



TUBERCULOSE

LINHA DE CUIDADO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Orientações para gestores e profissionais de saúde

Edição 6

Atualização em 10 de setembro de 2026

Prefeito Municipal de Campinas
Dário Jorge Giolo Saadi

Secretário Municipal de Saúde
Lair Zambon

Secretária Municipal de Saúde Adjunta
Deise Hadich

Diretora de Vigilância em Saúde
Gláucia Margoto

Diretora de Saúde
Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes

Coordenadora de Vigilância de Agravos e Doenças Transmissíveis
Daiane Cristina Pereira Morato

Coordenadoria de Saúde do Trabalhador e Determinantes Ambientais
Christiane Sartori

Coordenadora da Área da Assistência: Atenção Primária
Rejane Maria Rios Fleury Trautwein

Organização

Christiane Ambrósio do Nascimento
Articuladora das Doenças Crônicas Transmissíveis.
Coordenadoria de Vigilância de Agravos e Doenças Transmissíveis - DEVISA

Colaboração Técnica: Departamento de Vigilância em Saúde - DEVISA

Alice Jacomo Armbrust. Apoio Técnico. Coordenadoria de Vigilância de Agravos e Doenças
Christiane Ambrósio do Nascimento. Enfermeira. Coordenadoria de Vigilância de Agravos e Doenças
Cristiane Gonzales Rossi. Enfermeira. CEREST. Coordenadoria de Saúde do Trabalhador e Determinantes Ambientais
Clara Elisa Figueiredo Dias. Enfermeira. Vigilância em Saúde Regional Sudoeste.
Elda Aparecida Motta. Médica. Coordenadoria de Vigilância de Agravos e Doenças
Ricardo Rampazzo. Enfermeiro. CEREST. Coordenadoria de Saúde do Trabalhador e Determinantes Ambientais

Colaboração Técnica: Departamento de Saúde - DS

Êrica Adriane Ribaldo Ribeiro. Enfermeira. Coordenadoria da Área da Assistência: Atenção Primária
Renata Cauzzo Zingra Mariano. Enfermeira. Coordenação da Área da Enfermagem
Valéria Cristina Jodjahn Figueiredo. Enfermeira. Coordenação da Área da Especialidade
Vivian Cristina Matias de Oliveira Nunes. Farmacêutica. Coordenação da Área da Assistência Farmacêutica

Revisão

Elda Aparecida Motta. Médica. Coordenadoria de Vigilância de Agravos e Doenças
Milena Aparecida Rodrigues da Silva. Articuladora do Núcleo Técnico de Comunicação em Vigilância em Saúde

Arte Gráfica e Diagramação: Núcleo Técnico de Comunicação em Vigilância em Saúde - DEVISA

Mariana Antunes da Silva Ferreira
Milena Aparecida Rodrigues da Silva

Atualização – Edição 6

- Fluxograma V: Investigação de contatos adultos e adolescentes ≥ 10 anos de idade, [página 31](#)
- Fluxograma VI: Investigação de contatos, crianças < 10 anos de idade, [página 32](#)
- Fluxo de solicitação de internação nos Hospitais de Longa Permanência para Tuberculose, [páginas 38 e 39](#)
- Atualização da relação de Centros de Saúde e suas populações, [página 41](#)

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. SUSPEITA DE TUBERCULOSE.....	4
Quando suspeitar de Tuberculose no adulto?	4
Quando suspeitar de Tuberculose em crianças < de 10 anos e em adolescentes?	5
Quando suspeitar de Tuberculose em pessoas vivendo com HIV?	7
3. FLUXOGRAMAS: diagnóstico, tratamento e acompanhamento.....	7
4. EXAMES BACTERIOLÓGICOS.....	12
Indicações.....	12
Orientações gerais para coletas de TRM-TB, baciloscopia e cultura de escarro	13
Conservação e transporte.....	13
Solicitação.....	14
5. EXAMES COMPLEMENTARES.....	15
Radiografia de tórax	15
Tomografia computadorizada de tórax	15
Adenosina deaminase (ada).....	15
FL LAM	15
PT – Prova Tuberculínica.....	16
IGRA - Interferon-gamma release assays	16
6. NOTIFICAÇÃO	19
7. TRATAMENTO.....	19
7.1 ESQUEMA BÁSICO.....	19
Apresentação farmacológica para o esquema básico.....	19
Administração.....	19
Modo de preparo dos comprimidos dispersíveis.....	21
7.2 TRATAMENTO ENCURTADO DA TB SENSÍVEL - NÃO GRAVE - EM CRIANÇAS E ADOLESCENTE.....	21
Definição de Tuberculose não grave:	22
Condições especiais de tratamento para Gestantes.....	22
Condições especiais para prevenção de Neuropatia Medicamentosa - Piridoxina.....	23
8. ACOMPANHAMENTO.....	23
Projeto Terapêutico Singular (PTS)	24
Tratamento diretamente supervisionado (TDO).....	24
Controle radiológico de tórax	24
Baciloscopia mensal.....	25
Prolongamento da fase de manutenção - algumas indicações:.....	25

9. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	25
10. REAÇÕES ADVERSAS.....	26
Fatores de risco	26
reações MENORES	26
reações MAIORES	27
11. MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA.....	28
12. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO POR VÍDEO (VDOT)	28
Objetivos.....	29
Indicações.....	29
Contraindicações	29
Executantes	30
Suspensão do VDOT e retorno ao TDO presencial:.....	30
13. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS	30
14. INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTB)	33
Diagnóstico	33
Prevenção da infecção pelo M. tuberculosis ou quimioprofilaxia primária no recém-nascido (RN).....	34
tratamento preventivo de tuberculose (TPT)	35
Vigilância epidemiológica – ILTB.....	37
15. Fluxo de SOLICITAÇÃO DE VAGA PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TUBERCULOSE	38
16. BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR).....	40
17. SAÚDE DO TRABALHADOR E TUBERCULOSE	43
Trabalhadores de Saúde	43
Exposição à poeira com sílica, Silicose	44
Monitoramento dos expostos e rastreamento para ILTB e TB doença.....	44
Possibilidade de intervenção em ambientes e processos de trabalho	45
18. REFERÊNCIAS	46
19. ANEXOS	48
Anexo I: SOLICITAÇÃO DE CULTURA MICOBACTÉRIAS - TB.....	48
Anexo II: FICHA DE SOLICITAÇÃO PARA EXAME DE TUBERCULOSE LATENTE – IGRA-TB	49
Anexo III: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE	50
Anexo IV A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE maior	51
Anexo IV B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE menor	52
Anexo V: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB	53
Anexo VI: TERMO DE ANUÊNCIA - AUTORIZA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL LEONOR MENDES DE BARROS.....	54
Anexo VII: TERMO DE ANUÊNCIA - AUTORIZA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL NESTOR GOULART REIS	55
Anexo VIII: SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TUBERCULOSE – HOSPITAL NESTOR GOULART REIS	56
Anexo IX: AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDENCIA – HOSPITAL NESTOR GOULART REIS	57

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece um desafio à saúde pública mundial. Em 2020, cerca de 9,9 milhões de pessoas tiveram TB e 1,3 milhão foram a óbito devido esta patologia no mundo. No Brasil, em 2022, foram notificados 68.271 casos novos de TB, com coeficiente de incidência de 32,0 casos por 100 mil habitantes. Em 2023, foram notificados 281 casos entre moradores de Campinas, sendo 230 casos novos, com coeficiente de incidência de 18,85 casos/100 mil habitantes e 15 óbitos.

Nesse contexto, diante da necessidade de ampliar e qualificar as ações de assistência e vigilância no controle da TB, o Departamento de Vigilância em Saúde em parceria com o Departamento de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, elaborou este documento com o objetivo de fortalecer a assistência à saúde na investigação, diagnóstico e tratamento da TB e ILTB. Trata-se da Linha do Cuidado da Tuberculose com as informações básicas dos critérios clínicos, indicações, fluxos e encaminhamentos na rede do município. Conteúdos complementares podem ser consultados nas publicações do Ministério da Saúde e do Governo do Estado de São Paulo para informações mais detalhadas e para situações mais específicas.

2. SUSPEITA DE TUBERCULOSE

QUANDO SUSPEITAR DE TUBERCULOSE NO ADULTO?

Toda pessoa que procure o serviço de saúde que apresente tosse por 2 semanas ou mais é um sintomático respiratório e deve ser suspeito de TB.

- Em busca ativa no território considerar tosse por 3 semanas ou mais.
- Para contatos de TB pulmonar, privados de liberdade, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), pessoas em situação de rua e indígenas considerar qualquer tempo de tosse.

A TB pode manifestar-se sob diferentes apresentações clínicas. Os sintomas clássicos são:

- Tosse persistente seca ou produtiva (com expectoração purulenta ou mucoide, com ou sem sangue).
- Febre vespertina que não costumam ultrapassar 38,5°C.
- Sudorese noturna.
- Emagrecimento e/ou inapetência.
- No exame físico:
 - Pacientes podem apresentar fâcies de doença crônica e emagrecimento.
 - Ausculta pulmonar normal ou com diminuição do murmúrio vesicular.
 - A doença também pode se apresentar de forma insidiosa, com febre baixa, irritabilidade, sudorese noturna e inapetência, ausência de tosse e o exame físico sem grandes alterações.

QUANDO SUSPEITAR DE TUBERCULOSE EM CRIANÇAS < DE 10 ANOS E EM ADOLESCENTES?

A forma pulmonar difere do adulto, pois costuma ser abacilífera, e crianças, em geral, não são capazes de expectorar.

De um modo geral, a frequência dos sintomas é baixa, mas, quando presentes de forma persistente (e não remittente), são de grande valor no diagnóstico da TB em crianças.

Sintomas em crianças geralmente são inespecíficos e se confundem com infecções próprias da infância, o que dificulta a avaliação. Na suspeita de TB deve-se procurar os sinais e sintomas:

- Redução do apetite.
- Perda de peso ou retificação na curva de peso/estatura.
- Tosse crônica-persistente, com mais de duas semanas de duração, com piora progressiva, diferentemente de outros casos de tosse crônica nessa fase de vida.
- Pneumonia que não melhora com o tratamento antimicrobiano habitual.
- Febre, quando presente, é persistente, geralmente acima de 38°C, e ocorre ao final da tarde.
- Outros sinais e sintomas menos comuns, como anorexia, adinamia, sudorese noturna, hepatoesplenomegalia e linfonodomegalia podem estar presentes e ajudar na suspeição diagnóstica.

Diagnóstico da TB pulmonar em crianças: é baseado em uma combinação de critérios clínicos, epidemiológicos, associados a teste imunológico não específico de infecção tuberculosa e a radiografia de tórax. Portanto o sistema de pontuação ou escore propicia o diagnóstico da TB em crianças, sem a necessidade de exames complementares mais sofisticados e/ou profissionais especializados (Quadros I e II).

Sintomas em adolescentes: as manifestações clínicas da TB pulmonar assemelham-se às do adulto.

Diagnóstico da TB pulmonar em adolescentes: o teste rápido molecular (TRM-TB) é de grande contribuição para o diagnóstico nessa população.

Quadro I: Diagnóstico da TB pulmonar em crianças e adolescentes com baciloscopia negativa ou TRM-TB não detectado

Quadro clínico- radiológico		Contato de adulto com TB	PT ou IGRA	Estado nutricional
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese por duas semanas ou mais	Adenomegalia hilar ou padrão miliar e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por duas semanas ou mais e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por duas semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns	Próximo, nos últimos dois anos	PT entre 5 mm e 9 mm 5 pontos	Desnutrição grave (peso/IMC < percentil 10)
15 pontos	15 pontos	10 pontos	PT ≥ 10 mm Ou IGRA reagente / indeterminado 10 pontos	5 pontos
Assintomático ou com sintomas há menos de duas semanas	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de duas semanas	Ocasional ou negativo	PT < 5 mm ou IGRA não reagente	Peso IMC ≥ percentil 10
0 ponto	5 pontos			
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos	Radiografia normal			
- 10 pontos	- 5 pontos	0 ponto	0 ponto	0 ponto

Fonte: Nota Informativa Nº 7/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS

Quadro II: Interpretação da Tabela de SCORE informada no Quadro I

Somatório de pontos	Interpretação	Recomendação
≥ 40 pontos	Diagnóstico muito provável	Iniciar o tratamento da tuberculose
30 a 35 pontos	Diagnóstico possível	Indicativo de tuberculose, orienta-se iniciar o tratamento a critério médico
≤ 25 pontos	Diagnóstico pouco provável	Caso persista a suspeita de tuberculose, prosseguir com a investigação na criança. Deverá ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares e podem ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como baciloscopia e cultura de escarro induzido ou de lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e outros exames de métodos rápidos

Fonte: Nota Informativa Nº 7/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS

QUANDO SUSPEITAR DE TUBERCULOSE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV?

Em pessoas vivendo com HIV a apresentação clínica da TB é influenciada pelo grau de imunossupressão. A investigação diagnóstica é semelhante à investigação na população geral, entretanto, devido à imunodeficiência, os achados comuns em pacientes soronegativos podem não estar presentes, dificultando e atrasando o diagnóstico e o tratamento da TB.

O diagnóstico deve ser rápido para que o tratamento antiTB seja oportuno e o antirretroviral possa ser iniciado e/ou otimizado prontamente.

Adultos e adolescentes infectados pelo HIV sempre devem ser questionados em todos os atendimentos nos serviços de saúde sobre a presença dos sintomas:

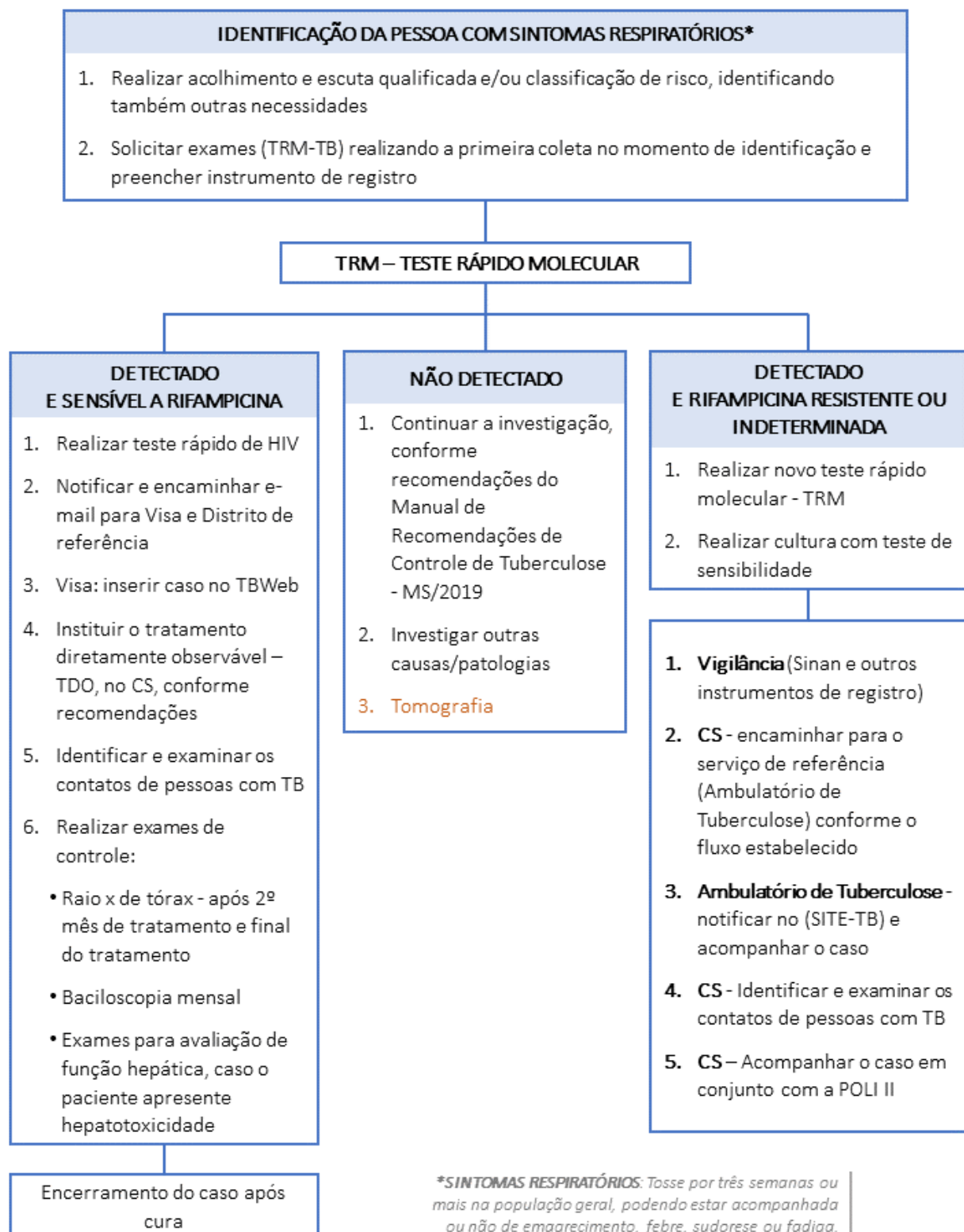
- Tosse independentemente da duração e/ou
- Febre e/ou
- Perda de peso e/ou
- Sudorese noturna

Recomenda-se que na presença de quaisquer desses sintomas, seja realizada a investigação diagnóstica de TB e/ou outras doenças oportunistas.

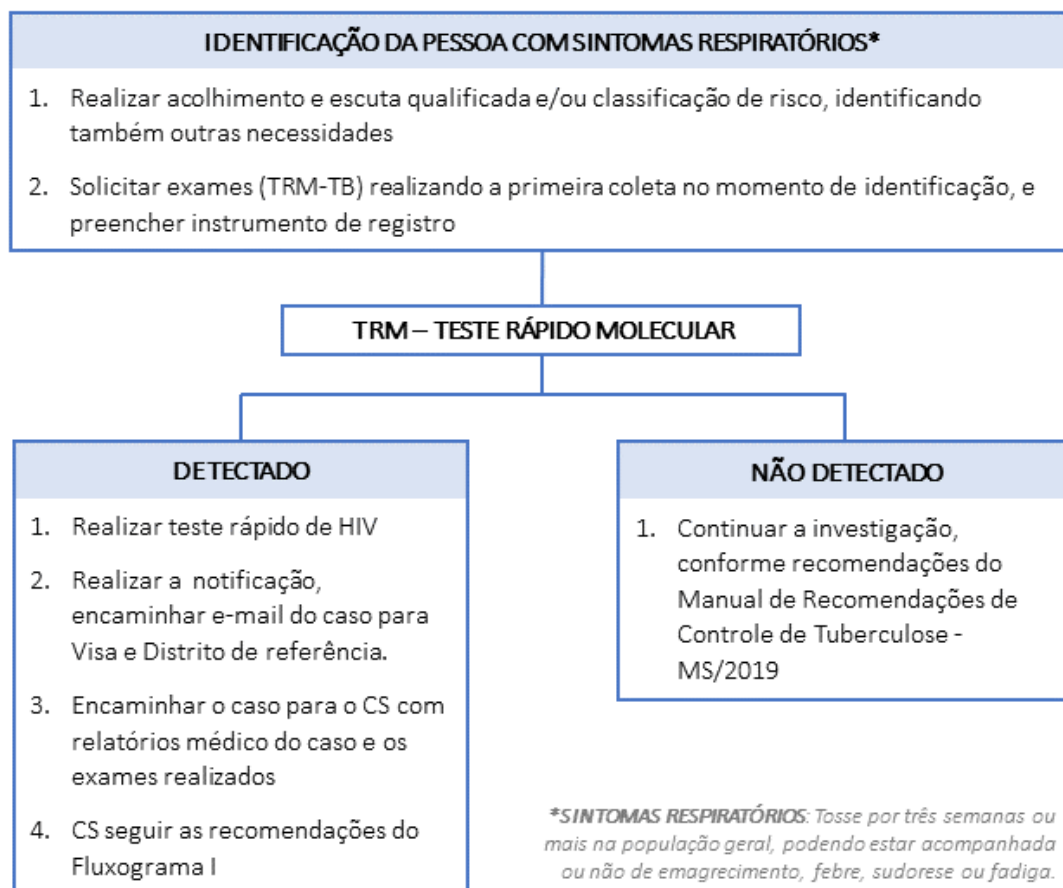
3. FLUXOGRAMAS: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

- **Fluxograma I:** Paciente com suspeita de tuberculose, nos Centros de Saúde, para acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento.
- **Fluxograma II:** Paciente com suspeita de tuberculose, em outros serviços de saúde, para o acesso ao diagnóstico e tratamento.
- **Fluxograma III-A:** Acompanhamento e encaminhamento do paciente com suspeita de tuberculose, conforme resultados de exames nos Centros de Saúde. Baciloscopia e Teste Rápido Molecular (TRM).
- **Fluxograma III-B:** Acompanhamento/encaminhamento do paciente com suspeita de Tuberculose, conforme resultados de exames nos Centros de Saúde: Teste Rápido Molecular (TRM).

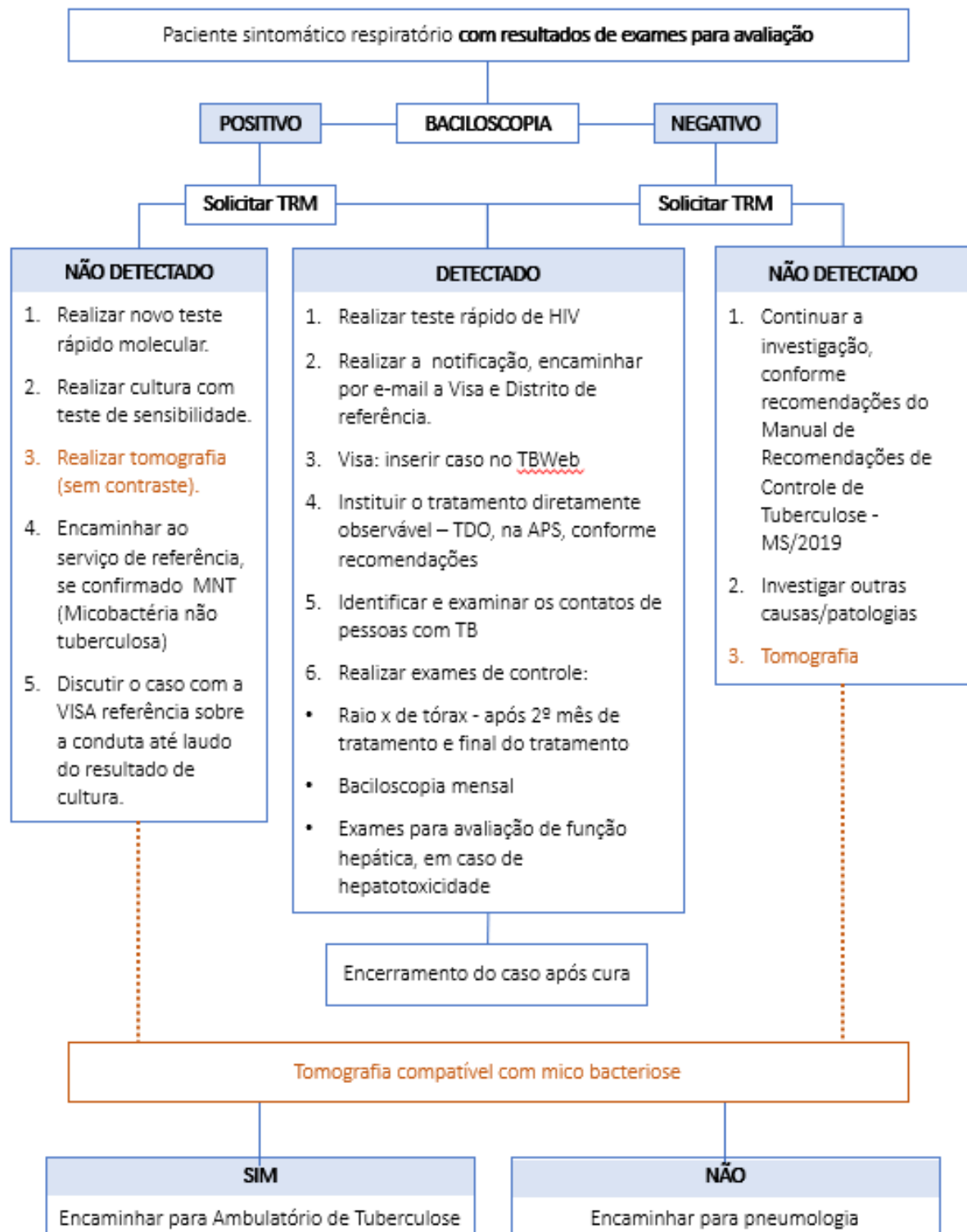
FLUXOGRAMA I: Paciente com suspeita de tuberculose, nos Centros de Saúde, para acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento.



FLUXOGRAMA II: Paciente com suspeita de tuberculose, em outros serviços de saúde, para o acesso ao diagnóstico e tratamento.

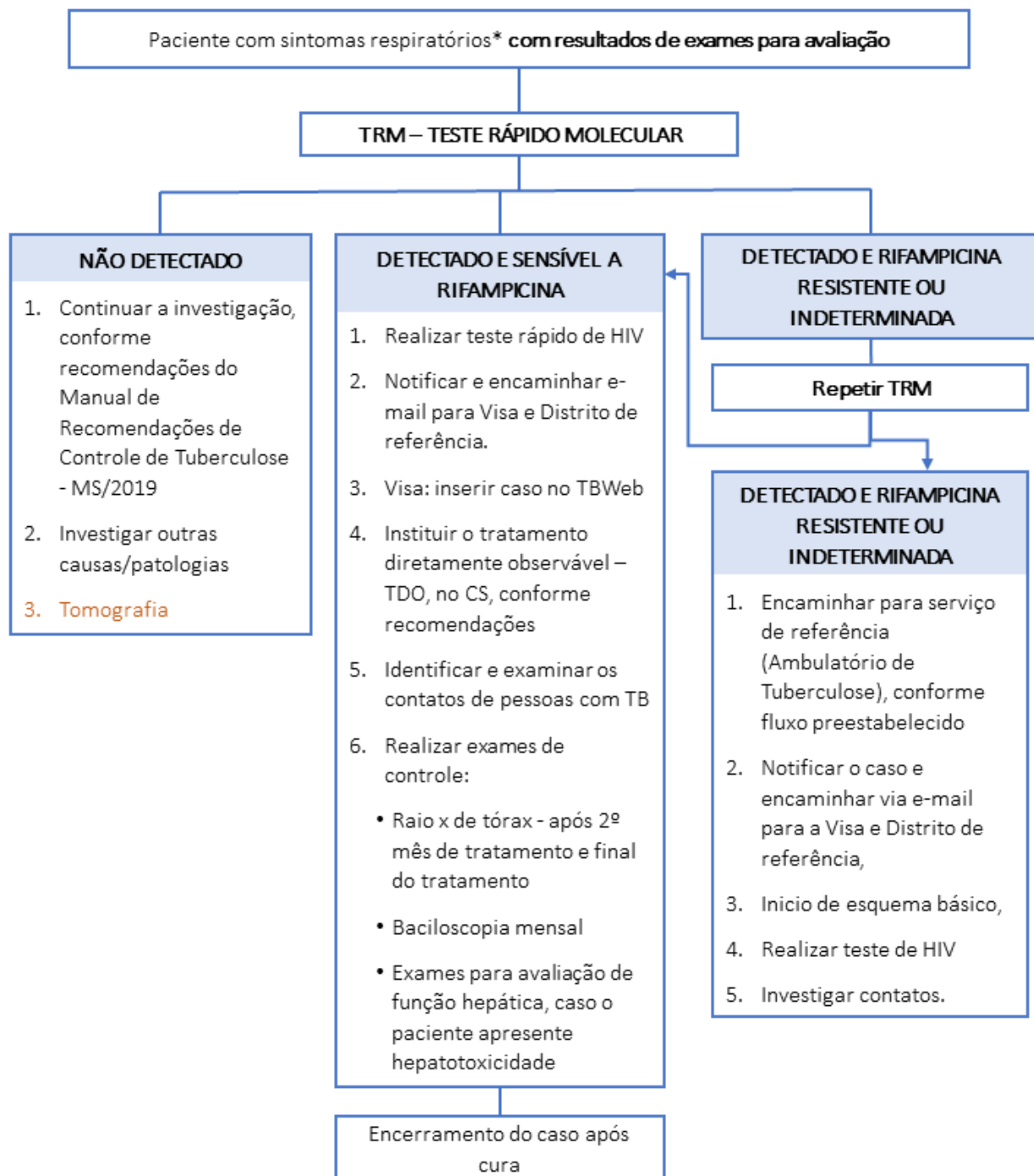


Fluxograma III-A: Acompanhamento e encaminhamento do paciente com suspeita de tuberculose, conforme resultados de exames nos Centros de Saúde: BACILOSCOPIA E TESTE RÁPIDO MOLECULAR (TRM).



* SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS: tosse por 2 semanas ou mais na população geral, podendo estar acompanhada ou não de emagrecimento, febre, sudorese ou fadiga.

Fluxograma III-B: Acompanhamento/encaminhamento do paciente com suspeita de Tuberculose, conforme resultados de exames nos Centros de Saúde: TESTE RÁPIDO MOLECULAR (TRM).



**SINTOMAS RESPIRATÓRIOS: Tosse por três semanas ou mais na população geral, podendo estar acompanhada ou não de emagrecimento, febre, sudorese ou fadiga.*

4. EXAMES BACTERIOLÓGICOS

INDICAÇÕES

Baciloscopia (BK)

- Diagnóstico de pacientes com histórico de TB pregressa. Neste caso são indicadas 2 amostras ou mais.
- Acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares e laríngeos.

Teste Rápido molecular para Tuberculose (TRM-TB)

- Diagnóstico de casos NOVOS de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes.
- Diagnóstico de TB extrapulmonar nos materiais biológicos validados (líquor, gânglios linfáticos e outros tecidos): tem baixa sensibilidade, caso venha negativo não descarta o diagnóstico de TB.
- Triagem de resistência à rifampicina nos casos de retratamento.
- Triagem de resistência à rifampicina nos casos com suspeita de falência ao tratamento da TB.

→ Não está recomendado para:

- diagnósticos em quem já teve TB.
- acompanhamento de casos de TB.
- suspeita de micobacterioses não-tuberculosas.

Cultura

- Suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa.
- Suspeitos de TB com amostras paucibacilares (poucos bacilos).
- Suspeitos de TB com dificuldades de obtenção da amostra (por exemplo, crianças).
- Suspeitos de TB extrapulmonar.
- Casos suspeitos de infecções por microbactérias não tuberculosas – MNT.

Cultura com identificação e teste de sensibilidade

- Contatos de casos de TB resistente.
- Tratamento prévio, independentemente do tempo decorrido.
- Pacientes imunodeprimidos, principalmente HIV.
- Baciloscopia positiva no final do 2º mês de tratamento.
- Populações de risco de Tb resistente: Indígenas, profissionais de saúde, população de rua, privados de liberdade, internos de hospitais sem medidas de biossegurança e Intuições de longa permanência (ILP).

→ Para Cultura e Cultura com Teste de Sensibilidade: seguimos as indicações do Instituto Adolfo Lutz (IAL), laboratório de saúde pública que processa as amostras do município.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA COLETAS DE TRM-TB, BACILOSCOPIA E CULTURA DE ESCARRO

- Recipiente: o escarro deve ser coletado no recipiente disponibilizado pelo almoxarifado municipal.
- Recomendada coleta em jejum.
- Volume ideal: 5 a 10 ml
- Etiquetar adequadamente a amostra.
- Expectoração espontânea: escarro obtido após esforço de tosse, proveniente da árvore brônquica. Não deve conter somente saliva ou secreções nasais.
 - A coleta deve acontecer em local ventilado, de preferência ao ar livre, garantindo a privacidade do paciente. A hidratação com água pode facilitar esse procedimento, além da manobra indutora de tosse.
 - Orientar o paciente: lavar bem a boca, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação quantas vezes for necessário até que o volume recomendado, evitando que ele escorra pela parede externa do pote.
- Escarro induzido: nebulização com 5 mL de NaCl 3% durante 5 a 20 minutos. Obter a amostra após esforço de tosse. Estratégia a ser utilizada de forma criteriosa, em casos com extrema dificuldade na coleta e com todos os cuidados sanitários em condições adequadas de biossegurança para sua realização: sala fechada, não compartilhar o ambiente com outros pacientes, uso de máscara PPF2 pelo profissional de saúde. Após o término do procedimento, manter a sala fechada para o depósito das partículas sobre as superfícies. Realizar a limpeza terminal do ambiente conforme o protocolo de limpeza terminal.

Como obter a solução Na Cl 3%:

- 5 ml de SF 0,9% + 0,5 ml de Na Cl 20% ou
- 3 ml de água destilada + 0,5ml de Na Cl 20 % ou
- 3 ml de água destilada + 1,5 ml de Na Cl 10% ou
- 100 ml de água destilada + 1 colher de sopa de sal de cozinha (equivale a 3g de sódio)

CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE

- Conservar em geladeira e transportar entre 2 e 8 °C com gelo reciclável em caixa isotérmica.
- Para baciloscopia e TRM-TB, na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório, ela poderá ser conservada em geladeira comum por até 7 dias.
- Atenção ao acondicionamento adequado para que não haja risco de derramamento.

Desta forma o serviço poderá coletar estes exames a qualquer hora do seu funcionamento, sem perder oportunidades e aumentando sua capacidade de investigação, desde que as amostras sejam bem conservadas.

SOLICITAÇÃO

Teste Rápido Molecular para Tuberculose – TRM-TB

- Cadastrar no Laboratório Municipal de Campinas (LMC) pelo sistema laboratorial Infolab.
- Se a indicação foi triagem de resistência a Rifampicina, registrar no campo informações complementares: “triagem de resistência a rifampicina”.
- Este exame precisa de 10 ml de escarro sem sangue nem resíduos alimentares, caso a amostra recebida seja inadequada, ela é automaticamente enviada para realização de baciloscopia.
- Casos com indicação de repetir esse exame em menos de 1 mês, registrar no campo informações complementares a justificativa da repetição.

Baciloscopia de escarro - BK

- Cadastrar no sistema laboratorial Infolab.
- Etiquetar adequadamente a amostra.
- Para as baciloscopias de controle:
 - registrar o número de SINAN e o mês de controle do tratamento no campo do sistema Infolab informações complementares -> observações clínicas e C.I.D.
- Para as baciloscopias indicadas para retorno ao trabalho:
 - encaminhar junto com a amostra receituário médico com justificativa: *“Aos cuidados do setor de Microbiologia – Exame de Baciloscopia de controle para retorno ao trabalho”*.

Cultura e Cultura de Escarro com Teste de Sensibilidade - TS

- Cadastrar: nos sistemas laboratoriais Infolab e GAL (do IAL)
- Etiquetar adequadamente as amostras.
- Preencher o pedido do IAL: SOLICITAÇÃO DE CULTURA MICOBACTÉRIAS – TB. (ANEXO I).
- Encaminhar junto com as amostras:
 - duas vias da guia de remessa gerada pelo sistema GAL, e
 - o pedido específico do IAL.

5. EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

Indicação: deve ser solicitado para todos com suspeita clínica de TB pulmonar. Lesões sugestivas:

- Partes altas e dorsais dos pulmões, mais no direito.
- Opacidades, infiltrados, nódulos, cavidades, fibroses, calcificações, linfadenopatia, retrações, aspecto milar (alteração intersticial), alargamento mediastinal, derrames pleurais.
- Raro não ter alterações, mas pode acontecer em PVHA e outras imunodeficiências.

Nas crianças: Pneumonias de qualquer aspecto radiológico, de evolução lenta, às vezes associadas à adenomegalias hilares e/ou paratraqueais (alargamento mediastinal) ou que cavitam durante a evolução e infiltrado intersticial nodular difuso (padrão milar).

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

Indicação: na suspeita de TB pulmonar quando a radiografia inicial é normal e na diferenciação com outras doenças torácicas, especialmente em pacientes imunossuprimidos. Sinais sugestivos de TB ativa:

- Cavidades de paredes espessas.
- Nódulos.
- Nódulos centrolobulares de distribuição segmentar.
- Nódulos centrolobulares confluentes.
- Consolidações.
- Espessamento de paredes brônquicas.
- Aspecto de “árvore em brotamento”
- Massas.
- Bronquiectasias.

Outros exames de imagem também podem ser indicados conforme necessidade: ressonâncias etc.

ADENOSINA DEAMINASE (ADA)

Enzima intracelular presente no linfócito ativado pela micobactéria, pesquisada em líquidos pleural, pericárdico, sinovial, ascítico e cefalorraquidiano.

Indicação: exame realizado em pacientes internados, auxilia na investigação de TB ativa extrapulmonar, sua elevação mesmo sem exames bacteriológicos positivos confirma suspeita diagnóstica de TB nos derrames serosos testados (pleural, pericárdico etc.).

FL LAM

Detecta o antígeno lipoarabinomanano (LAM), componente da parede do bacilo da TB. . O exame é feito na urina.

Indicação: para PVHA com suspeita de TB. Encaminhar solicitação a VISA de referência.

PT – PROVA TUBERCULÍNICA

Também chamada de Teste tuberculínico, Mantoux e PPD (abreviatura do nome do insumo com que se realiza o teste) identifica resposta celular ao complexo M.tuberculosis. Identifica infecção, e não, se a doença é ativa.

Indicações:

- Crianças < 02 anos e ≥ 10 anos, suspeitas de TB ou contactantes domiciliares de tuberculose pulmonar/laríngea.
- Contatos domiciliares adultos de TB, com ou sem comorbidades.
- Investigação de uveítes infecciosas.

Solicitação: encaminhar diretamente a VISA regional por e-mail, com seguintes dados: nome, data de nascimento, nome da mãe, indicação, telefone de contato.

- É importante que a VISA regional avalie se as solicitações de PPD estão de acordo com as indicações acima. Casos especiais podem ser discutidos pontualmente com o DEVISA.

IGRA - INTERFERON-GAMMA RELEASE ASSAYS

Também chamado de teste Interferon-gama e Quantiferon: detecta resposta específica dos linfócitos à infecção pelos agentes do complexo M. tuberculosis. O IGRA identifica a infecção, mas não identifica se a doença é ativa.

Indicações: Populações Prioritárias

- Pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T-CD4+ > 350 células/mm³.
- Crianças ≥ 2 anos e < 10 anos de idade, contato de casos de TB ativa e para escore clínico.
- Pessoas candidatas a transplante.
- Pessoas candidatas ou em uso de imunobiológicos ou imunossupressores

Orientações: para a coleta do IGRA

- Paciente deve estar de jejum por pelo menos 4 horas.
- Coleta de sangue venoso ou arterial.
- Tubo tampa verde com Heparina de sódio (disponibilizado pelas VISAs para as UBS de acordo com a demanda dos casos).
- Coletar 5 ml de sangue.
- Realizar a homogeneização da amostra conforme o protocolo de coleta de exames.
- O material deve ser acondicionado em caixa térmica em temperatura de 2 a 8° após a coleta, até o destino final – Laboratório Municipal de Campinas.
- A coleta deve ser realizada às segundas-feiras - verifique qual fluxo para seu distrito e sua unidade.

Cadastro: do exame do IGRA

- A solicitação deve ser inserida nos sistemas laboratoriais Infolab e GAL (do IAL) pelo serviço que faz a coleta.
- Para o cadastro das amostras no GAL:
 1. *Dados da solicitação*: Finalidade: INVESTIGAÇÃO, Descrição: TUBERCULOSE
 2. *Dados clínicos gerais*: Agravo/Doença: TUBERCULOSE
 3. *Detalhes do agravo*: Finalidade do Exame: DIAGNÓSTICO

Requisitante

Unidade de Saúde: Cód. CNES: Município: Cod. IBGE: UF:

CNS Prof. de Saúde: Nome do Profissional de Saúde: Reg. Conselho/Matrícula:

1. **Dados da solicitação**

Data da solicitação: Finalidade: Descrição:

2. **Informações Clínicas**

Dados clínicos gerais

Agravo/Doença: Data 1ºs sintomas:

Idade gestacional: Motivo: Diagnóstico:

3. **Detalhes do agravo**

Finalidade do Exame: Tratamento: Período Tratamento:

População de Risco: Contato TBDR (TB Droga Resistente):

4. *Amostras*: Nova amostra: Material biológico: SANGUE COM HEPARINA
5. *Pesquisas/Exames*: Nova pesquisa: Tuberculose IGRA

4. **Amostras**

Nova amostra: Localização: Amostra:

Data da Colet: Hora da Colet: Medicamento: Qual medicamento utilizado?:

Data de Inicio:

Material	Localização	Amostra	Material Clínico	Data c
Sangue com Heparina		1ª amostra	Amostra "in natura"	25/01/

5. **Pesquisas/Exames**

Nova pesquisa: Amostra:

Exame	Metodologia	Amostra	Status
Tuberculose	Enzima	Sangue com He...	Não salva

Pesquisas/Exames

Nova pesquisa: Amostra:

Exame	Metodologia	Amostra	Status
Tuberculose IGRA: Sangue com Heparina - 1ª amostra--IN - Amostra "in natura"	Enzima	Sangue com He...	Não salva

Encaminhamento: das amostras

- As amostras devem ser encaminhadas ao Laboratório Municipal junto:
 - Guia de remessa do GAL, e
 - Formulário de SOLICITAÇÃO PARA EXAME DE TUBERCULOSE LATENTE – IGRA-TB (ANEXO II).
- O Laboratório Municipal é responsável pelo encaminhamento das amostras ao IAL às terças-feiras até as 11h.

Resultados:

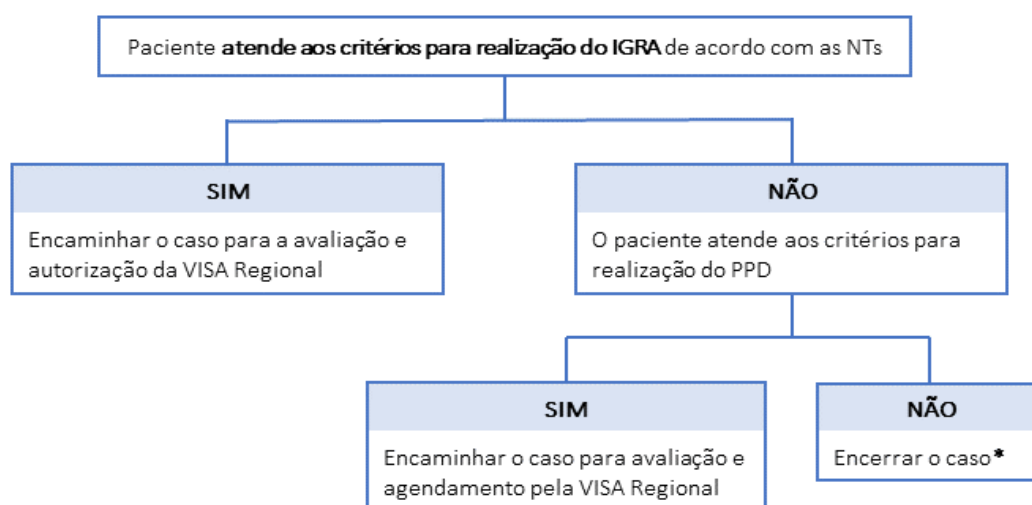
Quadro III. Interpretação dos resultados de IGRA:

População	Resultado	Interpretação
- PVHIV com linfócitos T-CD4+ >350células/mm ³ - Candidatos a transplante de células-tronco - Criança de 2 a 10 anos, contatos de TB ativa - Uso de imunobiológicos e imunossupressores ou situação de pré-transplante de órgãos	Reagente (positivo)	ILTB provável
	Não reagente (negativo)	ILTB improvável
- PVHIV com linfócitos T-CD4+ >350células/mm ³ - Candidatos a transplante de células-tronco	Indeterminado	Capacidade de resposta ao antígeno indeterminada – avaliar repetir o teste
	Indeterminado	ILTB provável*

Fonte: NOTA INFORMATIVA Nº 2/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS

* Crianças ≥ 2 e < 10 anos de idade, contato de casos de TB ativa com resultado indeterminado ao IGRA considerar como ILTB provável e proceder com o tratamento da ILTB pelo alto risco de evoluir para TB ativa após uma primo-infecção, além das dificuldades apresentadas para uma nova coleta de sangue.

FLUXOGRAMA IV - Avaliação de indicação de realização do IGRA pela VISA Regional



*Nessa situação é fundamental excluir a TB ativa, por meio da anamnese, exame clínico e radiografia de tórax.

Fonte: CVADT/DEVISA

6. NOTIFICAÇÃO

Tuberculose é uma doença de notificação compulsória no diagnóstico. Casos de pacientes submetidos a “testes terapêuticos” também devem ser notificados.

No estado de São Paulo, os casos são notificados no sistema TBWEB onde se usa o mesmo número de SINAN para todos os tratamentos de TB do paciente.

→ FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE (ANEXO III).

7. TRATAMENTO

Para o tratamento da TB é utilizado esquema terapêutico padronizado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde composto por duas fases: a intensiva (ou de ataque), e a fase de manutenção.

- **Fase intensiva:** ação bactericida, composto por quatro fármacos, reduz rapidamente a população bacilar e elimina os bacilos com resistência natural a algum medicamento, diminuindo o contágio da doença.
- **Fase de manutenção:** composto por dois fármacos - ocorre a eliminação de bacilos latentes ou persistentes e a redução da possibilidade de recidiva da doença.

7.1 ESQUEMA BÁSICO

APRESENTAÇÃO FARMACOLÓGICA PARA O ESQUEMA BÁSICO

- Comprimidos em doses fixas combinadas (DFC) com a apresentação tipo ‘4 em 1’ (RHZE) ou ‘2 em 1’ (RH).

ADMINISTRAÇÃO

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

Fase	Duração	Droga	Nº de comprimidos/dia			
			20 a 35 kg	36 a 50 kg	51 a 70 kg	>70 kg
1ª	2 meses RHZE	Rifampicina 150 mg	2	3	4	5
		Isoniazida 75 mg				
		Pirazinamida 400 mg				
		Etambutol 275 mg				
2ª	4 meses RH	Meia Dose: Isoniazida 75 mg Rifampicina 150 mg	2	3	4	5
		Dose Plena: Isoniazida 150 mg Rifampicina 300 mg	1	1 comp (dose plena) + 1 comp (meia dose)	2 comp	2 comp (dose plena) + 1 comp (meia dose)

RHZE: combinação de rifampicina (R)/ Isoniazida (H)/ Pirazinamida (Z)/ Etambutol (E)
RH: combinação de rifampicina (R)/ Isoniazida (H)

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019

- Todos os medicamentos deverão ser em tomada única, preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã).
- A apresentação de dose plena RH 300/150 mg em comprimido está disponível nas UBS e deve ser adotada preferencialmente.
- Para TB meningoencefálica ou osteoarticular é utilizado o esquema básico com o tempo de tratamento prolongado (fase de manutenção utilizada por 10 meses).
- Para mais informações sobre o tratamento de TB extrapulmonar, consultar o “Manual de Recomendações para a prevenção de Tuberculose”.

Quadro V - Esquema Básico para o tratamento da TB em crianças < 10 anos de idade até 25kg

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

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019

- Para o tratamento de crianças < de 10 anos e com mais de 25 kg, o esquema básico é composto por três fármacos na fase intensiva (RHZ), e dois na fase de manutenção (RH), com apresentações farmacológicas individualizadas (comprimidos dispersíveis e/ou suspensão).

Quadro VI - Esquema Básico para o tratamento da TB em crianças < 10 anos de idade acima de 25kg

Fases do Tratamento	Fármacos	26 a 30kg mg/dia	31 a 35kg mg/dia	36 a 39kg mg/dia	40 a 44kg mg/dia	> 45Kg mg/dia	Duração do Tratamento
RHZ	Rifampicina	450	500	600	600	600	2 meses fase intensiva
	Isoniazida	300	300	300	300	300	
	Pirazinamida	900 a 1000		1500	1500	2000	
RH	Rifampicina	450	500	600	600	600	4 meses fase de manutenção
	Isoniazida	300	300	300	300	300	

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019

- Na faixa entre > que 25kg à 35kg, utilizar comprimidos dispersíveis de Pirazinamida 150mg
- Para crianças < 10 anos de idade acima de 25kg, não há disponibilidade de doses fixas combinadas (DFC) para a primeira fase. Os medicamentos para a primeira fase podem ser utilizados de formas individualizadas ou a combinação de isoniazida+rifampicina associada a forma individualizada da pirazinamida.
- O comprimido de Isoniazida, que não é dispersível, para administração em crianças, deverá ser macerado e diluído em 10 ml de água filtrada ou destilada, compondo uma solução de 10mg/ml e a dose prescrita deverá ser administrada imediatamente.
- Obs: DFC em comprimidos dispersíveis nas dosagens indicadas abaixo estão disponíveis na rede pública.

Quadro VII – Apresentações infantis disponíveis.

Medicação >> dose	Formulações disponíveis
Rifampicina (R) >> 15 mg/kg	Suspensão 20mg/ml e Cápsula 300 mg
Isoniazida (H) >> 10 mg/kg	Comprimido 100 mg
Pirazinamida (P) >> 35 mg/kg	Comprimido dispersível 150 mg e Comprimido 500mg
R+H+Z	Comprimido dispersível 75/50/150 mg
R+H	Comprimido dispersível 75/50 mg

Fonte: Assistência Farmacêutica – DS -SMS

MODO DE PREPARO DOS COMPRIMIDOS DISPERSÍVEIS

- Dissolver o(s) comprimido(s) em 50 ml de água potável. Para crianças com dificuldade de deglutição desse volume, orienta-se que a diluição seja realizada em, no mínimo, 10 ml de água, ou conforme orientação médica.
- **Após a dissolução, agitar vigorosamente a suspensão e administrar a quantidade total preparada de uma só vez, imediatamente após o preparo.**
- Caso a suspensão não seja utilizada imediatamente após o preparo, recomenda-se que ela seja descartada.
- Os medicamentos devem ser tomados em jejum. Aguardar pelo menos 1h para dar alimentos à criança.

7.2 TRATAMENTO ENCURTADO DA TB SENSÍVEL - NÃO GRAVE - EM CRIANÇAS E ADOLESCENTE

O esquema encurtado de tratamento da TB sensível é recomendado exclusivamente para crianças e adolescentes com **idade entre 3 meses e 16 anos**, com TB sensível e não grave, sem suspeita de TB drogárresistente (DR). No esquema encurtado, o tratamento é reduzido de 6 para 4 meses.

O tratamento principal para crianças e adolescentes continua sendo de 6 meses. O tratamento encurtado de 4 meses é uma alternativa terapêutica para os casos bem definidos de TB pulmonar sensível não grave. Nos casos em que o esquema encurtado não tenha evolução clínica satisfatória, o esquema de 6 meses deverá ser utilizado.

DEFINIÇÃO DE TUBERCULOSE NÃO GRAVE:

1. Raio X de tórax (idealmente realizado no início do tratamento).

Imagens de Raio X de tórax compatível com TB não grave: TB em linfonodo intratorácico sem obstrução das vias aéreas. imagem compatível com TB pulmonar confinada em um lobo, sem cavidades e sem padrão miliar. ou derrame pleural não complicado (sem pneumotórax ou empiema).

2. Bacteriológico (se tiver)

TRM-TB (teste rápido molecular para tuberculose): MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) não detectado, MTB detectado com traços, *very low*, *low* ou baciloscopia: negativa.

3. Critérios Clínicos

Apresentar sintomas leves que não precisam de internação ou TB ganglionar (periférica) isolada extratorácica, sem envolvimento confirmado ou suspeita de TB em outros locais extrapulmonares.

Quadro VIII: Regime do tratamento da TB Pulmonar segundo a faixa etária e gravidade da doença.

Idade	Gravidade da tuberculose	Duração e esquema de tratamento	
		Fase intensiva	Fase de manutenção
≤ 3 meses ou peso < 4Kg	Tb pulmonar qualquer gravidade	2RHZ	4RH
> 3 meses a <10 anos	Tb pulmonar não grave	2RHZ	2 RH
	Tb pulmonar grave	2RHZ	4 RH
≥ 10 anos a < 16 anos	Tb pulmonar não grave	2RHZE	2 RH
	Tb pulmonar grave	2RHZE	4 RH

Fonte: Nota Informativa Nº 5/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS

Recomendado realizar consultas mensais para avaliar recorrência dos sintomas clínicos, espera-se que:

- Os sintomas da TB desapareçam dentro de um mês após o início do tratamento.
- A criança ou o adolescente esteja com estado nutricional normal (semelhante ao que tinha antes de desenvolver TB), após 4 meses de tratamento.
- Se a evolução clínica for desfavorável recomenda-se completar os 6 meses de tratamento.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRATAMENTO PARA GESTANTES

- O tratamento da TB em gestantes diminui o risco de transmissão ao feto e ao recém nato.
- Utilizado o esquema básico.
- Devido ao risco de toxicidade neurológica ao feto atribuído à isoniazida, deve ser utilizado concomitante a piridoxina (50mg/dia).
- Monitorar as reações adversas.

- Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa.
- Se a mãe está bacilífera, adotar o uso de máscara cirúrgica durante a amamentação e cuidados com o RN.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA PREVENÇÃO DE NEUROPATIA MEDICAMENTOSA - PIRIDOXINA

O uso da Piridoxina está indicado para:

- 1) Gestantes que fazem uso do esquema básico de tratamento da TB, dado o risco de toxicidade neurológica ao feto, atribuído à isoniazida.
- 2) Pessoas com coinfeção TB-HIV, pelo alto risco de neuropatia periférica atribuído ao tratamento da TB em sinergia com alguns antirretrovirais.
- 3) Pessoas com desnutrição e pessoas com diabetes, ambos em tratamento da TB, como estratégia de prevenir o aparecimento da neuropatia periférica.
- 4) Pessoas com neuropatia periférica causada pelo tratamento da TB (atribuída, principalmente, à isoniazida); e
- 5) Pessoas em tratamento preventivo da tuberculose (TPT)* nas seguintes situações:
 - a) Pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA) em uso de isoniazida ou esquema de rifapentina com isoniazida.
 - b) Gestantes vivendo com HIV e aids que farão TPT com isoniazida.
 - c) Pessoas com diabetes que utilizarão isoniazida ou esquema de rifapentina com isoniazida.

*TPT

Atual denominação para o tratamento de infecção latente da tuberculose (ILTb) que será abordado no item 14 deste documento.

Para a solicitação de Piridoxina para estes pacientes, encaminhar a VISA Regional: receita e relatório com dados de identificação da paciente, idade gestacional, data provável do parto e tempo de tratamento. O medicamento é dispensado pelo Ministério da Saúde.

8. ACOMPANHAMENTO

- Solicitar teste de HIV – teste rápido - para todos os pacientes. A TB é a principal causa de morte entre as pessoas com HIV, o diagnóstico precoce pode salvar vidas.
- Solicitar hemograma, glicemia, exames de função hepática e renal, para avaliar se paciente tem alguma alteração basal. Repetir cada 3 meses ou, antes, conforme avaliação clínica.
- Avaliar se há alguma interação medicamentosa.
- Todo paciente deve passar por avaliação mensal para monitorar queixas, adesão ao tratamento, ganho ou perda de peso, aparecimento de efeitos colaterais aos medicamentos etc.
- No caso de paciente com Diabetes: rigoroso monitoramento clínico e glicêmico, uma vez que há interação entre os hipoglicemiantes orais e os medicamentos antiTB. Caso o controle glicêmico não seja atingido durante o tratamento da TB, substituir hipoglicemiante oral por insulina e prorrogar fase de manutenção por mais 3 meses (2RHZE + 7 RH), completando 9 meses de tratamento.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

- O PTS é uma ferramenta de organização do cuidado, considerando a singularidade de cada caso.
- Geralmente indicado para situação mais complexa, como frequentemente observada em casos de TB, buscando o cuidado integral ao paciente.
- Deve ser construído pela equipe multidisciplinar de saúde, com atribuição de responsabilidades, e muitas vezes com participação de parcerias, como os CAPS AD, Consultório na Rua, serviços de referências, CRAS, ONGs, casas de recuperação etc.
- Deve ser revisado periodicamente, revendo os problemas e as evoluções conquistadas.
- Devido à complexidade de muitos casos de tuberculose, a formulação de PTS por parte das equipes das UBS é altamente recomendada.

TRATAMENTO DIRETAMENTE SUPERVISIONADO (TDO)

- O TDO é a observação da ingestão dos medicamentos por profissionais de saúde ou outros profissionais capacitados (exemplo: profissionais da assistência social), desde que supervisionados por profissionais de saúde.
- Deve ser instituído para **todos os pacientes** em tratamento de TB.
- Constitui principal ação de apoio e monitoramento do tratamento de TB, deve ser uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde.
- No mínimo três vezes por semana durante todo tratamento (24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção para tratamento de seis meses).
- Nos finais de semana e feriados os medicamentos são autoadministrados.
- Deve facilitar o acesso do paciente, podendo ser feita pela equipe do CS próxima a casa, ao trabalho ou mesmo no trajeto do paciente, também pelas equipes de Consultório na Rua ou CAPS. Pode ser feita na unidade ou na residência, ou outro local, se necessário.
- Idealmente em jejum pela manhã, mas pode ser feito em qualquer horário, desde que o paciente fique em jejum 2 horas antes de tomar a medicação e 1 hora depois.
- Pode ser feita remotamente, por vídeo (vide abaixo no capítulo Tratamento Diretamente Observado por Vídeo para Tuberculose - VDOT).
- Deve ser registrado em prontuário.
- O número de doses supervisionados deve ser informado às equipes de Vigilâncias, para registro no sistema de notificação (TBWEB) e efetivação do tratamento supervisionado ao final do tratamento.

CONTROLE RADIOLÓGICO DE TÓRAX

Todo paciente deve ter Rx de tórax no diagnóstico independente da forma clínica. No acompanhamento é indicado:

- Evolução favorável: Rx de controle no 2º mês de tratamento para confirmar a melhora e diminuição dos achados anteriores.
- Evolução não favorável: No 1º mês de tratamento para afastar outras doenças.
- Ao término do tratamento: solicitar no 5º mês de tratamento. Não aguardar 6º mês de tratamento para solicitar o RX.
- A qualquer tempo: se houver indicação clínica.

BACILOSCOPIA MENSAL

- Coletar baciloscopia (BK) mensal de controle de **todos os casos pulmonares e laríngeos**, mesmo com exames prévios negativos, para detecção precoce de resistência. Quando não se faz tratamento supervisionado, a baciloscopia positiva pode indicar a não adesão ao tratamento.
- Na criança com escarro e facilidade de coleta, o acompanhamento bacteriológico deve ser mensal, como nos adultos. Se não, melhora clínica e radiológica passa a ser o principal critério que corrobora para sua avaliação. Seguimento: Bk positivo no final do 2º mês do tratamento:
 - Solicitar cultura com teste de sensibilidade (TS)
 - Prolongar a fase de ataque (RHZE) por mais 30 dias.
- Após 30 dias com TS sensível ou ainda sem resultado:
 - Se boa evolução clínica e/ou bacteriológica: iniciar fase de manutenção (RH) por mais 4 meses.
 - Se evolução insatisfatória, não melhora clínica e/ou Bk positivo associada ou não com Rx evidenciando atividade de doença: encaminhar para serviço de referência de tuberculose para avaliação.
- Se TS evidenciar resistência: encaminhar para o serviço de referência.

PROLONGAMENTO DA FASE DE MANUTENÇÃO - ALGUMAS INDICAÇÕES:

- BK negativo, mas com evolução clínica e/ou radiológica insatisfatórias.
- BK positivo (poucos bacilos) no 5º ou 6º mês, com boa evolução clínica e radiológica. Investigar resistência.
- Rx com múltiplas cavidades, especialmente se BK positivo ao final 2º mês de tratamento. Investigar resistência.

9. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

As interações medicamentosas dos fármacos antiTB podem ocorrer tanto na absorção quanto no metabolismo. A rifampicina, a isoniazida e o etambutol requerem meio ácido para sua absorção, podendo ser reduzida com o uso concomitante de antiácidos.

A rifampicina aumenta a ação enzimática do citocromo P450 reduzindo ação de alguns medicamentos: Contraceptivos orais, hipoglicemiantes orais, corticóides, imunossupressores, digoxina, enalapril, captopril, cetoconazol, cloranfenicol, aminofilina, teofilina, fenitoína, analgésicos e meios de contraste. Por isso deve ser revisto o método anticoncepcional das mulheres em idade fértil, bem como o uso de hipoglicemiantes e demais medicamentos usados.

Na presença de comorbidades com utilização concomitante de outros medicamentos associados ao tratamento antiTB requer monitoramento clínico diferenciado e pode necessitar que exames laboratoriais sejam solicitados com maior frequência. Para mais detalhes consultar Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2022.

10. REAÇÕES ADVERSAS

A maioria dos pacientes completa o tratamento sem qualquer reação relevante, contudo, até 20% podem ter alguma reação. São divididas em:

- Reações menores: Epigastralgia, prurido, acne, artralgia. Controláveis, sem necessidade de mudar esquema de tratamento.
- Reações maiores: 2 a 8 % dos pacientes. Hepatite, alterações hematológicas e renais com eventual necessidade de mudança no esquema. Encaminhar ao serviço de referência.

FATORES DE RISCO

- Dose - importante para pacientes que têm peso no limite inferior da dosagem.
- Idade - maior risco de hepatotoxicidade após 50 anos e crianças.
- Desnutrição - perda de $\geq 15\%$ do peso.
- Hepatopatias prévias, alcoolismo e comorbidades, como HIV.

A Rifampicina deixa a urina e, eventualmente, outros líquidos orgânicos alaranjados, deve-se informar o paciente, sem conduta a ser tomada.

REAÇÕES MENORES

Quadro IX - Reações adversas menores do esquema básico e conduta

Efeitos adversos	Fármaco	Condutas
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	Etambutol Isoniazida Pirazinamida Rifampicina	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática.
Prurido e exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Anti-histamínico.
Dor articular	Isoniazida Pirazinamida	Analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais.
Neuropatia periférica	Etambutol (incomum) Isoniazida (comum)	Piridoxina (vitamina B6) - 50mg/dia e avaliar a evolução. <u>Atenção</u> : gestantes, alcoolistas e desnutridos
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Etambutol Pirazinamida	Dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade, sonolência)	Isoniazida	Orientar.
Febre	Isoniazida Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019

REAÇÕES MAIORES

Hepatotoxicidade: pode ser causada tanto pela Isoniazida quanto pela Pirazinamida e pela Rifampicina. Orientamos seguinte fluxo:

- Enzimas hepáticas com níveis 3x ou mais do normal ou paciente icterico: interromper tratamento, rever dose e peso, corrigir se necessário.
- Monitorar enzimas hepáticas cada 3 a 7 dias.
- Caso não haja retorno das enzimas a níveis 3 x ou menos do normal nem resolução do sintoma em até 4 semanas, paciente deve ser encaminhado ao **serviço de referência** para mudança de esquema terapêutico.
- Caso as enzimas voltem 3 x ou menos dos níveis normais e houver resolução do sintoma em até 4 semanas, reintroduzir o Esquema Básico na sequência abaixo:
 - Rifampicina + etambutol → isoniazida → Pirazinamida.
 - Intervalo de 3 a 7 dias entre elas.
 - Cada reintrodução – pedir prova hepática.
- Se não tiver êxito na reintrodução dos medicamentos, encaminhar ao **serviço de referência** para mudança de esquema terapêutico.
- Caso tenha êxito, se houve intervalo maior que 30 dias entre a interrupção do tratamento e o dia da inserção do último medicamento do esquema básico, ou seja, da Pirazinamida: reiniciar tratamento considerando data de início o dia da inserção da Pirazinamida.
- Se o intervalo foi menor que 30 dias, dar continuidade ao tratamento descontando o intervalo entre a interrupção do tratamento até o dia da inserção da Pirazinamida.

Solicitação dos medicamentos especiais em doses separadas:

- Encaminhar e-mail à assistência farmacêutica do Distrito de referência informando: nome do paciente, ficha de notificação, medicamento e quantitativo solicitado, relatório médico com justificativa e resultados de exames (funções hepáticas – TGO/TGP/bilirrubina).
- O Distrito de Referência enviará a solicitação ao DEVISA (devisa.ve@campinas.sp.gov.br), com cópia para a VISA regional.
- O DEVISA avaliará o caso e encaminhará a solicitação ao GVE.

Obs: lembrando que à reintrodução do último medicamento, pode ser usado a DFC dos 4 medicamentos juntos. Não sendo necessária a Pirazinamida isolada.

Quadro X - Demais reações adversas maiores do esquema básico e conduta

Efeitos adversos	Fármaco	Condutas
Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave	Etambutol Isoniazida Rifampicina	Suspender o tratamento. Casos moderados, reintroduzir as drogas uma a uma. Substituir a droga identificada como alérgeno. Casos graves, após a resolução, esquema alternativo
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	Isoniazida	Esquema sem Isoniazida
Neurite óptica	Etambutol	Esquema sem Etambutol
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina	Esquema sem Rifampicina
Nefrite intersticial	Rifampicina	Esquema sem Rifampicina
Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Esquema sem Pirazinamida

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019

→ Obs: todos os esquemas alternativos devem ser introduzidos pelo serviço de referência.

11. MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA

- Para os casos de pacientes sintomáticos respiratórios, oferecer máscara cirúrgica na recepção do paciente.
- Priorizar o atendimento dos pacientes sintomáticos respiratórios, reduzindo o tempo do paciente em salas de espera.
- Priorizar o atendimento de pacientes bacilíferos, preferencialmente com horário agendado, fluxo e local de atendimento previamente definido pela equipe do CS.
- Evitar atendimentos de pacientes com suspeita de TB em salas contíguas com outros pacientes portadores de imunodeficiência, idosos ou crianças com menos de 5 anos.
- Orientar a coleta de escarro do paciente em locais abertos, e que mantenham a distância de outros pacientes.
- Se necessário, realizar a inalação com soluções hipertônicas para facilitar a coleta do escarro em sala de inalação, não compartilhar o ambiente com outros pacientes e uso de máscara PPF2 pelos profissionais.
 - Após término do procedimento, manter a sala fechada para o depósito das partículas sobre as superfícies.
 - Realizar a limpeza terminal do ambiente conforme o protocolo de limpeza terminal.

12. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO POR VÍDEO (VDOT)

O Tratamento Diretamente Observado por Vídeo (VDOT) foi desenvolvido para intensificar a estratégia de tratamento diretamente supervisionado (TDO) da TB por profissionais de saúde da rede de Atenção Primária em Saúde de Campinas, através da utilização de aplicativo de celular.

OBJETIVOS

- Facilitar a comunicação e o vínculo da pessoa em tratamento de tuberculose com a equipe do Centro de Saúde.
- Possibilitar o acompanhamento das doses supervisionadas de forma direta pela equipe do Centro de Saúde, e de forma indireta pela equipe de Apoio Distrital e VISA Regional.
- Reduzir da necessidade de deslocamentos do paciente e profissionais para a supervisão diária das tomadas de medicação.
- Minimizar situações de exposição da pessoa em tratamento de tuberculose na comunidade.
- Possibilitar que o paciente mantenha sua rotina de vida habitual com menor impacto possível do tratamento em suas atividades de vida diária.
- Tornar o tratamento de tuberculose mais acessível e conveniente ao paciente.
- Contribuir para a otimização do tempo de trabalho das equipes de saúde.
- Possibilitar a identificação precoce do risco de abandono ou eventos adversos dos medicamentos do tratamento por meio da supervisão diária das tomadas de medicação e contato diário com o usuário.
- Melhorar a adesão ao tratamento de tuberculose reduzindo taxas de abandono de tratamento no município.

INDICAÇÕES

Pacientes que após avaliação dos fatores e características individuais pela equipe, atenda aos seguintes requisitos:

- Ter 18 anos de idade ou mais.
- Se criança, deve haver um responsável adulto assumindo o compromisso de administração da medicação.
- Aceitar o diagnóstico e compreender a necessidade do tratamento.
- Estar em TDO presencial por pelo menos duas semanas com 100% de comparecimento.
- Ser capaz de reconhecer o medicamento e de contar quantos comprimidos deve tomar.
- Demonstrar saber usar adequadamente o equipamento de vídeo e aplicativos.
- Ter acesso regular à conexão de internet.
- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE – VDOT, assinado pelo paciente ou seu responsável (**ANEXOS IV A e B**).

CONTRAINDICAÇÕES

- Pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas.
- Pessoas com transtorno mental que comprometa a função cognitiva.
- Pessoas com tuberculose droga resistente.

Importante

No entanto, considerando a possibilidade de melhora na adesão ao tratamento por meio de recursos digitais, pacientes com histórico de má adesão (incluindo abandonos anteriores) poderão ser avaliados para a realização do VDOT, mesmo apresentando uma ou mais das contraindicações mencionadas.

EXECUTANTES

- Profissionais de saúde adequadamente treinados para o uso do aplicativo EPIDOT-TB.

SUSPENSÃO DO VDOT E RETORNO AO TDO PRESENCIAL:

- Qualquer mudança em algum dos critérios de inclusão ou surgimento de critério de exclusão.
- Paciente apresentou reação adversa aos medicamentos.
- Paciente relata não conseguir mais ter um local protegido e confiável para o momento do VDOT (questões familiares ou instabilidades tecnológicas).
- Paciente não encaminha os vídeos ao Centro de Saúde por 3 dias consecutivos (risco de abandono que demanda busca ativa presencial)
- Paciente não comparece às consultas e exames presenciais demonstrando outros sinais de má adesão.
- Paciente manifesta desejo de retornar ao TDO convencional.
- Discutir caso com VISA regional.

Recomendação: consultar as **Orientações Tratamento Diretamente Observado por Vídeo (VDOT)**, com informações completas, disponível no site oficial:

https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2025/10/31-120631/OrientacaoDS_DEVISA_TratamentoTb_VDOT_EPIDOT.USP_2025.pdf

13. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS

Definição de contatos: toda pessoa que foi exposta ao caso índice ou caso fonte, no momento da descoberta do caso de tuberculose:

- Domicílio
- Ambientes de trabalho
- Instituições de longa permanência
- Presídios
- Escolas/creches

A avaliação dos contatos com relação ao risco de infecção deve ser individualizada. Considerar a forma da doença do caso fonte, o ambiente e o tempo de exposição.

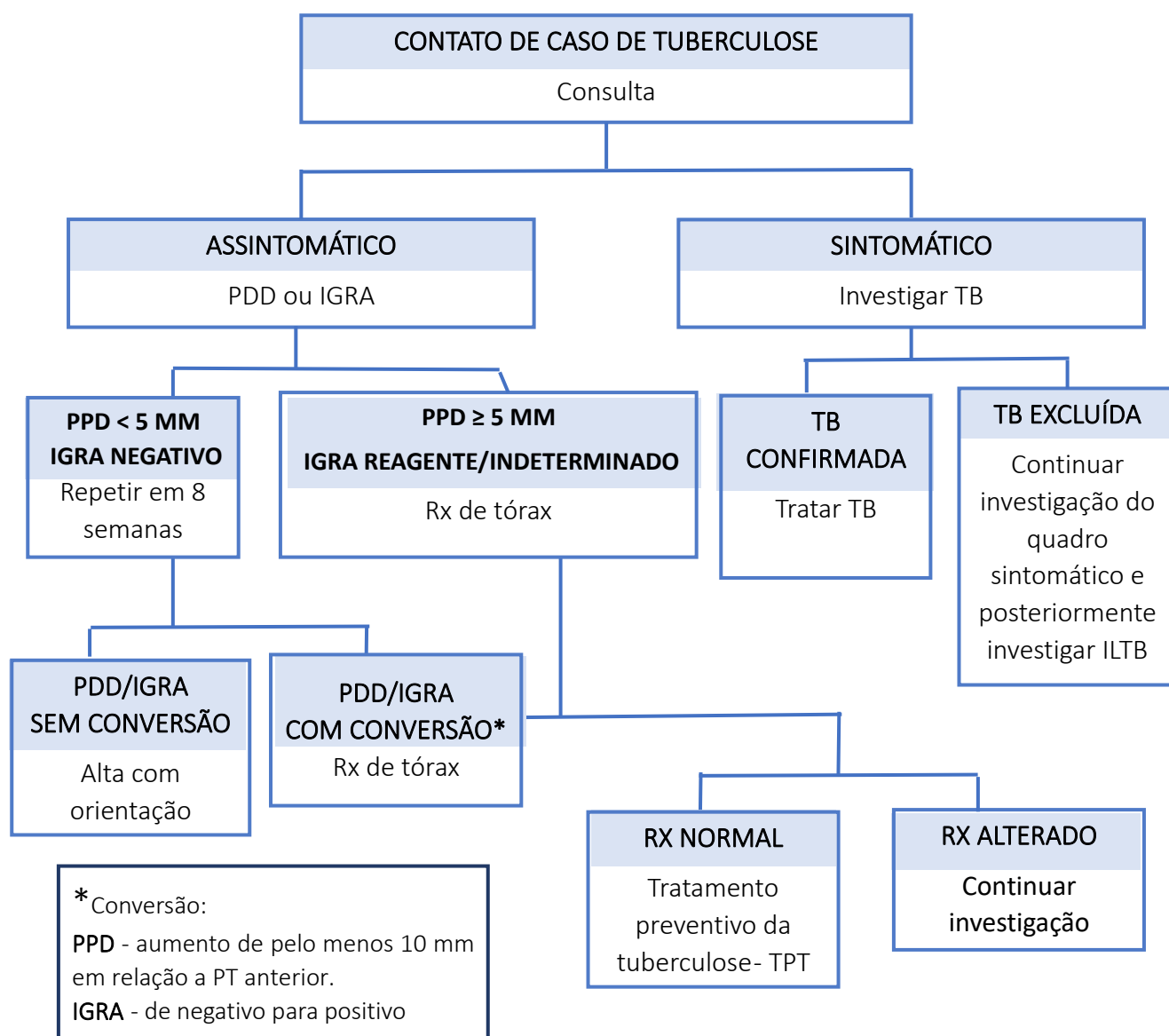
Deve-se também seguir uma ordem de prioridade para iniciar a investigação levando-se em conta a presença de sintomas e o grau vulnerabilidade dos contatos:

- Pessoas de qualquer idade com sintomas sugestivos de TB.
- Crianças e adolescente menores de 15 anos (protocolo municipal) de idade.
- Pessoas vivendo com HIV.
- Pessoas portadoras de condições consideradas de alto risco, com comprometimento imunológico conhecido ou suspeito.
- Contatos de casos índice com TB resistente, comprovada ou suspeita.

É importante que todos os contatos sejam investigados para HIV. Durante o atendimento, oferecer a testagem através de testes rápidos *point of care* disponíveis nos Centros de Saúde.

Todo caso de TB foi um dia um contato de TB.

Fluxograma V: Investigação de contatos adultos e adolescentes ≥ 10 anos de idade

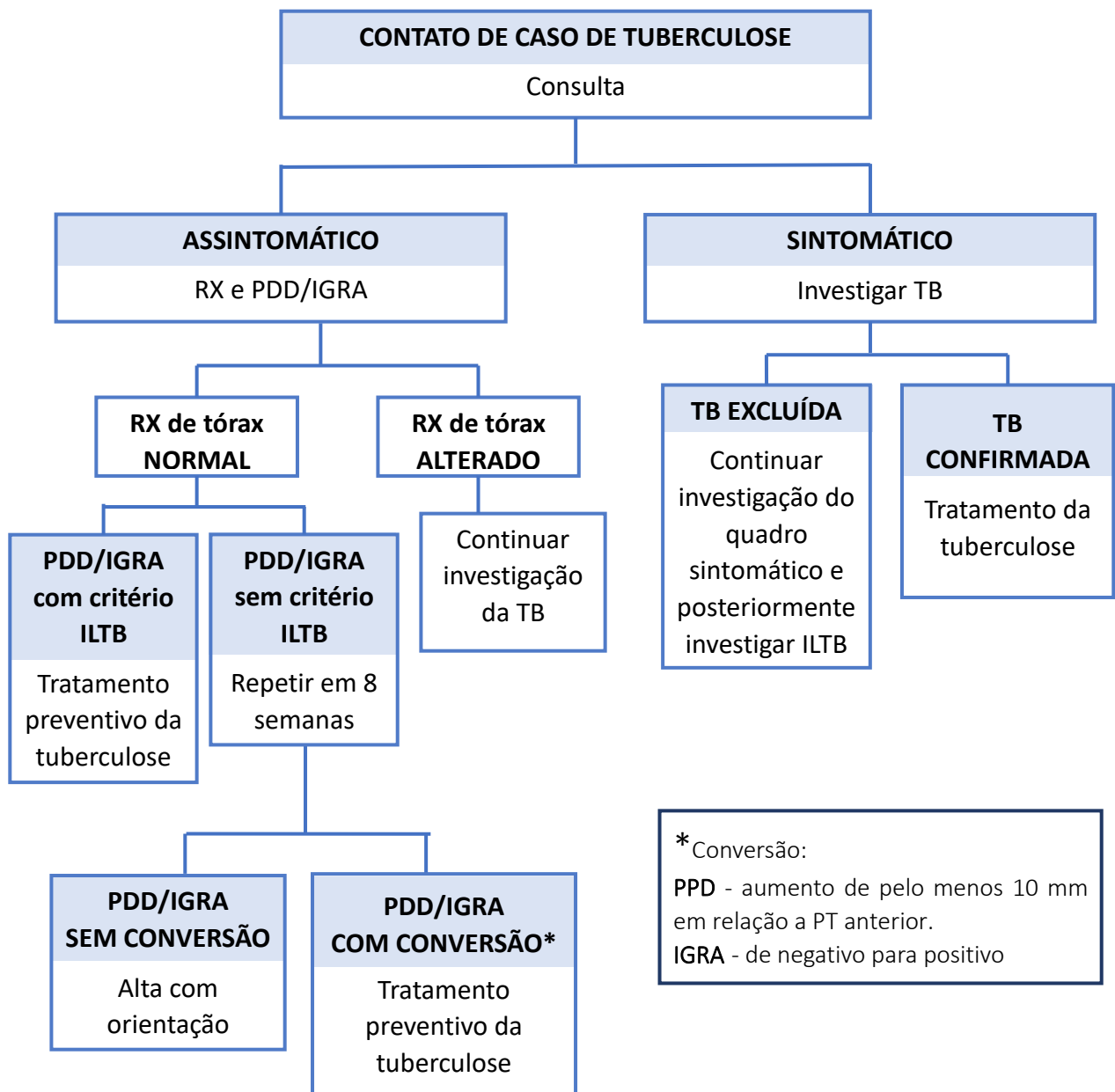


Fonte: DEVISA. Adaptado do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019

- Antes de realizar o PPD ou IGRA, a equipe de saúde deve conversar com o paciente (assintomático) sobre a importância do tratamento preventivo da tuberculose (TPT), se o resultado do IGRA ou PPD for reagente.
- Caso o paciente manifeste que não irá realizar o TPT, sugere-se que não realize os exames IGRA/PPD.

- O abandono do TPT pode refletir em resistência aos medicamentos do tratamento convencional, e futuramente o paciente pode apresentar quadro de doença ativa.
- Para os casos de contatos que sejam PVHA e assintomáticos, deve-se iniciar TPT independentemente do resultado do IGRA ou do PPD.

Fluxograma VI: Investigação de contatos, crianças < 10 anos de idade



Fonte: DEVISA. Adaptado do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019

14. INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTB)

Os pacientes infectados pelo *M. tuberculosis* e que não apresentam a doença ativa, são identificadas como portadores da Infecção Latente de Tuberculose (ILTB).

O tratamento da ILTB, hoje chamado de **tratamento preventivo da tuberculose (TPT)** reduz o risco de adoecimento por TB ativa, sua realização é considerada umas das principais estratégias para eliminação da TB como problema de saúde pública no Brasil. Sua eficácia está diretamente relacionada à adesão ao tratamento, com a tomada do número recomendado de doses do esquema preconizado.

IMPORTANTE: antes de se efetuar o TPT sempre investigar sinais e sintomas clínicos sugestivos de TB ativa e, na presença de qualquer suspeita, investigar a TB e não tratar a ILTB nesse momento.

DIAGNÓSTICO

- Exclusão da TB ativa (pulmonar/laríngea ou extrapulmonar).
- Realizado prioritariamente na atenção primária com especial atenção às populações sob maior risco de adoecimento (Quadro XI).
- Realizado por meio dos testes da PT ou do IGRAs.

Quadro XI - Populações com indicação de investigação de ILTB

Populações com indicação de investigação de ILTB
Contatos (nos últimos dois anos) adultos e crianças de TB pulmonar e laríngea
PVHA com LT CD4+ $\geq$ 350 cel/mm ³
Pessoas em uso de inibidores de TNF alfa ou corticosteroides (equivalente a > 15 mg/dia de prednisona por mais de um mês)
Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB
Pré-transplante que irão fazer terapia imunossupressora
Pessoas com silicose
Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas
Neoplasias em terapia imunossupressora
Insuficiência renal em diálise
Diabetes mellitus
Baixo peso (< 85% do peso ideal)
Tabagistas ($\geq$ 1 maço por dia)
Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax
Profissionais de saúde, pessoas que vivem ou trabalham no sistema prisional ou em Instituições de Longa Permanência

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO M. TUBERCULOSIS OU QUIMIOPROFILAXIA PRIMÁRIA NO RECÉM-NASCIDO (RN)

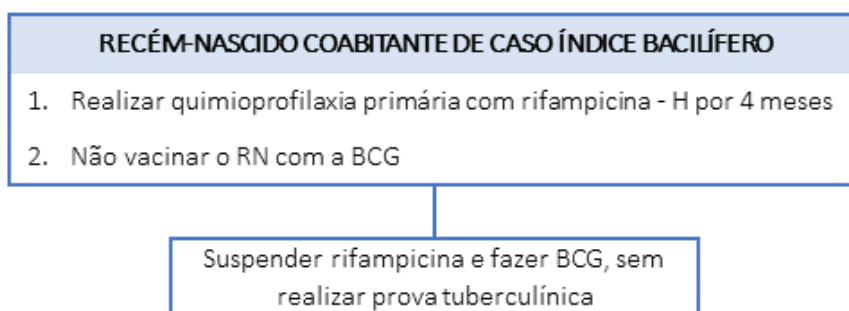
Ao RN exposto a caso de TB pulmonar ou laríngea bacilífero, recomenda-se quimioprofilaxia primária devido ao risco de se infectar e desenvolver formas graves da doença:

- O RN não deve ser vacinado com a BCG ao nascer.
- Usar preferencialmente com **Rifampicina**, 4 meses (4R).
- Não há necessidade de realizar PPD posteriormente.
- Vacinar BCG após o término da quimioprofilaxia.
- Caso seja vacinado antes da quimioprofilaxia, recomenda-se manter o esquema com os 4 meses de rifampicina. 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.

Na indisponibilidade de Rifampicina, usar esquema anteriormente recomendado

- Isoniazida (H) por três meses.
- Após esse período, deve-se realizar PPD (o IGRA não é indicado para crianças < de 2 anos):
 - PPD $\geq$ 5mm: completar seis meses de tratamento. O RN não deve ser vacinado para BCG, uma vez que já apresenta resposta imune ao bacilo da tuberculose.
 - PPD < 5mm: interromper H e vacinar BCG.
- Caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado, recomenda-se o uso de H por seis meses e não está indicada a realização da PPD. Avaliar individualmente a necessidade de revacinar para BCG após esse período, já que a H é bactericida e pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG efetuada.

Fluxograma VII -Prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos



Fonte: Nota Informativa nº6/2024 – CGTM/DATHI/SVSA/MS

Observações:

- Se a mãe for o caso fonte, descartar Tuberculose congênita.
- Monitorar a criança quanto ao aparecimento de sinais de TB ativa durante a quimioprofilaxia.
- Não há contraindicação da amamentação desde que seja descartado mastite tuberculosa.
- Se a mãe for bacilífera, deverá utilizar máscara cirúrgica durante a amamentação e cuidados com o RN, enquanto estiver bacilífera.

TRATAMENTO PREVENTIVO DE TUBERCULOSE (TPT)

Indicações

- Resultado de PPD reator ou IGRA reagente.
- Probabilidade de ILTB e o risco de adoecimento, exemplo crianças e pessoas com imunossupressão - PVHA.

Situações especiais

- Gestantes
 - Orientação de postergar o TPT após o parto.
 - Gestante com infecção pelo HIV, deve-se tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação.
- Tratar pessoas vivendo com HIV se:
 - Contagem de LT-CD4+ $\leq$ a 350 céls/mm³, independentemente do PPD ou quando contagem de CD4 desconhecida.
 - Contagem de LT-CD4+ $>$ 350 céls/mm³ com PPD $\geq$ 5mm ou IGRA positivo.
 - Contato intradomiciliar ou institucional de pacientes com TB pulmonar ou laríngea, independentemente do resultado do PPD ou do IGRA.
 - Registro documental de ter tido PPD $\geq$ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao TPT na ocasião.
 - Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB, independentemente do resultado do PPD, desde que afastada a possibilidade de TB ativa.
- Contatos de TB com resistência extensiva ou multirresistente
 - O TPT está contraindicado.
 - Em contatos sintomáticos realizar a investigação de TB pulmonar.
 - Em contatos assintomáticos, após a exclusão de TB ativa, a recomendação é o acompanhamento mensal do paciente por 2 anos, com investigação clínica e radiológica semestral.

Quadro XII - Esquemas terapêuticos do TPT

Esquema	Nº de doses x Tempo de tratamento	Posologia	Indicações	Reações adversas
Isoniazida (H) 6H ou 9H	6 meses 180 doses 9 meses 270 doses	DIÁRIA 5 a 10 mg/kg Máximo 300mg/dia	Todas as indicações do TPT, exceto contatos de TB resistente à H e hepatopatas. Na gestação, associar piridoxina (VitB6) 50 a 100mg/dia.	Hepatotoxicidade, Neuropatia periférica, <i>rash</i> cutâneo e náuseas.
Isoniazida (H) + Rifapentina (P) 3HP Medicação isolada ou em DFC	3 meses 12 doses	SEMANAL Adultos - DFC (>14anos e ≥ 30Kg): H: 900 mg/semana P: 900mg/semana 3 comp/semana Crianças – medicação isolada - (2 a 14 anos): 10 a 15kg: H: 300mg/semana P: 300mg/semana 16 a 23 kg: H: 500mg/semana P: 450mg/semana 24 a 30kg: H: 600mg/semana P: 600mg/semana > 30kg: H: 700mg/semana P: 750mg/semana	Todas as indicações do TPT, exceto contatos de TB resistente à H e intolerância à H. Não recomendada a sua utilização na gestação	Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade (menos frequente), cefaleia, <i>rash</i> cutâneo, náuseas, coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.
Rifampicina (R) 4R	4 meses 120 doses	DIÁRIA Adultos (≥ 10 anos): 10 mg/kg de peso Máximo 600 mg/dia Em crianças (< 10 anos) 15 (10-20) mg/kg /dia Máximo 600mg/dia	Todas as indicações do TPT. Na gestação, associar piridoxina (Vit B6) entre 50 e 100mg/dia.	Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade (menos frequente), plaquetopenia, <i>rash</i> cutâneo, náuseas, coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.
Rifampicina (R) + Isoniazida (H) 3RH Comprimidos dispersíveis R75mg+H50mg	3 meses 90 doses	DIÁRIA 4 a 7 Kg 1 comprimido 8 a 11 kg 2 comprimidos 12 a 15 kg 3 comprimidos 16 a 24 kg 4 comprimidos	Crianças < 10anos, que não consigam deglutir comprimidos	Crianças tem menor frequência de eventos adversos que adultos. Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade, <i>rash</i> cutâneo, exantema, efeitos gastro-intestinais, plaquetopenia. >> Coloração alaranjada em fluidos corporais causada pela rifampicina: avisar família.

Fonte: DEvisa. Adaptado das NOTAS INFORMATIVAS Nº 5/2021-CGDR/. DCCI/SVS/MS e Nº6/2024 – CGTM/DATHI/SVSA/MS

Considerações:

- Todos os medicamentos devem ser tomados de uma única vez.
- A rifampicina e a isoniazida, preferencialmente em jejum.
- A rifapentina junto com alimentos. Pacientes com dificuldades de deglutição podem esmagar os comprimidos e adicioná-los a uma parte semissólida da alimentação e consumir imediatamente.
- A rifapentina e a isoniazida em DFC devem ser tomadas junto com alimentos.
- Para crianças: O comprimido de Isoniazida (100mg) deverá ser macerado e diluído em 5 ml de água filtrada ou destilada, compondo uma solução de 20mg/ml e a dose prescrita deverá ser administrada imediatamente.
- O comprimido dispersível R75mg+H50mg: Dissolver em 50 mL de água potável, volume mínimo de 10 mL de água, após a dissolução, agitar vigorosamente e administrar o total de uma só vez, imediatamente após o preparo. Caso a suspensão não seja utilizada imediatamente após o preparo, recomenda-se que seja descartada. Deve ser tomado em jejum. Aguardar pelo menos 1h para dar alimentos à criança.
- Importante manter consultas regulares com intervalo de 30 a 60 dias, para avaliação clínica de efeitos adversos, adesão ao tratamento e avaliação sobre qualquer sinal ou sintoma de TB.
- No esquema 3HP as consultas devem ser mensais.
- Solicitação de exames complementares (função hepática) para casos de risco de hepatotoxicidade (alcoolistas ou indicação clínica).
- Não se recomenda repetir o TPT em pessoas que já se trataram para TB ou que já fizeram o tratamento preventivo completo, exceto se for identificada nova exposição de risco, como no caso das PVHIV em contato com caso fonte bacilífero.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – ILTB

No estado de SP os casos devem ser notificados por meio do preenchimento de ficha específica e inseridos no Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB- TPT - (IL-TB) para controle e liberação dos medicamentos, monitoramento e avaliação dos indicadores epidemiológicos: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ILTB (**ANEXO V**).

- O próprio sistema IL-TB gera o número da notificação do caso, não sendo necessário a utilização de números de SINAN disponíveis na unidade.
- É fundamental que haja a exclusão da tuberculose ativa previamente.
- **IMPORTANTE:** Notifica-se apenas a pessoa com a ILTB que iniciará o tratamento.

OBS: Destaca-se que, apesar do TPT não estar na lista de notificação compulsória, a notificação no estado de São Paulo é obrigatória.

15. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE VAGA PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TUBERCULOSE

15-A: Paciente do sexo MASCULINO em tratamento para TB com resultado de TRM sensível ou resistente APENAS à Isoniazida

Local da vaga: Hospital Leonor Mendes de Barros, no município de Campos do Jordão - SP.

Solicitação da vaga:

- Enviar e-mail solicitando vaga de internação para a Central de Regulação de Vagas (telefone (19) 3255-1899)
Endereço eletrônico: regulacao.ambulatorial@campinas.sp.gov.br
- Anexar no e-mail:
 - Relatório médico e social.
 - Resultado de exame de BK atualizado.
 - TERMO DE ANUÊNCIA: AUTORIZA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL LEONOR MENDES DE BARROS, assinado pelo paciente (**ANEXO VI**). O termo pode ser solicitado para a VISA Regional de referência.
 - Certificado de vacinação de COVID

Confirmação da vaga:

- O CS será comunicado pela Central de Regulação de Vagas, via e-mail, quando a vaga for liberada.
- O prazo para internação do paciente é de 3 dias a partir do momento da liberação da vaga.

Solicitação de transporte do paciente:

- Solicitar com, pelo menos, 3 dias de antecedência.
- Após a confirmação da vaga, encaminhar cópia do e-mail com a liberação da vaga para o SAEC para agendar o transporte.
Endereço eletrônico: sms.saec@campinas.sp.gov.br informando:
 - dados do paciente: nome e número de documento.
 - dados do solicitante da vaga: nome e telefone de contato de quem solicita a vaga no CS.
 - dados do CS: nome do CS, endereço, telefone e profissional de referência do caso.
 - dados do local de destino: nome do hospital, endereço e telefone.
 - cópia dos documentos de solicitação de vaga: relatório médico e social, resultado de exame de BK atualizado, Termo de Anuência do paciente.

Transporte e internação do paciente:

- O paciente deve ser acompanhado por técnico/auxiliar de enfermagem do CS.
- Todos os documentos devem ser levados: relatório médico e social, resultado de exame de BK atualizado, Termo de Anuência do paciente.
- Importante: O paciente **NÃO** pode entrar com dinheiro em espécie junto aos seus pertences no ato da internação (regras do local).

Endereço: Hospital Leonor Mendes de Barros

R. Vereador Agripino de Moraes, Nº 101. Vila Matilde. Campos do Jordão - SP.

Telefone: (12) 3668-9000 >> Falar com Luciana/Silmara.

15-B: Paciente do sexo FEMININO em tratamento para TB (resistentes ou não), Paciente do sexo MASCULINO com ou sem resistência a drogas e homens e mulheres trans (sensível ou TBDR) e ações judiciais (internação compulsória decretada por um juiz)

Local da vaga: Hospital Nestor Goulart Reis no município de Américo Brasiliense - SP.

Solicitação da vaga:

- Enviar e-mail solicitando vaga de internação diretamente para o Hospital Nestor Goulart Reis
Endereço eletrônico: hngr-crlt@saude.sp.gov.br
Relatório médico e social.
 - Exames complementares recentes de interesse do caso.
 - Certificado de vacinação para COVID.
 - TERMO DE ANUÊNCIA: AUTORIZA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL NESTOR GOULART REIS, assinado pelo paciente (**ANEXO VII**). O termo pode ser solicitado para a VISA Regional de referência.
 - Ficha de Solicitação de Internação em Hospital de Longa Permanência para Tuberculose. A ficha está disponível no site do CVE em: <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/tuberculose/solicitacao-de-internacao>
 - Esta ficha é exclusivamente para internação de TB no Hospital Nestor Goulart Reis
 - Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Confirmação da vaga:

- O CS será comunicado pela Central de Regulação de Vagas, via e-mail, quando a vaga for liberada.
- O prazo para internação do paciente é de 3 dias a partir do momento da liberação da vaga.

Solicitação de transporte do paciente:

- Solicitar com, pelo menos, 3 dias de antecedência.
- Após a confirmação da vaga, encaminhar cópia do e-mail com a liberação da vaga para o SAEC para agendar o transporte.
Endereço eletrônico: sms.saec@campinas.sp.gov.br informando:
 - dados do paciente: nome e número de documento.
 - dados do solicitante da vaga: nome e telefone de contato de quem solicita a vaga no CS.
 - dados do CS: nome do CS, endereço, telefone e profissional de referência do caso.
 - dados do local de destino: nome do hospital, endereço e telefone.
 - cópia dos documentos de solicitação de vaga: relatório médico e social, exames complementares recentes de interesse do caso, Termo de Anuência.

Transporte e internação do paciente:

- O paciente deve ser acompanhado por técnico/auxiliar de enfermagem do CS.
- Todos os documentos devem ser levados: relatório médico e social, resultado de exame de BK atualizado, Termo de Anuência do paciente.

Endereço: Hospital Nestor Goulart Reis

Alameda Aldo Lupo, 1620 - Centro, Américo Brasiliense - SP.
Telefone: (16) 3392-1914.

16. BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR)

A busca ativa de SR é uma atividade de saúde pública orientada a identificar precocemente os casos bacilíferos, pela investigação de pessoas com tosse persistente, com possibilidade de estar com TB pulmonar ou laríngea, tratar e, conseqüentemente, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença a longo prazo.

Definição de SR:

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO NA POPULAÇÃO GERAL:
pessoa com tosse por período ≥ 3 semanas de duração.

- O tempo da duração de tosse para busca ativa varia por população: 2 semanas para pacientes com Diabetes mellitus e população que procura o serviço de saúde e qualquer tempo de tosse para os contatos de TB, PVHIV, privados de liberdade, situação de rua, moradores de instituições de longa permanência, profissionais de saúde, profissionais do sistema carcerário e indígenas.
- O número de sintomáticos esperados corresponde a 1% da população. A cada 100 SR examinados encontra-se, em média, de três a quatro doentes bacilíferos.
- A busca de SR deve estar inserida na rotina do CS: durante o acolhimento, nos grupos, nas consultas, no agendamento de consulta e exames. e não apenas realizada nas campanhas.
- A meta de busca ativa, para ter controle da doença, é investigar 70% dos sintomáticos respiratórios esperados para determinada população. Exemplo: Em uma população de 5000 pessoas temos 50 SR e 35 deveriam ser investigados.
- Importante que a quantidade de pessoas investigadas seja monitorada, e reavaliadas as estratégias de detecção de SR dentro de cada CS para se alcançar a meta.

Tabela I – Sintomáticos Respiratórios esperados e meta do Nº de investigados por Centro de Saúde, com base na população de 2020 (IBGE).

DISTRITO LESTE

CS Residência	População 2020	SR	Meta
31 de Marco	7904	79	55
B Esperança	4982	50	35
C Gomes	6205	62	43
C Silva	33505	335	234
Centro	42554	425	297
Conceição	20068	201	140
S Quirino	19582	196	137
Taquaral	44719	447	313
Guanabara	30741	307	215

DISTRITO NOROESTE

CS Residência	População 2020	SR	Meta
C Grande	8201	82	57
Florence	13309	133	93
Floresta	16115	161	113
Integração	18913	189	132
Ipaussurama	10235	102	72
Itajaí	7311	73	51
Lisa	8368	84	59
Rossin	6706	67	47
P Aquino	16806	168	118
Perseu	10422	104	73
Sírius Cosmos	11500	115	80
S Iris I	5195	52	36
S Iris II	9638	96	67
S Rosa	12598	126	88
Valença	24106	241	169

DISTRITO NORTE

CS Residência	População 2020	SR	Meta
Anchieta	22491	225	157
Aurélia	38605	386	270
B Geraldo	45579	456	319
B Vista	13791	138	97
C Amaral	15494	155	108
Eulina	21101	211	148
Rosalia	9506	95	67
S Barbara	19815	198	139
S Marcos	15350	154	107
S Martin	13354	134	93
S Monica	8491	85	59
CS Village	9387	94	66

DISTRITO SUDOESTE

CS Residência	População 2020	SR	Meta
Aeroporto	16914	169	118
Capivari	13352	134	93
DIC I	17357	174	121
DIC III	17118	171	120
DIC VI	14016	140	98
S Antônio	14608	146	102
S Cristóvão	20918	209	146
S Lucia	15249	152	107
Campos Elíseos	21355	214	149
U Bairros	21349	213	149
V Alegre	28475	285	199
V União/CAIC	12726	127	89

DISTRITO SUL

CS Residência	População 2020	SR	Meta
C Belo	22826	228	160
C Moura	16638	166	116
Fernanda	18472	185	129
Figueira	20977	210	147
N América	8224	82	58
Oziel	13174	132	92
S Dumont	4235	42	30
S Diego	14172	142	99
S Domingos	19230	192	135
S Jose	23954	240	168
V Rica	14947	149	105

DISTRITO SULESTE

CS Residência	População 2020	SR	Meta
Esmeraldina	8777	88	61
Ipê	29970	300	210
J Egídio	3575	36	25
O Maia	20502	205	144
Paranapanema	26340	263	184
S Bernardo	49725	497	348
S Odila	15242	152	107
S Vicente	9961	100	70
Sousas	32853	329	230

17. SAÚDE DO TRABALHADOR E TUBERCULOSE

Em relação à Saúde dos Trabalhadores deve-se considerar:

- Trabalhadores de Saúde.
- Exposição à poeira com sílica, Silicose e Tuberculose.
 - Monitoramento de expostos e rastreamento para ILTB e TB doença.
 - Possibilidade de intervenção em ambientes e processos de trabalho.

TRABALHADORES DE SAÚDE

A TB é um risco frequente para os profissionais da saúde, sua transmissão pode estar associada diretamente ao ambiente, às condições ou às circunstâncias em que o trabalho é executado, ao tipo de exposição no ambiente laboral e, ainda, à predisposição do trabalhador ao agente biológico durante o exercício profissional.

De acordo com a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, disposta na Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 1339/1999, Art. 1), a TB é considerada doença relacionada ao trabalho e atenção especial deve ser dispensada aos trabalhadores expostos a situações de risco, seja em função da atividade, do ambiente, das condições de trabalho, ou ainda por questões clínicas e imunológicas do profissional.

Com relação a transmissão, está associada ao contato próximo com pessoas com TB durante procedimentos em que ocorrem a produção de aerossóis, como broncoscopia, intubação endotraqueal, sucção e irrigação de abscesso aberto, indução de escarro e aspiração traqueal e outros procedimentos que gerem o estímulo de tosse. Portanto o controle de sua transmissão no ambiente de trabalho está associado à implementação rigorosa de medidas de controle ambientais, estruturais, administrativas e individuais, como as indicações e o uso adequado dos EPI.

Fatores relacionados às falhas e demora na identificação dos pacientes com TB, bem como seu inadequado manejo, colaboram para aumentar o risco de exposição dos profissionais e consequentemente de infecção pela doença e até mesmo de surtos relacionados ao trabalho (NETO et al., 2012).

Proteger o profissional de saúde e o usuário do serviço de se infectarem em unidades de saúde e adotar o controle de infecção para o M. tuberculosis devem ser considerados partes integrantes das ferramentas de controle da doença.

Os profissionais e estudantes da área de saúde que tem maior exposição laboral em comparação a outras ocupações:

- equipe de enfermagem (3 a 20 vezes).
- patologistas clínicos (6 a 11 vezes).
- técnicos de laboratório de bacteriologia (2 a 9 vezes).
- tisiopneumologistas (6 vezes).
- estudantes de Medicina/Enfermagem/Fisioterapia (4 a 8 vezes).

Quando o profissional de saúde apresenta alguma condição clínica que comprometa sua resposta imunológica, deve ser orientado sobre o risco mais elevado de desenvolver TB. Nessas situações, recomenda-se que esses profissionais não trabalhem diretamente com pessoas com TB pulmonar ou com suspeita da doença.

Todo profissional de saúde com suspeito de TB, ou seja, qualquer tempo de tosse, ou sinais e/ou sintomas compatíveis com TB deve ser investigado com cultura e teste de sensibilidade, além de baciloscopia/TRM-Tb e radiografia de tórax, ou outro exame indicado pela forma clínica suspeita.

EXPOSIÇÃO À POEIRA COM SÍLICA, SILICOSE

Às doenças pulmonares crônicas decorrentes da inalação e depósito de poeiras minerais nos pulmões dá-se o nome de pneumoconioses. São doenças de notificação compulsória no SINAN, sendo a silicose uma das principais.

A sílica está presente em 70% da crosta terrestre, de modo que todos os trabalhadores com atividades com o solo terrestre estão expostos. Em Campinas podemos identificar o seguinte número de trabalhadores expostos, no mercado formal de trabalho, por setor:

Tabela II – Número de trabalhadores expostos à poeira com sílica, Campinas-SP, 2021

Setor Econômico	Nº de Expostos
Extração Mineral	208
Mineral Não Metálico	439
Construção Civil	12.548
Indústria Metalúrgica	87
Borracha e couro	72
Agricultura	77
Serviços	8.809
Outros	76
Total	22.316

Elaboração CEREST - Campinas

MONITORAMENTO DOS EXPOSTOS E RASTREAMENTO PARA ILTB E TB DOENÇA

Os trabalhadores expostos à poeira com sílica ou com Silicose, devido ao prejuízo da sílica nos pulmões, tem até 10 x mais risco de desenvolver TB do que a população geral quando infectados, com frequente evolução para fibrose pulmonar, por isso a importância de identificar o mais precocemente possível os que porventura venham a ter TB ativa ou ILTB.

O Ministério da Saúde encomendou à Universidade Federal de Minas Gerais a elaboração de Protocolo de Cuidado, pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, aos Trabalhadores expostos à poeira de sílica e portadores de Silicose.

A partir da proposta do Protocolo de 2017 para investigação de ILTB nestes trabalhadores, o município de Campinas recomenda:

Quadro XIII - Prazos de avaliação e imunização de trabalhadores portadores de Silicose ou expostos à sílica não doentes

PORTADORES DE SILICOSE JÁ AFASTADOS DA EXPOSIÇÃO				
Situação do Trabalhador	Rx de tórax	Espirometria	PPD-IGRA	Imunização
Silicose crônica cat. 1 ou 2, sem grandes opacidades (<50mm), assintomático e com espirometria normal ou levemente alterada	2/2 anos	2/2 anos	5/5 anos	Influenza anual e Pneumo 23 (basal e após 5 anos)
Silicose crônica cat. 3, sem grandes opacidades, ou sintomáticos ou com espirometria moderadamente alterada	Anual	Anual	5/5 anos	Influenza anual e Pneumo 23 (basal e após 5 anos)
Silicose crônica com grandes opacidades, ou forma acelerada da doença, ou muito sintomáticos, ou com espirometria acentuadamente alterada	6/6 meses	6/6 meses	2/2 anos	Influenza anual e Pneumo 23 (basal e após 5 anos)
EXPOSTOS NÃO DOENTES				
Situação do Trabalhador	Rx de tórax	Espirometria	PPD-IGRA	Imunização
Exposições > 10 anos	Anual	2/2 anos	5/5 anos	Influenza anual em > 60 anos
Exposições < 10 anos	Anual	2/2 anos	Sem indicação	Influenza anual em > 60 anos

Fonte: DEVISA. Adaptado do Atenção à saúde dos trabalhadores expostos à poeira de sílica e portadores de silicose, pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família: protocolo de cuidado

Tais profissionais devem ser investigados para ILTB com PPD ou IGRA, após a exclusão de quadro de TB ativa.

Para os casos da TB ativa em portadores de Silicose, a recomendação é que o tratamento seja realizado com esquema básico: fase de ataque por 2 meses e fase de manutenção por 7 meses, com duração total de 9 meses.

POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO EM AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO

Destaca-se que diante de um trabalhador exposto à poeira com sílica com diagnóstico de silicose e/ou com diagnóstico de TB, a equipe de saúde deve notificar o caso à Visa distrital (pneumoconiose e/ou TB). Além disso, ao conversar com o trabalhador, caso perceba sinais de condições inadequadas de trabalho (falta de EPIs, falta de estrutura e ou outros recursos no ambiente de trabalho etc.), deve realizar contato com a equipe CEREST a fim de organizar ações de vigilância de ambiente e de processo de trabalho e, se necessário, atuar positivamente sobre as condições que podem estar sendo a causa principal para o adoecimento dos trabalhadores.

18. REFERÊNCIAS

1. Araujo MRS, Silva HP, Silva AKLS. **Avaliação situacional de biossegurança em tuberculose em Unidades Básicas de Saúde na Amazônia.** Rev bras saúde ocup [Internet]. 2016;41. Available from <https://doi.org/10.1590/2317-6369000125115>
2. Brasil. Ministério da Saúde. **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).** Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas. Ministério da Saúde, 2024.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **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.** Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas. Ministério da Saúde, 2024.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 16/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Orientações sobre o uso do medicamento cloridrato de piridoxina 50mg comprimido, para prevenção ou tratamento da neuropatia periférica, durante o tratamento da tuberculose (TB) e também tratamento preventivo da tuberculose (TPT).** Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas. Ministério da Saúde, 2024.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 20/2023-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Atualização sobre a definição do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose no contexto da tecnologia de saúde digital.** Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas. Ministério da Saúde, 2023.
6. Brasil. Ministério da Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 1/2023-CGDR/DCCI/SVS/MS. Recomendações para o rastreio da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis e utilização do escore clínico pediátrico para o diagnóstico da TB, com Derivado Proteico Purificado (PPD) - o uso racional do PPD de maneira transitória e excepcional.** Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Ministério da Saúde, 03 de janeiro de 2023.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 4/2023-CGDR/DCCI/SVS/MS. Investigação e tratamento da Infecção latente pelo M. tuberculosis em pessoas com indicação/uso de medicamentos imunobiológicos, imunossupressores ou em situação de pré-transplante de órgãos.** Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Ministério da Saúde, 24 de janeiro de 2023.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 19/2023-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Distribuição do medicamento Rifapentina + Isoniazida comprimido em dose fixa combinada (300/300mg).** Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas. Ministério da Saúde, 2023.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **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, 2022
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Tuberculose 2022.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde Número Especial. Mar. 2022.
11. Brasil. Ministério da Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº2/2022-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).** Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Ministério da Saúde, 02 de fevereiro de 2022.

12. Brasil. Ministério da Saúde. NOTA INFORMATIVA Nº 7/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS. **Recomendações para valorização do resultado do teste de liberação de interferon-gama (IGRA) no sistema de pontuação ou escore para o diagnóstico da tuberculose (TB) em crianças.** Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Ministério da Saúde, julho de 2022.
13. Brasil. Ministério da Saúde. **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, 2021.
14. Brasil. Ministério da Saúde. 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.** Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Ministério da Saúde, 06 de julho de 2021.
15. Brasil. Ministério da Saúde. OFÍCIO CIRCULAR Nº 3/2020-CGDR/DCCI/SVS/MS - Orientação **sobre o uso das doses fixas pediátricas RHZ (rifampicina 75mg, isoniazida 50mg e pirazinamida 150mg) e RH (rifampicina 75mg e isoniazida 50mg) comprimidos dispersíveis para o tratamento da tuberculose pediátrica.** 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. Ministério da Saúde, 09 de março de 2020.
16. Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, 2ª Edição Atualizada. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília. Ministério da Saúde, 2019.
17. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia de Orientação para Coleta de Escarro**, Ministério da Saúde, SVS, Programa Nacional de Tuberculose, 2022.
18. Campinas SMS. Procedimento Operacional Padrão - **Atendimento em Telessaúde.** Tratamento Diretamente Observado por Vídeo (VDOT). Secretaria de Saúde de Campinas - PMC. 2024.
19. Campinas SMS. Procedimento Operacional Padrão – **Assistência Farmacêutica. Tratamento ILTB (Infecção latente pelo M. tuberculosis).** Secretaria de Saúde de Campinas – PMC. 2023.
20. Campinas SMS. Procedimento Operacional Padrão – **Assistência Farmacêutica. Tratamento de Tuberculose, Secretaria de Saúde de Campinas** – PMC. 2022.
21. Dias EC. **Atenção à saúde dos trabalhadores expostos à poeira de sílica e portadores de silicose, pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família: protocolo de cuidado.** Belo Horizonte: UFMG, 2017. 76 p. Disponível em https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/protocolo_silicose_ab.pdf
22. Lorenzi RL, Oliveira IM. **Tuberculose em trabalhadores de enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional.** Rev bras saúde ocup [Internet]. 2008 Jan.33(117):6–14. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572008000100002>
23. MDH. **Practice Guidelines for Video Directly Observed Therapy (VDOT).** Minnesota Department of Health Tuberculosis Prevention and Control Program. Janeiro 2016.
24. Penteado, EVBF. **Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador.** 1999. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5250>
25. Ribeiro, FSN. **O mapa da exposição à sílica no Brasil.** Rio de Janeiro: UERJ, Ministério da Saúde, 2010. 94 p. Disponível em O Mapa da Exposicao à Sílica no Brasil (saude.gov.br)
26. WHO. **Quick guide to video-supported treatment of tuberculosis.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

19. ANEXOS

ANEXO I: SOLICITAÇÃO DE CULTURA MICOBACTÉRIAS - TB

 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		 DIVISÃO DE TUBERCULOSE	
SOLICITAÇÃO DE CULTURA MICOBACTÉRIAS - TB			
DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO:		Nº GERAL:	
CAMPO I - DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE			
UNIDADE DE SAÚDE:		CIV:	
DEST. ADM.:		CIDADE:	
		CEP:	
CAMPO II - DADOS DO PACIENTE			
NOME:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
ENDEREÇO:		NÚMERO:	
BAIRRO:		CEP:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	SINAL:
		☐ MASCULINO ☐ FEMININO	
CAMPO III - EXAME SOLICITADO, INDICAÇÃO E MATERIAL			
PREZADOS VILANTES, PARA AVALIAÇÃO DE TODOS ESTE IMPRESSO ESTARÁ DISPONÍVEL NO PORTAL DA PREFEITURA, NA OPÇÃO IMPRESSOS, NO ACESSO RÁPIDO, E SERÁ POSSÍVEL PREENHE-LO DIGITALMENTE. ESPERAMOS QUE ESTA FORMA FACILITE PARA OS PROFISSIONAIS ENCAMINHAREM COM AS JUSTIFICATIVAS E AS AMOSTRAS NÃO SEREM DEIXADAS.			
EXAME SOLICITADO:		INDICAÇÃO:	
☐ CULTURA		☐ DIAGNÓSTICO	
☐ TESTE DE SENSIBILIDADE		☐ CONTROLE DE TRATAMENTO	
☐ IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE			
		MATERIAL ENVIADO:	
		☐ ESCARDO	
		☐ OUTRO, QUAL?	
JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE SENSIBILIDADE: (ASSINALAR UMA OU MAIS JUSTIFICATIVAS)			
JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DA CULTURA		JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DA CULTURA COM IDENTIFICAÇÃO E TESTE DE SENSIBILIDADE	
☐ SUSPEITA CLÍNICA OU RADIOGRÁFICA DE TB COM BACILOSCÓPIA INDEFINIDA		☐ PACIENTES IMUNODEFICIENTES, PRINCIPALMENTE PORTADORES DE HIV	
☐ SUSPEITOS DE TB COM AMOSTRAS INUSUAIS (PULCOES BACILOS), LÍQUOR, LÍQUIDOS, ETC.		☐ CONTADOR DE CASOS DE TUBERCULOSE COM RESISTENTES PACIENTES COM ANTECEDENTES DE TRATAMENTO PREVIOS, INDEPENDENTEMENTE DO TEMPO DE CORREDO	
☐ SUSPEITOS DE TB COM DIFICULDADES DE OBTENÇÃO DA AMOSTRA (POR EXEMPLO, CRIANÇA)		☐ PACIENTE COM BACILOSCÓPIA POSITIVA NO FINAL DO 2º MÊS DE TRATAMENTO	
☐ SUSPEITOS DE TB EXTRAPULMONAR, E CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÕES CAUSADAS POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOZAS (MNT)		☐ FALÊNCIA DO TRATAMENTO ANTES	
		☐ EM INVESTIGAÇÃO DE POPULAÇÕES COM MAIOR RISCO DE ALBERGAREM CEPAS DE M. TUBERCULOSE RESISTENTE (PROFISSIONAIS DE SAÚDE, POPULAÇÃO DE RUA, PRISIONEIRO DE LIBERDADE, PACIENTES INSTITUCIONAIS EM HOSPITAL QUE NÃO ADOPTAM MEDIDAS DE BIOSEGURANÇA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA) OU COM DIFICIL ADOREÇÃO SUBSEQUENTE (INDIGÊNAS)	
CAMPO IV - RESULTADO DA CULTURA			
☐ INEXISTENTE		Nº DA CULTURA:	
☐ CONTAMINADA			
☐ NÃO REALIZADA			
☐ POSITIVA			
☐ NOVO CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUSPEITAS DO COMPLEXO M. TUBERCULOZAS			
☐ NOVO CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUSPEITAS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOZAS			
☐ TESTE DE SENSIBILIDADE EM ANDAMENTO		☐ IDENTIFICAÇÃO CONCLUSIVA EM ANDAMENTO	
RESULTADO DA IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE: MYCOBACTERIUM			
TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS: (R = RESISTENTE S = SENSÍVEL)			
☐ ISONIAZIDA		☐ RIFAMPICINA	
☐ ETAMBUTOL		☐ PIROZINAMIDA	
☐ ESTREPTOMICINA			
TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS NÃO REALIZADO:			
☐ MATERIAL INSUFICIENTE OU CULTURA INVÁLIDA		☐ CULTURA CONTAMINADA	
☐ EXAME SOLICITADO SEM JUSTIFICATIVA		☐ TESTE REALIZADO COM OUTRA CEPAS NUM PERÍODO INFERIOR A TRÊS MESES	
OBSERVAÇÕES:			
DATA DE SAÍDA:		ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME	
FO12/502-1196 - DMS - DEISA - FORMATO A4 (210 x 297 mm)			
FORMULÁRIO ELABORADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E CONTROLE - RUAAL 0445 / 0445			
RUA CULTURA, 10 14010000 000000			

- Disponível em:
<https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/impressos/fo/FO1279E.pdf>

ANEXO II: FICHA DE SOLICITAÇÃO PARA EXAME DE TUBERCULOSE LATENTE – IGRA-TB



SOLICITAÇÃO PARA EXAME DE TUBERCULOSE LATENTE - IGRA-TB		
INSTITUIÇÃO SOLICITANTE:		MUNICÍPIO:
INFORMAÇÕES BÁSICAS		
NOME COMPLETO:		
SEXO: () MASCULINO () FEMININO	DATA NASC:	
CIDADE NASCIMENTO:	UF:	
IDENTIDADE:	CPF:	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – CNS:		
GESTANTE: () SIM () NÃO	IDADE GESTACIONAL:	SEMANAS
TELEFONE USUÁRIO:	PRONTUÁRIO:	
NOME DA MÃE / RESPONSÁVEL:	CPF:	
ENDEREÇO:		
NO.	COMPLEMENTO:	BAIRRO:
CIDADE DE RESIDÊNCIA:		UF:
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO		
CRIANÇAS ≥ 2 ANOS		
() CONTACTANTES DE CASOS DE TUBERCULOSE ATIVA		
() ESCORE CLÍNICO		
() PESSOAS CANDIDATAS A TRANSPLANTE		
() PESSOAS VIVENDO COM HIV (PV-HIV) COM CONTAGEM DE LINFÓCITOS T-CD4+ > 350 CÉLULAS/MM ³		
DATA DO ÚLTIMO CD4:	VALOR DO ÚLTIMO CD4:	
() PESSOAS CANDIDATAS OU EM USO DE IMUNOBIOLOGICOS OU IMUNOSSUPRESSORES		
DADOS DA COLETA DA AMOSTRA / MATERIAL:		
() SANGUE TOTAL EM TUBOS CONTENDO HEPARINA		
DATA DA COLETA:	HORA DA COLETA:	
() PLASMA CONGELADO		
DATA DA INCUBAÇÃO:	HORA DA INCUBAÇÃO:	
DATA DA COLETA DO PLASMA:	HORA DA COLETA DO PLASMA:	
ARMAZENADO A: () 2º-8ºC () -20ºC		
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
NOME DO PROFISSIONAL:	CONSELHO Nº:	
DATA DA SOLICITAÇÃO:	ASSINATURA E CARIMBO:	

- Disponível em:
https://saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/tuberculose/impressos/modelo_ficha_solicitacao_igratb_fev23.pdf

ANEXO IV A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE MAIOR

Paciente MAIOR de 18 anos.

Paciente MAIOR de 18 anos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO POR VÍDEO - VDOT

Eu, _____,
Data de nascimento ____/____/_____
CPF _____
Cartão Nacional da Saúde Nº _____
Endereço _____
Centro de Saúde: _____

Declaro que:

- Fui bem informado sobre minha necessidade de realizar o tratamento da tuberculose com o acompanhamento de um profissional de saúde.
- Entendo que posso fazer o tratamento de dois jeitos:
 - Tratamento observado presencial: comparecer no Centro de Saúde, para receber e ingerir o remédio na presença de um profissional de saúde.
 - Tratamento observado por vídeo: fazer uma vídeochamada, com o uso de um aplicativo de celular chamado EPIDOT, para mostrar para um profissional de saúde o momento em que o remédio é tomado.
- Escolho, de livre e espontânea vontade, o **tratamento observado por vídeo**.
- Entendo que se o tratamento for interrompido pode diminuir as chances de cura de tuberculose. Por isso, um profissional de saúde pode suspender o tratamento observado por vídeo sempre que identificar alguma dificuldade, risco de abandono ou qualquer outro problema que comprometa o tratamento e a cura.

Me comprometo a:

- Filmar o momento em que os remédios são tomados. Dias e horários combinados.
- Comparecer a todas as consultas e exames que forem marcados durante o tratamento.

Campinas, ____/____/20____ Assinatura: _____

ORIENTAÇÃO: durante a gravação do vídeo

- Confirme a identidade.
- Informe se teve alguma reação aos remédios nos dias anteriores.
- Mostre a embalagem dos remédios para que o profissional de saúde possa visualizar corretamente.
- Retire os comprimidos da embalagem, mostrando a quantidade exata que será tomada.
- Coloque os comprimidos na boca. Engolir com quatro (4) goles de água.
- Abrir a boca e mostrar que os comprimidos foram engolidos.

DS Departamento de Saúde

DEVISA Departamento de Vigilância em Saúde

SUS SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DE CAMPINAS



Disponível em:

[https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2025/10/31-](https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2025/10/31-095952/TERMODECONSENTIMENTO_maior18anos%20_Tb_EPIDOT_2025.pdf)

[095952/TERMODECONSENTIMENTO_maior18anos%20_Tb_EPIDOT_2025.pdf](https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2025/10/31-095952/TERMODECONSENTIMENTO_maior18anos%20_Tb_EPIDOT_2025.pdf)

ANEXO IV B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE MENOR

Paciente MENOR de 18 anos.

Paciente MENOR de 18 anos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO POR VÍDEO - VDOT

Eu, _____, responsável por

Nome: _____

Data de nascimento ____/____/____

CPF _____

Cartão Nacional da Saúde Nº _____

Endereço _____

Centro de Saúde: _____

Declaro que:

- Fui bem informado sobre o tratamento da tuberculose com o acompanhamento de um profissional de saúde.
- Entendo que o tratamento está autorizado para ser feito de dois jeitos:
 - Tratamento observado presencial: comparecer no Centro de Saúde, para receber e ingerir o remédio na presença de um profissional de saúde.
 - Tratamento observado por vídeo: fazer uma videochamada, com o uso de um aplicativo de celular chamado EPIDOT, para mostrar para um profissional de saúde o momento em que o remédio é tomado.
- Escolho, de livre e espontânea vontade, o **tratamento observado por vídeo**.
- Entendo que se o tratamento for interrompido pode diminuir as chances de cura de tuberculose. Por isso, um profissional de saúde pode suspender o tratamento observado por vídeo sempre que identificar alguma dificuldade, risco de abandono ou qualquer outro problema que comprometa o tratamento e a cura.

Me comprometo a:

- Filmar o momento em que os remédios são tomados. Dias e horários combinados.
- Garantir que o menor sobre minha responsabilidade compareça a todas as consultas e exames que forem marcados durante o tratamento.

Campinas, ____/____/20____ Assinatura: _____

ORIENTAÇÃO: durante a gravação do vídeo

- Confirme a identidade do paciente em tratamento.
- Informe se o menor teve alguma reação aos remédios nos dias anteriores.
- Mostre a embalagem dos remédios para que o profissional de saúde possa visualizar corretamente.
- Retire os comprimidos da embalagem, mostrando a quantidade exata que será tomada.
- Coloque os comprimidos na boca. Engolir com quatro (4) goles de água.
- Abrir a boca e mostrar que os comprimidos foram engolidos.

DS Departamento de Saúde

DEVISA Departamento de Vigilância em Saúde

SUS SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DE CAMPINAS



Disponível em:

[https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2025/10/31-](https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2025/10/31-095226/TERMODECONSENTIMENTO_menor18anos%20_Tb_EPIDOT_2025.pdf)

[095226/TERMODECONSENTIMENTO_menor18anos%20_Tb_EPIDOT_2025.pdf](https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2025/10/31-095226/TERMODECONSENTIMENTO_menor18anos%20_Tb_EPIDOT_2025.pdf)

ANEXO V: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB

É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE

LIMPAR DADOS	CAMPO I - DADOS DE NOTIFICAÇÃO	1- TIPO DE ENTRADA*: 1- CASO NOVO 2- REINGRESSO APÓS ABANDONO 3- REENTRADA APÓS MUDANÇA DE ESQUEMA 4- REEXPOSIÇÃO		2- DATA DA NOTIFICAÇÃO*:
LIMPAR DADOS	CAMPO II - NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	3- NOME DE REGISTRO*: 		
		4- NOME SOCIAL: 		
		5- DATA DA NASCIMENTO*: 		
		6- SEXO*: 1- MASCULINO 2- FEMININO		
		7- GESTANTE*: 1- SIM 2- NÃO 3- NÃO SABE 4- IGNORADO		
		8- COR / RAÇA*: 1- BRANCA 2- PRETA 3- AMARELA 4- PARDIA 5- INDÍGENA 6- IGNORADO		
		9- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 		
		10- NACIONALIDADE: 1- BRASILEIRA 2- OUTRA		
		11- NOME DA MÃE*: 		
LIMPAR DADOS	CAMPO III - DADOS DE RESIDÊNCIA	12- UF*: 		
		13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA*: 		
		14- REGIONAL DE SAÚDE: 		
		15- LOGRADOURO*: 		
		16- NÚMERO*: 		
		17- BAIRRO*: 		
		18- COMPLEMENTO: 		
		19- CEP: 		
		20- TELEFONE (COM DDD): 		
LIMPAR DADOS	CAMPO IV - INVESTIGAÇÃO	21- DESCARTADO TB ATIVA*: 1- SIM 2- NÃO		
		22- CASO A TB ATIVA NÃO TENHA SIDO DESCARTADA, JUSTIFIQUE A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE ILTB*: 		
		REALIZOU AVALIAÇÃO CLÍNICA?: 1- SIM 2- NÃO		
		TESTE RÁPIDO MOLECULAR: 1- NÃO DETECTADO 2- DETECTADO		
		23- BCG*: 1- SIM 2- NÃO 3- IGNORADO		
		24- RADIOGRAFIA DO TÓRAX*: 1- NORMAL 2- ALTERAÇÃO NÃO SUGESTIVA DE TB ATIVA 3- ALTERAÇÃO SUGESTIVA DE TB ATIVA 4- NÃO REALIZADA		
		25- HIV*: 1- POSITIVO 2- NEGATIVO 3- EM ANDAMENTO 4- NÃO REALIZADO		
		26- IGRA*: 1- POSITIVO 2- NEGATIVO 3- INDETERMINADO 4- NÃO REALIZADO		
		27- DATA DA COLETA DO IGRA*: 		
		28- PROVA TUBERCULÍNICA (PT)*: 1- SIM 2- NÃO		
		29- DATA DE APLICAÇÃO DA ÚLTIMA PT*: 		
		30- RESULTADO DA ÚLTIMA PT*: 		
		31- CONTATO DE TB PULMONAR*: 1- SIM 2- NÃO 3- NÃO SABE 4- NÃO REALIZADO		
		32- NOME DO CASO FONTE: 		
		33- NÚMERO DO SINAN: 		
LIMPAR DADOS	CAMPO V - TRATAMENTO	34- UF*: 		
		35- MUNICÍPIO DE TRATAMENTO*: 		
		36- REGIONAL DE SAÚDE: 		
		37- UNIDADE DE SAÚDE DE TRATAMENTO*: 		
		38- CÓDIGO CNES: 		
		39- PRINCIPAL INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO DA ILTB*: SEM PT E SEM IGRA REALIZADOS 1- RECÉM NASCIDOS COABITANTES DE CASO FONTE CONFIRMADO POR CRITÉRIO LABORATORIAL; 2- PESSOAS VIVENDO COM HIV CONTATOS DE TB PULMONAR COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL; 3- PESSOAS VIVENDO COM HIV COM CONTAGEM DE CÉLULAS CD4+ MENOR OU IGUAL A 350 CÉL/μL; 4- PESSOAS VIVENDO COM HIV COM REGISTRO DOCUMENTAL DE TER TIDO PT ≥ 5 MM OU IGRA POSITIVO E NÃO SUBMETIDO AO TRATAMENTO DA ILTB NA OCASIÃO; 5- PESSOAS VIVENDO COM HIV COM RADIOGRAFIA DE TÓRAX COM CICATRIZ RADIOLOGICA DE TB, SEM TRATAMENTO ANTERIOR PARA TB. PT ≥ 5 MM OU IGRA POSITIVO 6- CONTATOS ADULTOS E CRIANÇAS, INDEPENDENTEMENTE DA VACINAÇÃO PRÉVIA COM BCG; 7- PESSOAS VIVENDO COM HIV COM CD4+ MAIOR QUE 350 CÉL/μL; 8- ALTERAÇÕES RADIOLOGICAS FIBROTICAS SUGESTIVAS DE SEQUELA DE TB; 9- INDIVÍDUOS EM USO DE INIBIDORES DO TNF-α OU CORTICOSTEROIDES (> 15 MG DE PREDNISONA POR MAIS DE UM MÊS); 10- INDIVÍDUOS EM PRG-TRANSPLANTE EM TERAPIA IMUNOSUPRESSORA. 40- SE HOUVER, REGISTRE O CÓDIGO DA INDICAÇÃO SECUNDÁRIA PARA TRATAMENTO DA ILTB: 		
		PT = 10 MM OU IGRA POSITIVO 11- SILOSCOE; 12- NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO, LINFOMAS E OUTRAS NEOPLASIAS HEMATOLOGICAS; 13- NEOPLASIAS EM TERAPIA IMUNOSUPRESSORA; 14- INSUFICIÊNCIA RENAL EM DIÁLISE; 15- DIABETES MELITUS; 16- INDIVÍDUOS BAIXO PESO (< 85% DO PESO IDEAL); 17- INDIVÍDUOS TABAGISTAS (> 1 MAÇO / DIA); 18- INDIVÍDUOS COM CALCIFICAÇÃO ISOLADA (SEM FIBROSE) NA RADIOGRAFIA. CONVERSÃO (SEGUNDA PT COM INCREMENTO DE 10 MM EM RELAÇÃO À 1ª PT) 19- INDIVÍDUOS CONTATOS DE TB CONFIRMADA POR CRITÉRIO LABORATORIAL; 20- PROFISSIONAIS DE SAÚDE; 21- TRABALHADORES DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA; 22- OUTRA:		
		41- MEDICAMENTO*: 1- ISONAZIDA 2- RIFAMPICINA		
		42- DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO*: 		
LIMPAR DADOS	CAMPO VI - ENCERRAMENTO	43- NÚMERO DE DOSES TOMADAS: 		
		44- DATA DO TÉRMINO DO TRATAMENTO*: 		
		45- SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO*: 1- TRATAMENTO COMPLETO 2- ABANDONO 3- SUSPENSO POR REAÇÃO ADVERSA 4- SUSPENSO POR PT < 5 MM EM QUIMIOFILAXIA PRIMÁRIA 5- TRANSFERIDO PARA OUTRO PAÍS 6- TUBERCULOSE ATIVA 7- ÓBITO		
JUSTIFICAR TEXTO	OBSERVAÇÕES: 			
	NOME DO INVESTIGADOR*: 			
	FUNÇÃO DO INVESTIGADOR: 			
	ASSINATURA DO INVESTIGADOR: 			

FO1350E (11/19) - SMS - VIA ON-LINE - FORMATO A4 (210 x 297 MM)
* CAMPO OBRIGATÓRIO ** CAMPO OBRIGATÓRIO CONDICIONADO A RESPOSTA ANTERIOR

IMPRESSO ELABORADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E CONTROLE - RAMAL 0805 / 0400

- Disponível em:
<https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/impressos/fo/FO1350E.pdf>

ANEXO VI: TERMO DE ANUÊNCIA - AUTORIZA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL LEONOR MENDES DE BARROS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DA GRANDE SÃO PAULO
CENTRO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO
R. Conselheiro Crispiniano, 20 - 09º ANDAR CEP 01037-000 - São Paulo

TERMO DE ANUÊNCIA

EU,.....
..... anos residente à Rua
..... nº,
fone, na cidade de
Estado, portador do RG, CPF
....., CARTÃO SUS
....., venho por meio desta autorizar a minha
internação no tempo que for necessário no Hospital Leonor Mendes de Barros
situado à Rua Vereador Agripino de Moraes, nº. 101 - Vila Matilde - Campos
do Jordão para tratamento de saúde

, ...de de 20.....

Assinatura do paciente ou responsável

- Disponível nas VISAS Regionais.

ANEXO VII: TERMO DE ANUÊNCIA - AUTORIZA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL NESTOR GOULART REIS



Termo de Consentimento

HOSPITAL NESTOR GOULART REIS

Eu _____, portador(a) do RG _____
CPF _____ declaro que estou ciente e de acordo com a internação no Hospital Nestor Goulart Reis, localizado no município de Américo Brasiliense/SP, unidade de longa permanência destinada ao tratamento da Tuberculose, cujo tempo de internação pode variar de 03 (três) a 18 (dezoito) meses, conforme o tipo de tratamento indicado pela equipe de saúde.

Declaro, ainda, que fui devidamente orientado(a) e estou de acordo com as normas institucionais, comprometendo-me a cumpri-las integralmente, dentre elas:

1. Não é permitida a entrada ou permanência na unidade com malas, dinheiro, telefone celular, notebook ou quaisquer outros dispositivos eletrônicos, conforme normas internas do hospital.
2. A Instituição adota a Política do "ZERO TABACO", sendo proibido o uso ou consumo de cigarros, derivados do tabaco ou dispositivos similares em todas as dependências do hospital.
3. Estou ciente de que a evasão hospitalar (saída sem autorização da equipe responsável) implicará perda imediata do direito à continuidade da internação, não sendo garantido novo acolhimento na unidade.
4. Estou ciente de que qualquer envolvimento em brigas, agressões físicas ou verbais, bem como atitudes que coloquem em risco a segurança de outros pacientes, profissionais ou da Instituição, resultará no adonamento da Polícia Militar e na perda do direito à vaga de internação, além das demais medidas cabíveis.
5. Visitas são liberadas somente para pessoas da família ou identificadas como rede de apoio social do usuário, previamente identificadas pelo Serviço Social, com idade igual ou maior a 18 anos.

Declaro que recebi todas as informações necessárias, tive oportunidade de esclarecer dúvidas e assino o presente termo de forma livre e consciente, concordando integralmente com as condições aqui descritas.

_____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Paciente / Responsável Legal

Complexo Hospitalar HEQB/AME/HNGR

Alameda Aldo Lupo, nº 1260 - Vila Cerejeira
CEP: 14820-450 Telefone: (16) 3393-7800

Américo Brasiliense - SP

- Disponível nas VISAS Regionais.

ANEXO VIII: SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TUBERCULOSE – HOSPITAL NESTOR GOULART REIS



SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TUBERCULOSE HOSPITAL NESTOR GOULART REIS

Nome:
Nome Social:
Data de Nascimento: ____/____/____
Sexo: () FEMININO () MASCULINO
Gênero: () Mulher () Homem () Mulher Trans () Homem Trans () Não Binário () Outro:
Se Não Binário, preferência de internação em Ala: () Feminina () Masculina
Nome da mãe:
CPF:
Email (responsável pela solicitação):
Telefone:

Critérios para solicitação:

Esta unidade destina-se exclusivamente a pacientes com diagnóstico de Tuberculose, que necessitem de internação de longa permanência e que se enquadrem em pelo menos um critério de cada item (tuberculose confirmada + vulnerabilidade social + histórico de descontinuidade do tratamento):

1- Tuberculose confirmada:

- () Baciloscopia
- () Cultura
- () TB-TRM
- () LF-LAM

Observação: Obrigatório enviar cópia do resultado positivo

Nº SINAN TB: (obrigatório)

2- Vulnerabilidade Social:

- () Pacientes em situação de rua ou condições de moradia insalubres/precárias que impedem o isolamento e o tratamento adequado.
- () Incapacidade de autocuidado: Pacientes que, devido a quadros de drogadição ou outros não conseguem manter o tratamento de forma autônoma.

3- Histórico de Descontinuidade:

- () Casos de abandono de tratamento anterior, recidivas frequentes, falha no Tratamento Diretamente Observado (TDO) na rede básica

Observação: enviar relatório social e cópia do TDO ou DOT

- () Ordem Judicial

• Anexar junto à solicitação:

- Avaliação do grau de dependência (em anexo);
- Termo de consentimento livre e esclarecido próprio do HNGR devidamente assinado pelo paciente (em anexo);
- Relatório médico (em anexo);
- Relatório social atualizado;
- Exames que comprovem o diagnóstico de tuberculose (enviar resultado positivo) e exames atualizados (máximo 3 meses);
- É fundamental as informações estarem incluídas no TBweb e GAL.

Complexo Hospitalar HEAB/AME/HNGR

Alameda Aldo Lupo, nº 1260 - Vila Cerqueira
CEP: 14820-450 Telefone: (16) 3393-7800

Américo Brasiliense - SP

ANEXO IX: AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDENCIA – HOSPITAL NESTOR GOULART REIS



AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

NOME DO PACIENTE: _____

1- **Nível de Consciência:** Consciente() Inconsciente() Orientado() Confuso() Sonolento()

2- **Mobilidade Física:**

MMSS Preservada: Sim () Não () _____

MMII Preservada: Sim () Não () _____

Deambula() Deambula com auxílio() Acamado() Faz uso de cadeiras de rodas ()

3- **Avaliação respiratória:**

Ventilação: Espontânea em ar ambiente() CNO2() _____ Traqueostomia()

Tosse: Seca() Produtiva() Escarro Hemoptico()

4- **Avaliação da Hidratação e Eliminação Vesical:**

Eliminação Urinária: Espontânea() SVD()

Dieta: Suspensa() Oral() Enteral()

Hemodiálise: Sim() Não()

5- **Avaliação de pele:**

Íntegra() Lesões(): _____ Ferida: _____ Tipo/ local: _____

Estágio: () I () II () III () IV

6- **Avaliação das atividades básicas da vida diária:**

Independente () Com supervisão () Dependência mínima () Dependência moderada ()

Dependência total ()

7- **Avaliação da comunicação:**

Comunicação adequada() Dificuldade de comunicação() Uso de linguagem verbal() Uso de linguagem não verbal() Permanece em silêncio()

Conhece seu problema de saúde? Sim() Não()

8- **Avaliação da terapêutica:**

Uso de medicação EV() Uso de medicação IM/VO()

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

