

**FACA**



RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

# GUIA RÁPIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28055](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28055)  
 MAIO 2011

REALIZAÇÃO

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
  
 PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

APOIO



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**fap**

FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA  
 Liga Brasileira  
 Contra a Tuberculose

**SPS** 

Strengthening  
Pharmaceutical  
Systems

Projeto



fortalecendo as  
organizações de saúde

INOVAÇÃO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

**incO.TB**

## APRESENTAÇÃO

O objetivo deste material é oferecer ao profissional de saúde uma visão geral sobre as recomendações atuais para o controle da tuberculose.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose espera que este guia seja útil para a melhoria do cuidado à pessoa com tuberculose.

## DEFINIÇÕES USADAS PELO PNCT

**CASO NOVO:** Pessoa com diagnóstico de TB confirmado ou clínico-epidemiológico que não tenha sido tratada por mais de 30 dias.

**CASO DE RETRATAMENTO:** Pessoa já tratada por tuberculose por mais de 30 dias que venha a necessitar de nova terapia por recidiva após cura (RC) ou retorno após abandono (RA).

**Recidiva** é a tuberculose tratada e curada anteriormente **independentemente do tempo decorrido**.

**Abandono** é o não-uso do medicamento por mais de 30 dias consecutivos, a partir da data agendada para o seu retorno.

**FALÊNCIA:** persistência da positividade do escarro ao final do 4º ou 5º mês de tratamento, tendo havido ou não negativação anterior do exame

**TRANSFERÊNCIA:** refere-se ao paciente que comparece à unidade de saúde para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra unidade, desde que não tenha havido interrupção do tratamento por mais de 30 dias.

## REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Os pacientes com **intolerância grave** a algum dos fármacos antiTB serão encaminhados à **Referência Secundária**

Os pacientes com qualquer tipo de **resistência** aos fármacos antiTB serão encaminhados à **Referência Terciária**

- **Monorresistência:** resistência a um único fármaco
- **Polirresistência:** resistência a dois ou mais fármacos, exceto à associação Rifampicina + Isoniazida.
- **Multirresistência (MDR):** resistência a pelo menos Rifampicina e Isoniazida
- **Resistência extensiva (XDR - do inglês, extensively drug resistance):** resistência à Rifampicina e Isoniazida acrescida à resistência a uma fluoroquinolona e a um medicamento injetável de segunda linha (Amicacina, Canamicina ou Capreomicina).

Procure saber junto à gerência do programa de seu município quais são os serviços de referência secundária e terciária.

## BUSCA ATIVA

**Busca ativa** é a atividade de saúde pública orientada a identificar precocemente o Sintomático Respiratório.

**Sintomático respiratório (SR):**  
indivíduos com tosse por três semanas ou mais

Em populações de alto risco de TB, a busca de SR pode se dar com tosse de duração mais curta, desde que seja garantido o suporte laboratorial.

### EXEMPLOS:

- **População prisional** - tosse por mais de 2 semanas
- **População em situação de rua** - tosse com qualquer duração

## COMO FAZER A BUSCA ATIVA

### ESTRATÉGIA OPERACIONAL:

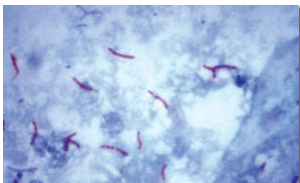
- Interrogar sobre a presença e duração da tosse a toda clientela da unidade de saúde, independentemente do motivo da procura.
- Orientar os SR identificados sobre a coleta do exame de escarro
- Coletar duas amostras de escarro, uma no momento da identificação e a outra no dia seguinte
- Registrar as atividades nos instrumentos padronizados (pedido de baciloscopia e Livro do SR)
- Seguir os fluxos para conduta nos casos positivos e negativos à baciloscopia
- Avaliar rotineiramente a atividade de busca por meio dos indicadores sugeridos: proporção de sintomáticos respiratórios examinados, proporção de baciloscopias positivas e proporção da meta alcançada.

## INDICAÇÕES DE BACILOSCOPIA:

- Sintomático respiratório
- Suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar
- (febre, sudorese noturna, emagrecimento, e outros sintomas sugestivos), **independentemente do tempo da tosse**
- Suspeita clínica de TB extrapulmonar (exame em materiais biológicos diversos)

A baciloscopia de escarro deve ser realizada em, no mínimo, **duas amostras**:

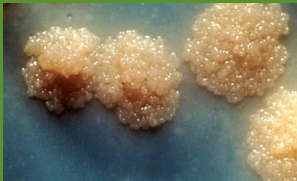
uma, por ocasião da primeira consulta, e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar. Nos casos em que há indícios clínicos e radiológicos de suspeita de TB e as duas amostras de diagnóstico apresentem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais. Pode-se também encaminhar o paciente para a referência secundária.



## INDICAÇÕES DA CULTURA

### Indicações de cultura para micobactérias:

- Suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, com baciloscopia repetidamente negativa.
- TB paucibacilar (crianças, HIV, TB pleuropulmonar)
- Dificuldade de obtenção da amostra (crianças, escarro induzido, lavado brônquico) ou dificuldade de acesso ao exame (indígenas)
- Amostras extrapulmonares
- Suspeita de doença causada por micobactéria não tuberculosa.



## INDICAÇÕES DA CULTURA COM IDENTIFICAÇÃO E TESTE DE SENSIBILIDADE

Indicações de cultura para micobactéria com identificação e teste de sensibilidade, INDEPENDENTEMENTE do resultado da baciloscopia :

- Contatos de casos de TB resistente;
- Retratamento;
- Pacientes imunodeprimidos, principalmente portadores do HIV/aids;
- Pacientes com baciloscopia positiva **ao final do 2º mês de tratamento**;
- Falência ao tratamento da TB (baciloscopia positiva após 4º mês);
  - Populações com maior risco de resistência:
    - profissionais de saúde,
    - população em situação de rua,
    - população privada de liberdade,
    - pacientes internados em hospitais que não adotam medidas de biossegurança,
    - pacientes em instituições de longa permanência.
  - Dificuldades de acesso ao serviços (população indígena)

Lembre-se: a baciloscopia de acompanhamento do tratamento deve ser mensal. Caso esteja ainda positiva no final do 2º mês, deve-se solicitar cultura e TSA, pois há suspeita de falência/resistência.

## RADIOGRAFIA DE TÓRAX

A **radiografia de tórax** deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar, mas ela **não** substitui a baciloscopia (exame indispensável em todos os SR).

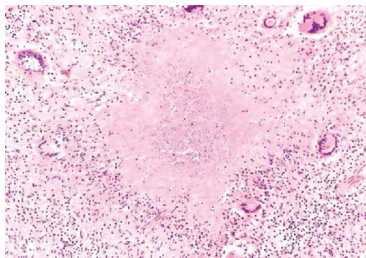
Em suspeitos radiológicos de TB pulmonar com baciloscopia negativa, recomenda-se a cultura para micobactéria.

Em pacientes com baciloscopia positiva, a radiografia de tórax permite excluir doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante e avaliar a evolução radiológica, sobretudo nos que não apresentem resposta clínica e bacteriológica.

## EXAME HISTOPATOLÓGICO

O exame histopatológico é realizado para o diagnóstico das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares difusas de difícil diagnóstico. A lesão típica, sugestiva de tuberculose, é o **granuloma com necrose caseosa**. Esta lesão não é patognomônica da tuberculose, mas em sujeitos com clínica compatível, é fortemente sugestiva e o tratamento pode ser iniciado.

**TODO MATERIAL COLETADO POR BIÓPSIA DEVE TAMBÉM SER ARMAZENADO EM ÁGUA DESTILADA OU SORO FISIOLÓGICO E ENVIADO PARA CULTURA EM MEIO ESPECÍFICO.**



## TUBERCULOSE E HIV

OS PROGRAMAS DE TB E AIDS DEVEM GARANTIR:

### 1- AOS PACIENTES COM TUBERCULOSE

- Acesso precoce ao diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da oferta do teste anti-HIV
- Acesso ao tratamento antirretroviral

### 2- ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV:

- Realização da PT e acesso ao tratamento da infecção latente (quimioprofilaxia) quando indicado.
- Diagnóstico precoce da tuberculose ativa nos pacientes com manifestações clínicas sugestivas

Todo paciente com TB deve ser testado para HIV.  
Todo paciente com HIV deve ser testado pela prova tuberculínica.

## DIAGNÓSTICO DE TB EM PVHA

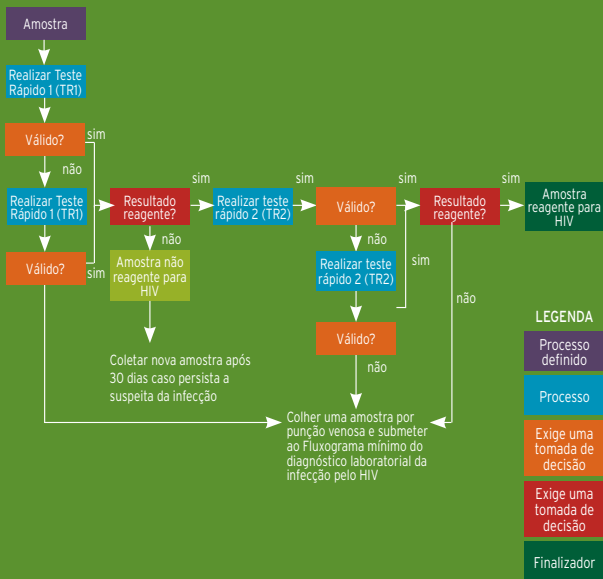
É preciso insistir nas baciloscopias e culturas e solicitar outros materiais além do escarro espontâneo: escarro induzido, lavado broncoalveolar, e outros.

A cultura de outras materiais extrapulmonares, em especial de **medula óssea** e as **hemoculturas** aumenta as chances de confirmação do diagnóstico.

Sempre que um fragmento de órgão ou tecido for obtido, a CULTURA e exame histopatológico são fundamentais. **Para cultura, o material não pode ser armazenado em formol!**

Os granulomas nos pacientes imunossuprimidos podem ser malformados, mas a baciloscopia é mais frequentemente positiva no material de biópsia.

# FLUXOGRAMA DIAGNÓSTICO PARA HIV



## TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

**TODOS** os casos de tuberculose devem ser tratados sob supervisão direta de um profissional de saúde (tratamento diretamente observado - TDO).

A escolha da modalidade do TDO deve ser decidida entre a equipe da saúde e o paciente: domiciliar ou na unidade de saúde

A frequência ideal de supervisão é **diária** ou de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>.

Quando a supervisão **diária** não for possível, deve-se insistir na tomada autoadministrada diária dos medicamentos.

Um mínimo de **24** tomadas na fase de ataque e **48** na fase de manutenção devem ser observadas.

## TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

O uso de incentivos e facilitadores, como cesta básica e auxílio transporte, pode aumentar a adesão.

Excepcionalmente, a observação pode ser realizada por uma pessoa da família ou da comunidade desde que treinada e supervisionada por profissional de saúde.

O tratamento diretamente observado é mais do que observar a deglutição dos medicamentos: é uma estratégia de construção de **vínculo** entre o paciente, o profissional de saúde e o serviço de saúde.

## ESQUEMA BASICO PARA ADULTOS E ADOLESCENTES

Esquema básico para tratamento de adultos e adolescentes (> 10 anos de idade):

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva ou de ataque	RHZE 150/ 75/ 400/ 275mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	2
		> 50kg	4 comprimidos	2
4RH Fase de manutenção	150/75 mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	4
		36 a 50 kg	3 comprimidos	4
		> 50kg	4 comprimidos	4

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

### Indicações:

- Casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV
- Retratamentos : recidiva (independentemente do tempo decorrido do último episódio) ou retorno, após abandono, com doença ativa.

## ESQUEMA PARA MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA ADULTOS E ADOLESCENTES (>10 ANOS DE IDADE)

Esquema para meningoencefalite tuberculosa em adultos e adolescentes (> 10 anos de idade):

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/ 75/ 400/ 275mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	2
		> 50kg	4 comprimidos	2
7RH Fase de manutenção	150/75 mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	7
		36 a 50 kg	3 comprimidos	7
		> 50kg	4 comprimidos	7

(R–rifampicina, H–isoniazida, Z–pirazinamida, E–etambutol)

Na meningoencefalite tuberculosa deve ser associado corticosteróide ao esquema anti-TB: prednisona oral (1 a 2 mg/kg/dia) por quatro semanas; ou dexametasona intravenosa nos casos graves (0,3 a 0,4 mg/kg/dia), por 4 a 8 semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subseqüentes.

## ESQUEMA PARA CRIANÇAS

Esquema para tratamento de tuberculose em crianças (< 10 anos de idade):

Fases	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20kg	21 a 35 kg	36 a 45kg	>45kg
2RHZ Fase intensiva	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1000	2000
4RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

### Indicações:

- Casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV
- Retratamentos : recidiva (independentemente do tempo decorrido do último episódio) ou retorno, após abandono, com doença ativa.



# 10

# ESQUEMA PARA MENINGO-ENCEFALITE TUBERCULOSA EM CRIANÇAS

Esquema para tratamento de meningoencefalite tuberculose em crianças:

		Peso do doente			
		Até 20kg	21 a 35 kg	36 a 45kg	>45kg
Fases	Fármacos	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia
2RHZ Fase intensiva	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
7RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

## EFEITOS ADVERSOS MENORES

### Efeitos adversos menores:

- Não há necessidade de suspensão do esquema em uso
- Os casos devem permanecer na Unidade de Atenção Básica

Efeito adverso "menor"	Medicamento	Conduta
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	R, H, Z, E	Reformular os horários de administração da medicação. Considerar o uso de sintomáticos. Avaliar a função hepática.
Artralgia ou artrite	Z, H	Medicar com ácido acetilsalicílico e avaliar a evolução
Neuropatia periférica	H, E	Medicar com piridoxina (vit B6) e avaliar a evolução
Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência)	H	Orientar
Suor e urina de cor avermelhada	R	Orientar
Prurido cutâneo ou exantema leve	H,R	Medicar com antihistamínico e avaliar evolução
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Z,E	Orientar (dieta hipopurínica)
Febre	R,H	Orientar

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

## EFEITOS ADVERSOS MAIORES

### Efeitos adversos maiores

- Os casos devem ser avaliados em unidades de referência secundária

Efeito adverso "maior"	Medicamento	Conduta
Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave	Todos	Suspender o tratamento; reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do problema; substituir o esquema nos casos graves ou reincidentes.
Psicose, crise convulsiva, H encefalopatia tóxica ou coma	H	Substituir por estreptomicina
Neurite ótica	E, H	Substituir por estreptomicina
Hepatotoxicidade (vômitos, alteração da função hepática > 5x o normal, hepatite)	Z, H, R	Suspender o tratamento até a resolução da alteração hepática; reintroduzir os medicamentos um a um; avaliar a função hepática após a reintrodução de cada medicamento; avaliar possível substituição do medicamento ou mudança do esquema
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	R, H	Suspender o tratamento e substituir pelo esquema de multirresistência
Nefrite intersticial	R	Suspender o tratamento e substituir pela estreptomicina
Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	Z	Suspender o tratamento e retirar a pirazinamida do esquema

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

## HEPATOPATIAS

Nos dois primeiros meses de tratamento, pode ocorrer elevação assintomática dos níveis séricos das enzimas hepáticas (TGO/TGP), seguida de normalização espontânea, sem qualquer manifestação clínica e sem necessidade de interrupção ou alteração do esquema terapêutico.

### **VERIFICAR O PESO DO PACIENTE QUANDO DA PRESCRIÇÃO DA DOSE DO MEDICAMENTO**

O tratamento deverá ser interrompido quando:

- Os valores das enzimas atingirem 5 vezes o valor normal, no paciente sem sintomas
- Os valores das enzimas atingirem 3 vezes o valor normal, com início de sintomas, ou logo que icterícia se manifeste

### **O PACIENTE DEVERÁ SER ENCAMINHADO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA**

Indica-se a reintrodução do esquema após normalização das enzimas hepáticas e resolução dos sintomas

Sequência para reintrodução: R + E → H → Z

(avaliar a função hepática antes de cada introdução)

# HEPATOPATIAS

## Conduta frente a Hepatopatias

Com doença hepática prévia: - Hepatite Viral Aguda - Hepatopatia Crônica: viral, autoimune e criptogênica - Hepatopatia Alcoólica: esteatose hepática, hepatite alcoólica	SEM CIRROSE	TGO/TGP > 3 x LSN	2 SRE / 7 RE 2 SHE / 10 HE 3 SEO / 9 EO
		TGO/TGP < 3 x LSN	Esquema Básico
	COM CIRROSE	3 SEO / 9 EO	
Sem doença hepática prévia (hepatotoxicidade após o início do tratamento)	TGO/TGP 5x LSN ( ou 3 x LSN com sintoma)	Reintrodução RE → H → Z	Reintrodução do Esquema Básico ou substituto
	Icterícia		
	Persistência de TGO/TGP 5x LSN por quatro semanas ou casos graves de TB		3 SEO / 9 EO

LSN - Limite Superior da Normalidade

## RECOMENDAÇÕES PARA NEFROPATAS

### 1. Estimar clearance da creatinina

Clearance de creatinina

$$\frac{(140 - \text{idade}) \times (\text{peso em kg})}{72 \times \text{creatinina sérica (mg\%)}} = [\text{para mulheres} (\times 0,85)]$$

### 2. Ajustar das doses dos medicamentos de acordo com clearance

Medicamento	Método de ajuste	Clearance de creatinina		
		entre 90 e 50	entre 50 e 10	menor que 10
Rifampicina	Não requer ajuste	100%	100%	100%
Isoniazida	Alterar dosagem	100%	75 - 100%	50%
Pirazinamida	Alterar intervalo de Administração	24h	24h	48 a 72h
Etambutol	Alterar dosagem	100%	50 - 100%	25 - 50%
Estreptomicina	Alterar intervalo de administração	24h	24 - 72h	72 - 96h

## INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO

- Meningoencefalite tuberculosa
- Intolerância aos medicamentos antituberculose incontrolável em ambulatório
- Comprometimento do estado geral que não permita tratamento em regime ambulatorial
- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não à TB que necessitem de tratamento e/ou procedimento em regime hospitalar
- Casos em situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior probabilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência.

## GESTANTE

O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e **está recomendado o uso de piridoxina (50mg/dia)** durante a gestação pelo risco de crise convulsiva (devido à isoniazida) no recém nascido.

**Não há contra indicações à amamentação, exceto se a mãe apresentar mastite tuberculosa.**

**É recomendável, que a mãe faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança.**

Gestantes e lactantes devem utilizar os **esquemas precocizados (RHZE e RHZ, respectivamente)**, mas devem receber especial atenção no monitoramento de efeitos adversos.



# SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS EM GESTANTES E LACTANTES

Segurança dos fármacos na gestação e em lactentes

<b>GRAVIDEZ</b>	
Medicamentos seguros	Medicamentos que devem ser evitados
Rifampicina	Estreptomicina e outros aminoglicosídeos
Isoniazida	Polipeptídeos
Pirazinamida	Etionamida e outras tionamidas
Etambutol	Quinolonas
<b>ALEITAMENTO MATERNO</b>	
Medicamentos seguros	Medicamentos com uso criterioso
Rifampicina	Etionamida
Isoniazida	Acido Paraminossalicílico (PAS)
Pirazinamida	Ofloxacina
Etambutol	Capreomicina
Estreptomicina	Claritromicina
Cicloserina/Terizidona	Clofazimina

## CONTROLE DE CONTATOS

**Caso índice:** todo paciente com TB pulmonar ativa, prioritariamente com baciloscopia positiva

**Contato:** pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da TB (em casa, ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola).

Quando a TB é na criança, preconiza-se a investigação de todos os seus contatos, independentemente da forma clínica da TB, pois ela provavelmente convive com um caso índice.

Prioridades para avaliação de contatos e tratamento de infecção latente (ILT): contatos menores de 5 anos, pessoas vivendo com HIV/aids e portadores de outras condições de alto risco (vide cartões 17 e 18).

## **INTERPRETAÇÃO DA PROVA TUBERCULÍNICA**

### **INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA ILTB:**

#### **1- Crianças contatos de casos bacilíferos:**

- Se  $PT \geq 5$  mm: em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora.
- Se  $PT \geq 10$  mm: em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos.

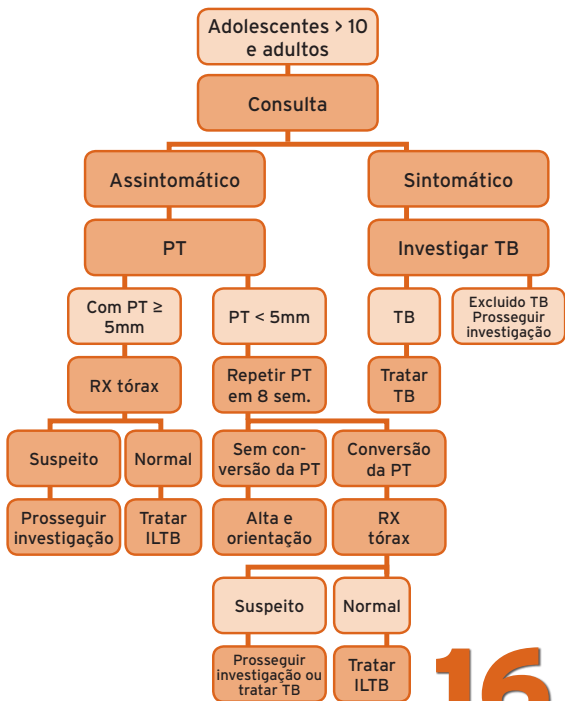
#### **2- Em adultos e adolescentes:**

Vide quadros nos cartões 17 (verso) e 18 (frente).

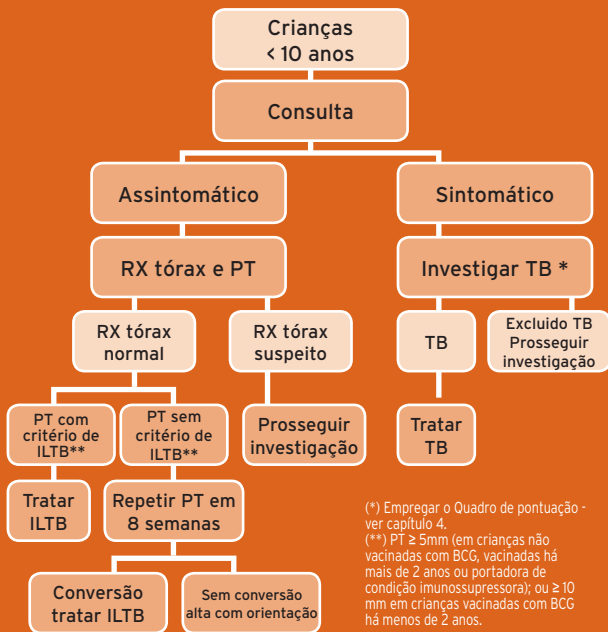
### **OUTRAS SITUAÇÕES:**

- Grávidas: postergar o tratamento da ILTB para após o parto.
- Gestante com infecção pelo HIV: tratar a ILTB após o 3º mês de gestação.

## FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE CONTATOS ADULTOS E ADOLESCENTES



## FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE CON-TATOS - CRIANÇAS (< 10 ANOS DE IDADE)



## TRATAMENTO DA ILTB EM PACIENTES COM HIV/AIDS

EM PACIENTES COM HIV/AIDS, TRATAR ILTB:

1. Com radiografia de tórax normal e:

- $PT \geq 5$  mm
- Contatos intradomiciliares ou institucionais de pacientes bacilíferos independentemente da PT
- $PT < 5$  mm com registro documental de ter tido  $PT \geq 5$  mm e não submetido a tratamento da ILTB na ocasião

2. Radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB, independentemente do resultado da PT.

# INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA ILTB E INTERPRETAÇÃO DA PROVA TUBERCULÍNICA

Indicações de tratamento da ILTB para situações com risco elevado de adoecimento

RISCO	PT $\geq$ 5mm	PT $\geq$ 10mm	CONVERSÃO
ELEVADO (indicado tratamento da ILTB em qualquer idade)	HIV/Aids	Silicose	Contatos de TB bacilífera
	Contatos adultos e contatos menores de 10 anos não vacinados com BCG ou vacinados a mais de 02 anos	Contatos com menos de 10 anos vacinados com BCG há menos de 02 anos	Profissional de saúde
	Uso de inibidores do TNF-a	Neoplasia de cabeça e pescoço	Profissional de laboratório de micobactéria
	Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB	Insuficiência renal em diálise	Trabalhadores de instituições de longa permanência
	Transplantado em terapia imunossupressora		

## INTERPRETAÇÃO DA PROVA TUBERCULÍNICA E INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA ILTB

Situações com risco moderado e baixo de adoecimento

RISCO	PT $\geq$ 5mm	PT $\geq$ 10mm
Moderado (tratar ILTB se < 65 anos de idade)	Uso de corticosteróides (>15 mg de prednisona)	<i>Diabetes mellitus</i>
Baixo (tratar ILTB se < 50 anos de idade)		Baixo peso (<85% do ideal)
		Tabagistas ( $\geq$ 1 maço/dia)
		Calcificação isolada ( sem fibrose) na radiografia

## TRATAMENTO DA ILTB

O tratamento da ILTB com H reduz em 60 a 90% o risco de adoecimento. Esta variação se deve à duração e à adesão ao tratamento.

### FÁRMACO UTILIZADO:

Isoniazida - na dose de 5 a 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 300 mg/dia.

### TEMPO DE TRATAMENTO:

Deve ser realizado por um período mínimo de 6 meses.

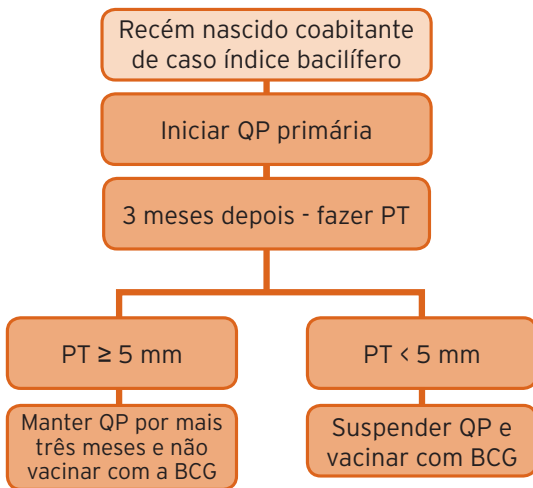
**Observação 1:** Há evidências de que o uso por 9 meses protege mais do que o uso por 6 meses, principalmente em pacientes com HIV/aids. A opção entre 6 e 9 meses de tratamento deve considerar a viabilidade operacional e a adesão do paciente.

**Observação 2:** A quantidade de doses tomadas é mais importante do que o tempo do tratamento. Mesmo com a eventualidade de uso irregular, considerar a prorrogação do tempo de tratamento com o objetivo de completar as doses previstas, não excedendo, essa prorrogação, em até 3 meses do tempo inicialmente programado.

## QUIMIOPROFILAXIA PRIMÁRIA

Prevenção da infecção latente ou quimioprofilaxia (QP) primária

### FLUXOGRAMA



## CRÉDITOS

Este guia teve como base as novas recomendações para o controle da tuberculose, revisado e publicado em 2010 no site [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

### ORGANIZADORES DO GUIA RÁPIDO:

Denise Arakaki-Sanchez - PNCT

Olga Maira Machado Rodrigues - PNCT

Jorge Luiz da Rocha - Projeto MSH

Anete Trajman - Projeto IncoTB e Universidade Gama Filho

Ministério da  
Saúde



Projeto MSH  
fortalecendo as  
organizações de saúde

INOVAÇÃO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE  
inco.TB