boletim de Acompanhamento de Tuberculose

Página: 19

UF: RS Município de Notificação Atual: PORTO ALEGRE

Unidade: CLINICA DA FAMILIA

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Forma	Bac 1º Mês	Bac 2º Mês	Bac 3º Mês	Bac 4º Mês	Bac 5º Mês	Bac 6º Mês	Bac após 6º Mês	Total contat identifi	Total contat exam	HIV	TARV	Cultura	TRM-TB	Histopat	TS	Realizado TDO?	Situação Encerra	Se Transf	Local de Transf (Mun/UF)	Data de encerramento
			1	3	3	3	3	3	3		0	0	2	2	4	5	5	7	1				/ /
	10/06/2025		1	1	2	3	3	3	3		0	0	2	2	1	1	5	5	1				/ /
	28/06/2025		1	2	3	2	2	2			0	0	2	2	4	1	5	7	1				/ /
	28/07/2025		1	3	2	2	2				5	5	4	2	4	1	5	7	1				/ /
	15/04/2025		1	2	3	2	2	2	2	3	2	0	2	2	1	1	5	5	2				/ /
	10/07/2025		1	3	3	3	3				0	0	2	2	4	5	5	7	1				/ /
	28/08/2025		1	3	3	3					2	0	2	2	4	5	5	7	2				/ /
	08/09/2025		1	2	3						0	0	2	2	4	1	5	7	1				/ /
	13/11/2025		1								2	0	2		4	1	5	2				/ /	
	02/01/2026		1								3		1	1	1	1	5	5				/ /	

Tópicos 1 a 4: preenchimento automático

Total de contatos identificados: Número total de contatos identificados (preenchimento automático)

HIV 1- Positiva; 2- Negativa; 3- Em andamento; 4-Não Realizada

Cultura: 1- Positiva; 2- Negativa; 3- Em andamento; 4-Não Realizada

Histopatologia 1 - Baar Positivo, 2 - Sugestivo de TB, 3 - Não Sugestivo de TB, 4 - Em Andamento, 5 - Não Realizado

Teste de Sensibilidade: 1-resistente somente a Isoniazida; 2-resistente somente a Rifampicina; 3-resistente a Isoniazida e Rifampicina; 4-resistente a outras drogas de 1ª linha; 5-sensível; 6-em andamento; 7-não realizado

Situação de Encerramento: 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5- Transferência 6- Mudança de Diagnóstico 7- TBDR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário

Se transferência: 1-mesmo município; 2-município diferente (Mesma UF); 3-UF diferente; 4-país diferente

Data do encerramento: Data de encerramento do caso na unidade de saúde que está acompanhando

Baciloscopias 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º e após 6º mês: 1-positivo; 2-negativo; 3-não realizado; 4-não se aplica.

Total de contatos examinados: Número total de contatos examinados

Terapia Antiretroviral: 1-sim; 2-não; 3-ignorado

Teste Molecular Rápido - TB (TRM-TB): 1-detectável sensível à rifampicina; 2-não detectável resistente à rifampicina; 3- não detectável; 4-inconclusivo; 5-não realizado

Realizado TDO?: 1- Sim 2- Não 3- Ignorado

Local de transferência: Preencher com o local (município/UF) de destino do paciente, caso tenha sido transferido

Emitido em: 15/01/2026

ANEXO IV: Modelo de termo de consentimento livre esclarecido

Modelo de termo de consentimento livre esclarecido

Eu, _____, fui devidamente esclarecido sobre meus direitos em relação à privacidade e sigilo de meus dados pessoais sensíveis e sobre a importância em saber dos resultados dos meus exames e do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito.

Declaro que se eu não comparecer para buscar os resultados de exames, ou, por algum motivo, deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

() Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;

() Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

() Telefone/Mensagem de texto: () _____

() Correio, por meio de correspondência ao endereço _____

() E-mail: _____

() Visita domiciliar, no endereço: _____

Outro meio de contato: _____

Declaro ter sido esclarecido sobre a importância da avaliação de meus contatos, para que seja possível examiná-los e identificar se estes precisam de tratamento ou de alguma assistência.

() Autorizo a busca de contatos no meio familiar

() Autorizo a busca de contatos em outros meios (_____)

Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.

(Local) _____, (data) / ____ / _____

Nome do usuário: _____

Assinatura do usuário ou impressão digital: _____

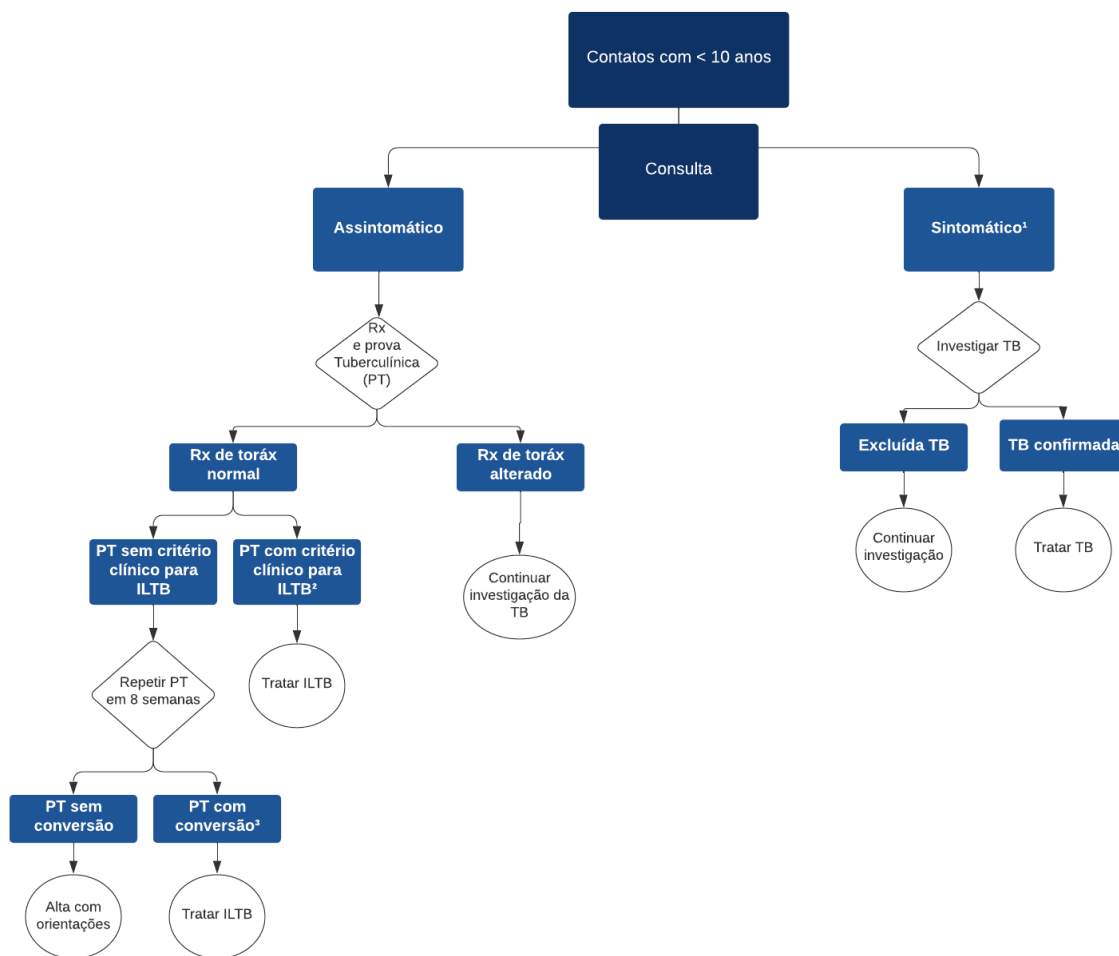
Nome do representante legal _____

Assinatura do representante legal ou impressão digital: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

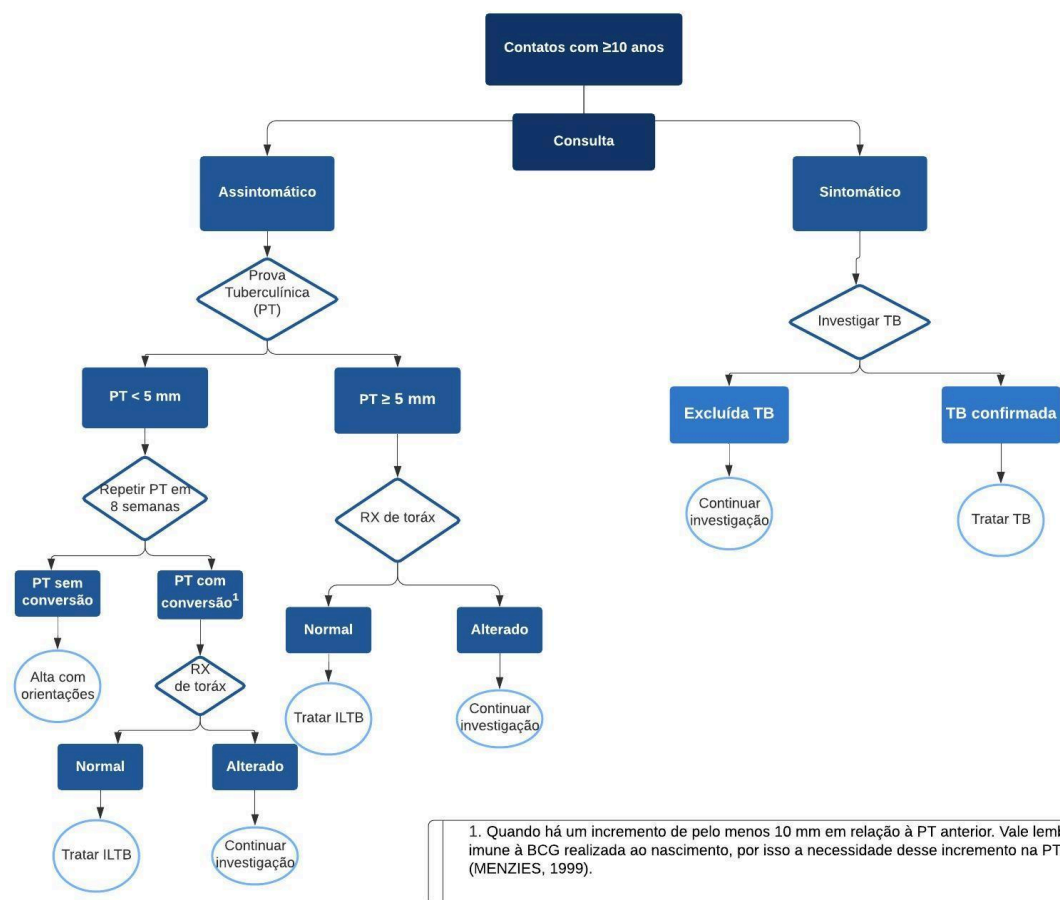
ANEXO V - Fluxograma para investigação de contato crianças (< 10 anos de idade)



1. Consultar Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019.
2. PT (Prova tuberculínica) ≥ 5 mm em crianças contato independentemente da vacinação com BCG.
3. Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação a 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 de Brasil, 2019.

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



Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

ANEXO VII – Ficha de notificação da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb)



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

IL-TB

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DAS PESSOAS EM TRATAMENTO PREVENTIVO DA TUBERCULOSE

É fundamental que haja a exclusão da tuberculose ativa previamente.

DADOS DE NOTIFICAÇÃO			
1) Tipo de entrada*: () Caso novo () Reingresso após interrupção do tratamento () Reexposição () Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento		2) Data da notificação*: ____/____/____	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL			
3) Nome de registro*:		4) Nome social:	
5) Data de nascimento*: ____/____/____	6) CPF: ____-____-____	7) Sexo*: () Masculino () Feminino	
8) Gestante*: () Sim () Não sabe () Não () Ignorado		9) Raça/cor*: () Branca () Amarela () Indígena () Preta () Parda () Ignorado	
10) Cartão Nacional de Saúde:		11) Nacionalidade: () Brasileira () Outra. País: _____	12) Nome da mãe*:
DADOS DE RESIDÊNCIA			
13) UF*:	14) Município de residência*:		15) Regional de Saúde:
16) Logradouro*:		17) Nº*:	18) Bairro*:
19) Complemento (apto., casa,...):		20) CEP: ____-____-____	21) (DDD) Telefone:
INVESTIGAÇÃO			
22) Descartado TB ativa*: () Sim () Não		23) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:	
24) BCG*: () Sim () Não () Ignorado		25) Radiografia do Tórax*: () Normal () Alteração sugestiva de TB ativa () Alteração não sugestiva de TB ativa () Não realizada	
26) HIV*: () Positivo () Em andamento () Negativo () Não realizado		27) TARV*: () Sim () Não () Não sabe	28) IGRA*: () Positivo () Indeterminado () Negativo () Não realizado
29) Data da coleta do IGRA: ____/____/____		30) Prova Tuberculínica (PT)*: () Sim () Não	
31) Data da aplicação da última PT: ____/____/____		32) Resultado da última PT*: ____ mm	
33) Contato de TB*: () Sim () Não () Não sabe () Ignorado		34) Nome do caso fonte:	
35) Número do Sinan:		36) UF*:	
37) Município de tratamento*:		38) Regional de Saúde:	
39) Unidade de saúde de tratamento*:		40) Código CNES:	
41) Principal indicação para tratamento da ILTB*: <u>Sem prova tuberculínica (PT) e sem teste de liberação de interferon-gama (IGRA) realizados</u> (1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de tuberculose (TB) pulmonar ou laringea confirmado por critério laboratorial (2) Pessoas vivendo com HIV/aids contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial (3) Pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 células/mm ³ (4) Pessoas vivendo com HIV/aids com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião (5) Pessoas vivendo com HIV/aids com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (6) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (7) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião (8) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial PT ≥ 5mm ou IGRA positivo (9) Contatos de TB pulmonar ou laringea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG (10) Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4+ maior que 350 células/mm ³ (11) Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequele de TB (12) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a > 15mg de prednisona por mais de um mês) (13) Pessoas candidatas a transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos PT ≥ 10mm ou IGRA positivo (14) Sífilose (15) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas (16) Neoplasias em terapia imunossupressora (17) Insuficiência renal em diálise (18) Diabetes mellitus (19) Pessoas com baixo peso (< 85% do peso ideal) (20) Pessoas tabagistas (>1 maço/dia) (21) Pessoas com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT) (22) Contatos de TB pulmonar ou laringea confirmada por critério laboratorial (23) Profissionais de saúde (24) Trabalhadores de instituições de longa permanência (25) Outra: _____			
42) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____		43) Medicamento*: () Isoniazida - 9H () Rifampina + Isoniazida - 3HP () Isoniazida - 6H () Rifampina - 4R () Rifampina + Isoniazida - 3RH (dispensáveis pediátricos)	
44) Data de início do tratamento*: ____/____/____		45) TPT prescrito por*: () Enfermeiro () Médico () Outros () Não sabe	

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



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

IL-TB

ENCERRAMENTO		
46) Nº de doses tomadas: ____	47) Data do término do tratamento*: ____/____/____	
48) Situação de encerramento*: () Tratamento completo () Suspensão por reação adversa () Tuberculose ativa () Óbito () Interrupção do tratamento () Suspensão por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária () Transferido para outro país () Suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento		
49) Causa básica do óbito conforme consta da Declaração de óbito*: () Causa externa () Tuberculose (CID A15 a A19) () Complicações do HIV (CID B22, B22.7, B23, B23.8) () Hepatite aguda medicamentosa (CID K71) () Doença hepática aguda viral (CID B17, B17.8) () Doença hepática crônica (CID B18.8 K73.8) () Doença hepática inflamatória, sem outra especificação (CID K75.9) () Outra: _____		
Observações:		
Nome do investigador*:	Função do investigador:	Assinatura do investigador:

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior