



TUBERCULOSE PULMONAR

Márcio Henrique de Carvalho Lima Filho
Pneumologista

CREMAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS



+ Caso Clínico

- JGS, masculino, 42 anos, auxiliar de serviços gerais, residente da periferia de uma região metropolitana, mora com esposa e 4 filhos.
- Apresentava tosse há um mês.
- Sua casa foi visitada pelo agente comunitário de saúde (ACS) da área para avaliar a situação vacinal das crianças e não observou que JGS tossia.
- Em visita à unidade básica de saúde (UBS) para vacinação do filho, JGS teve um acesso de tosse e não foi interrogado sobre o tempo do sintoma.



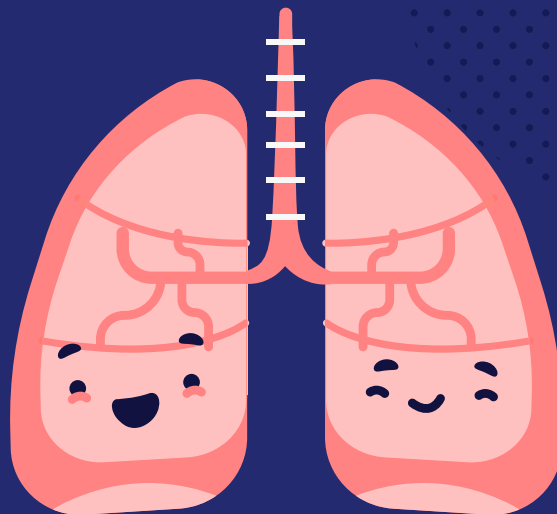
+ Caso Clínico



Três meses após o início dos sintomas, JGS permanecia com tosse, expectoração purulenta com hemoptoicos, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento de 8 kg.



Procurou a emergência por três vezes nesse período, sendo que, no último atendimento, mediante a radiografia de tórax, teve o diagnóstico de “princípio de pneumonia”, sendo medicado com antibiótico e encaminhado à UBS, para melhor avaliação.



1- Em relação a JGS houve falha de abordagem:

a)

- Na visita domiciliar e na UBS

b)

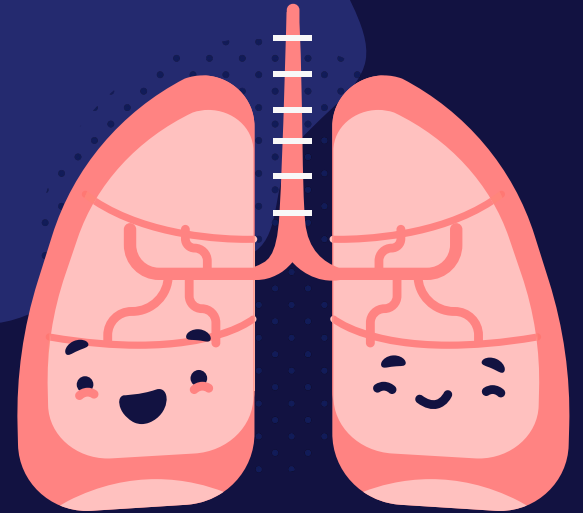
- Na UBS e na emergência

c)

- Na visita domiciliar, na emergência e na UBS

BUSCA ATIVA

- Identifica precocemente os sintomático Respiratório-SR.
- OBJETIVO:
- Descoberta precoce dos casos que eliminam bacilo por via respiratória
- Interrupção da cadeia de transmissão da TB



1- Define-se como SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR) na busca ativa na população geral, a pessoa que apresenta tosse por tempo igual ou superior a:

a)

- Duas semanas

b)

- Três semanas

c)

- Quatro semanas

+

QUADRO 12 – Apresentação da tuberculose em pessoas vivendo com HIV

	PESSOA VIVENDO COM HIV	
	SEM IMUNODEFICIÊNCIA GRAVE	COM IMUNODEFICIÊNCIA GRAVE
Sintomas	Respiratórios e sistêmicos	Predomínio de sintomas sistêmicos
Radiografia de tórax	Padrão radiológico típico (infiltrados e cavidades em lobo superior direito)	Padrão radiológico atípico
Apresentação extrapulmonar	Ocasional	Frequente
Baciloscopia de escarro	Frequentemente positiva	Frequentemente negativa
Baciloscopia de tecido	Frequentemente negativa	Frequentemente positiva
Hemocultura	Negativa	Frequentemente positiva
Prova Tuberculínica	Frequentemente positiva	Frequentemente negativa
Histopatológico	Granulomas típicos	Granulomas atípicos

Fonte: Adaptado de Farga & Caminero, 2011.

+ Caso Clínico

- Três dias depois do atendimento na emergência, JGS procurou a UBS mais próxima da sua residência levando o encaminhamento e a radiografia de tórax. Foi atendido por uma enfermeira.



1- Em relação ao atendimento inicial a JGS na UBS, é recomendada a solicitação de:

a)

- Prova tuberculínica

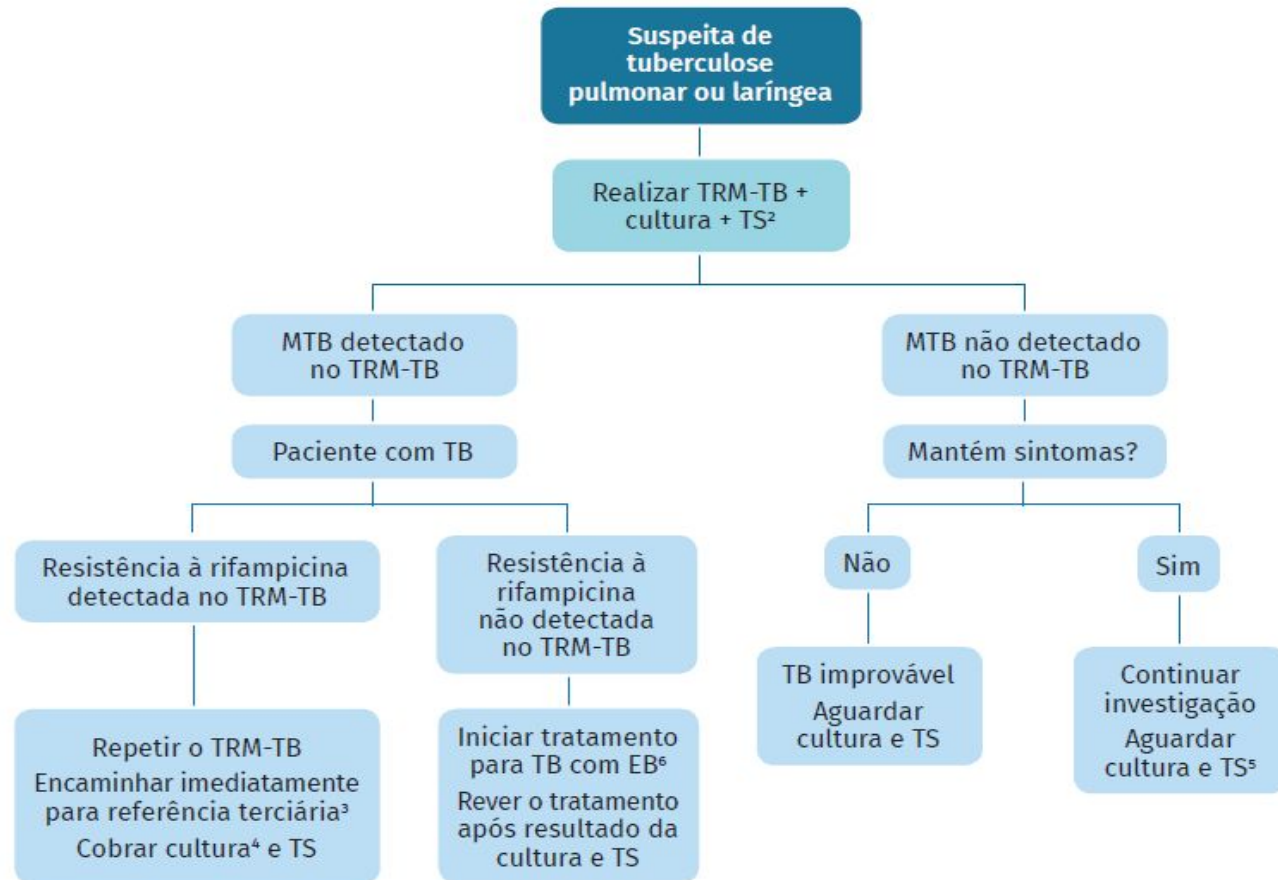
b)

- Nova radiografia de tórax

c)

- Exame bacteriológico de escarro

FIGURA 6 – Algoritmo diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes de populações com maior vulnerabilidade¹ baseado no TRM-TB



COLETA DE ESCARRO

Etapas

- Local aberto, preferencialmente ao ar livre, ou em condições adequadas de biossegurança
- Inspirar profundamente pelo nariz
- Reter o ar por alguns instantes e expirar
- Após repetir o procedimento três vezes, inspirar profundamente e expirar com esforço de tosse
- Tossir e expectorar a secreção dentro do pote, sem tocar a parte interna;
- Repetir o procedimento quantas vezes necessário.



1- Quais exames solicitar ?:

a)

- BAAR,TRM-TB e Culturas + TS na 1° amostra

b)

- Apenas BAAR na 1° amostra e demais exames na 2°

c)

- BAAR,TRM-TB e Culturas + TS na 1° amostra e apenas BAAR na 2°

BACILOSCOPIA E TRM-TB

BACILOSCOPIA

Diagnóstico de casos novos e retratamento

- Controle do tratamento da TB
- Exame Simples
- Existe há mais de 100 anos

TRM-TB

Diagnóstico de casos novos

- Diagnóstico de resistência a rifampicina
- Detecta DNA do complexo *M. tuberculosis*.
- Tempo de execução: 2 horas no laboratório

BACILOSCOPIA E TRM-TB: DEVE SER SOLICITADA PARA

BACILOSCOPIA

- Sintomático Respiratório
- Suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse
- Suspeita clínica de TB extrapulmonar
- Controle mensal de TB pulmonar ou laríngea

TRM-TB

- Investigar TB em SR, sem tratamento prévio ;
- Investigar TB extrapulmonar nos materiais biológicos já validados (liquor, gânglios linfáticos e outros tecidos);
- Triagem de resistência à rifampicina nos casos de retratamento;
- Triagem de resistência à rifampicina nos casos com suspeita de falência ao tratamento da TB;
- Suspeita de TB em crianças (quando possível coleta de escarro).

Caso Clínico

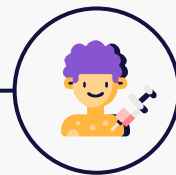


A enfermeira solicitou duas amostras para baciloscopia, cultura e TESTE DE SENSIBILIDADE, já que na sua unidade não havia TRM-TB disponível. Agendou a consulta de JGS para o dia seguinte. Foi orientado a continuar a medicação prescrita.



JGS compareceu à consulta médica apresentando as mesmas queixas.

Referiu tabagismo de 20 cigarros por dia há 25 anos, e uso de cerveja diariamente após o trabalho.



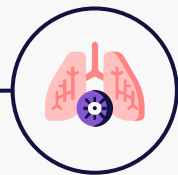
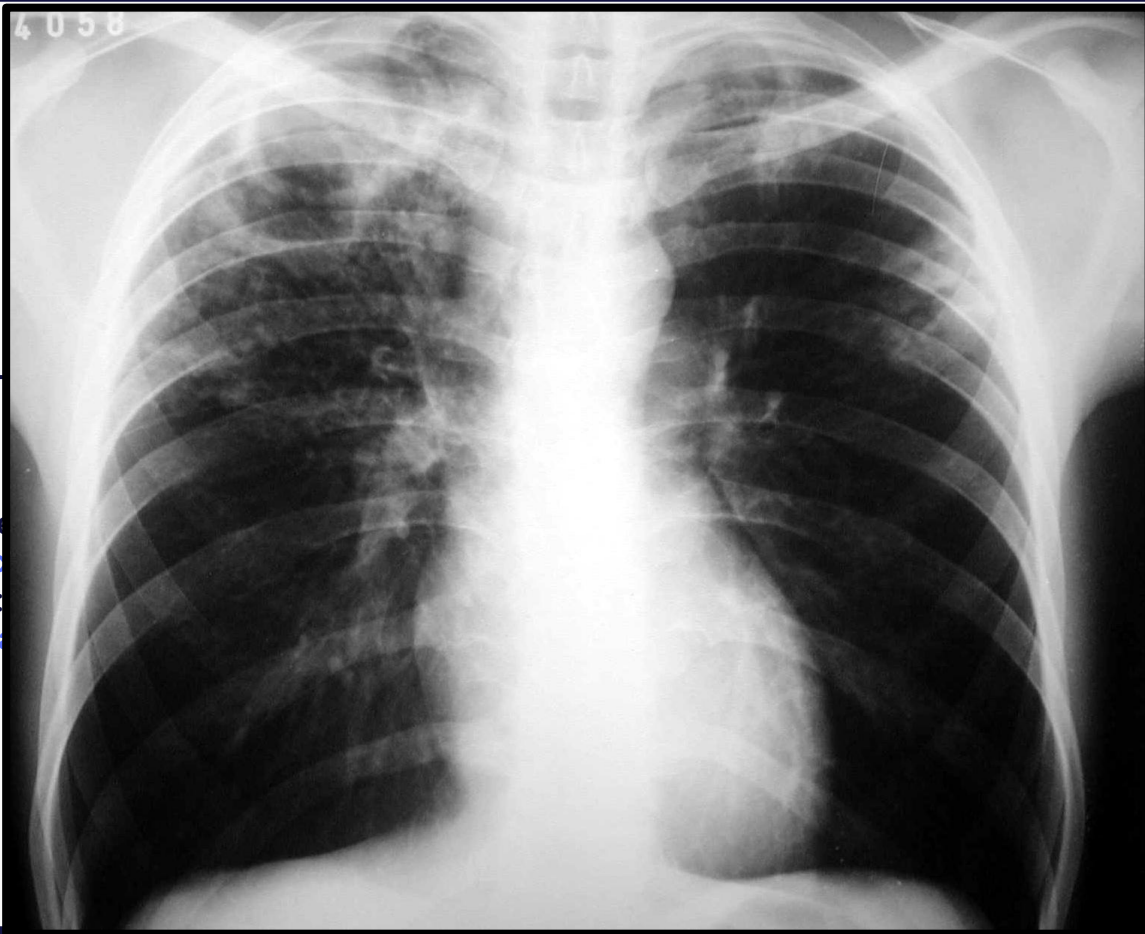
Nega doenças pulmonares prévias.

Informa que seu pai teve TB há 20 anos e foi tratado por seis meses.

Caso



JGS apresentava-se orientado, emagrecido, anictérico, com PA: dentes em mau estado de conservação.



DAS
IAS:

++

pletada no dia da
ca

1- Não define o diagnóstico de TB indivíduo com:

a)

- Exame bacteriológico positivo

b)

- Evidência clínica, resultados de exames de imagem ou histológicos sugestivos de TB

c)

- Radiografia evidenciando imagem cavitária

+

DEFINIÇÕES DE CASO DE TB

Critério bacteriológico:

- Todo caso que independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia ou de cultura ou de TRM-TB

Critério clínico:

- Todo caso suspeito que não atendeu ao critério bacteriológico, mas apresentou resultados de exames de imagem ou histológicos sugestivos para TB

- A solicitação de cultura para JGS estaria indicada:

a)

- Se as duas baciloscopias fossem negativas

b)

- Independentemente do resultado das baciloscopias iniciais

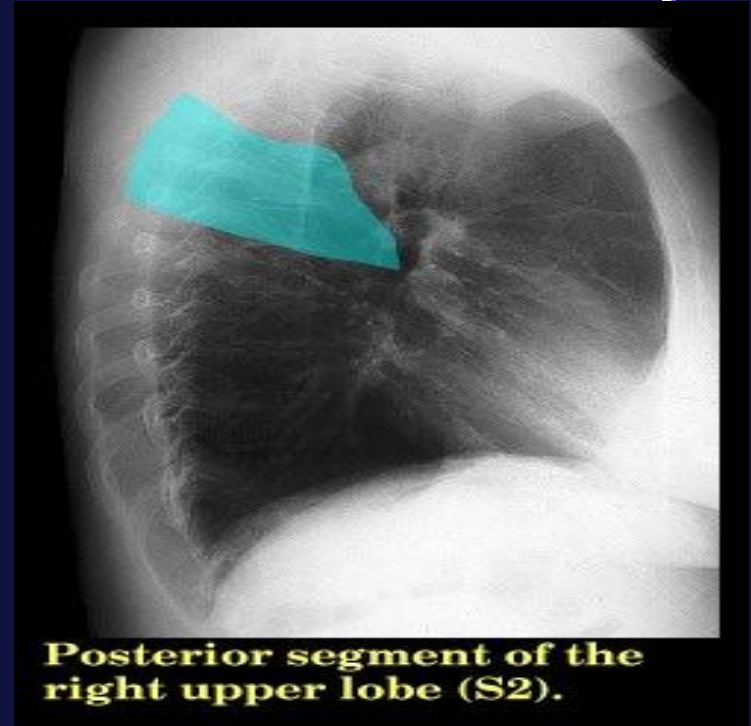
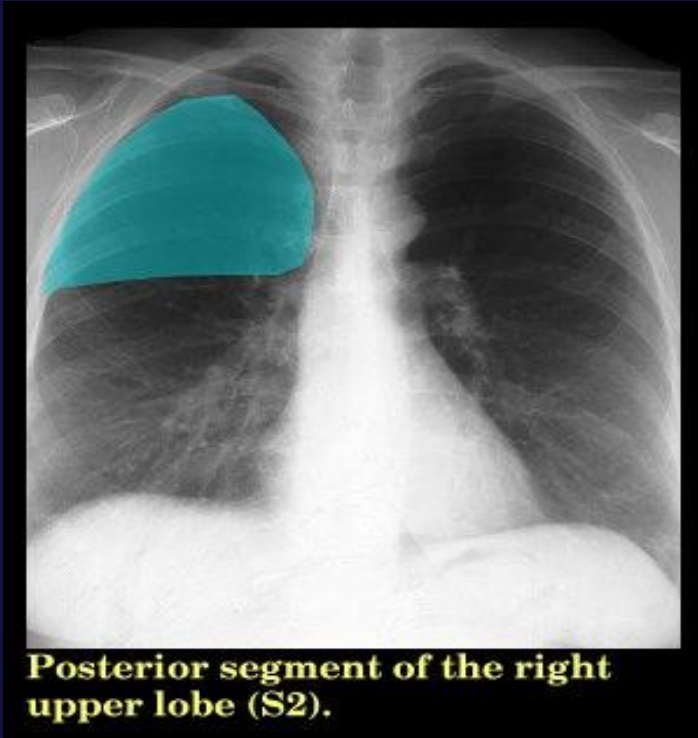
c)

- Porque a sua radiografia evidenciava imagem cavitária

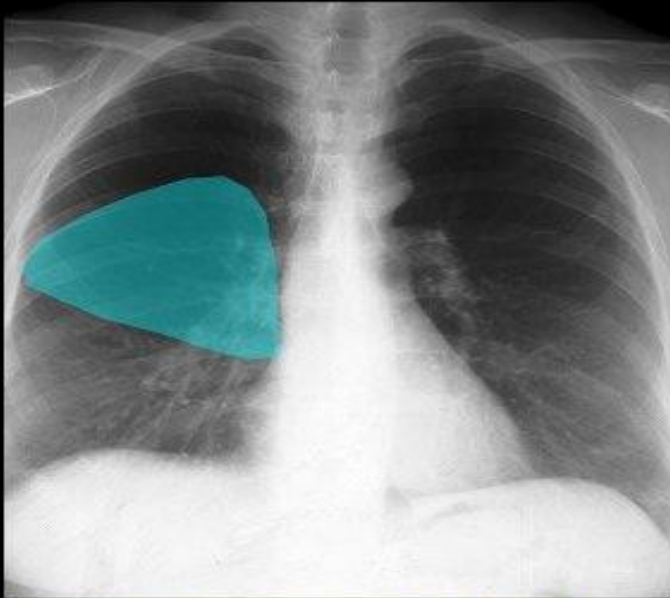
CULTURA COM TESTE DE SENSIBILIDADE

Radiografia de tórax

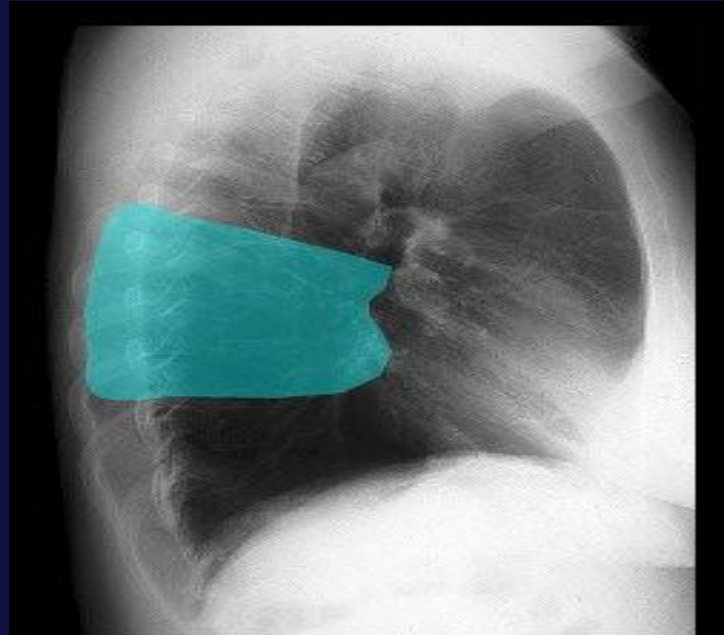
LOCALIZAÇÕES MAIS FREQUENTES



LOCALIZAÇÕES MAIS FREQUENTES

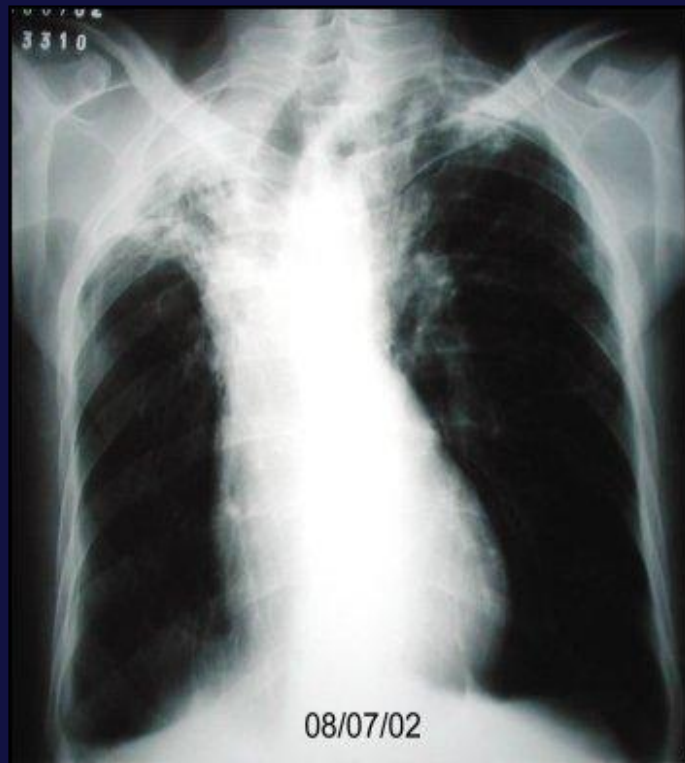
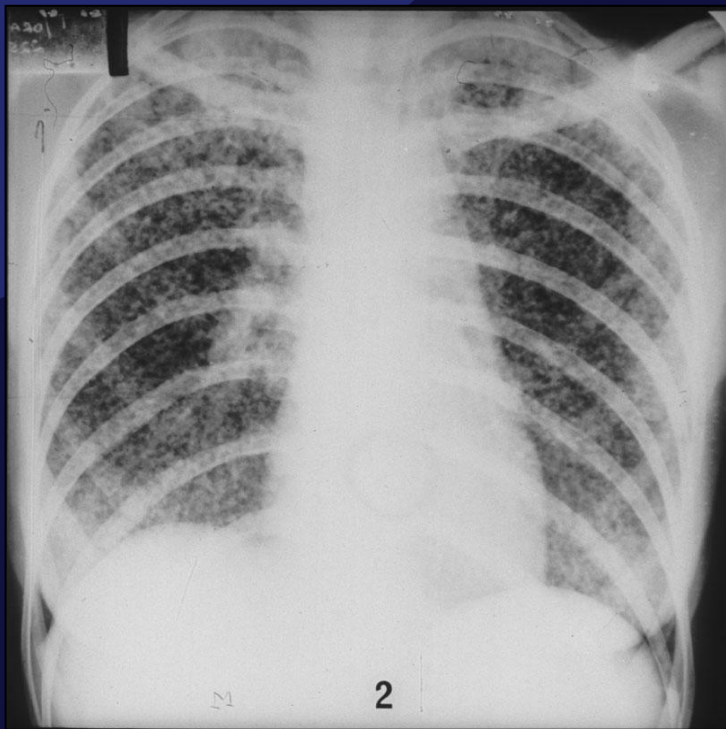


Superior segment of the right lower lobe (S6).



Superior segment of the right lower lobe (S6).

IMAGENS SUGESTIVAS DE TB



IMAGENS SUGESTIVAS DE TB

QUADRO 10 – Alterações sugestivas de tuberculose ativa ou sequela de tuberculose em tomografia computadorizada de tórax.

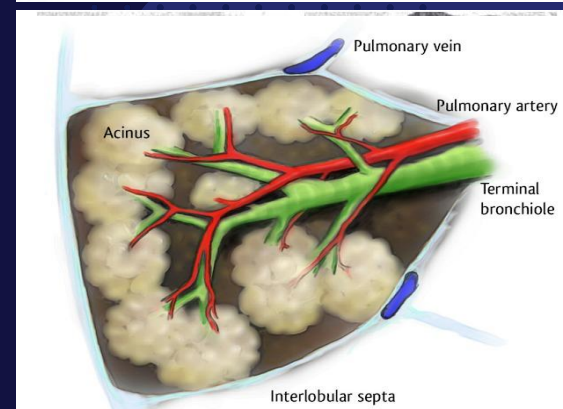
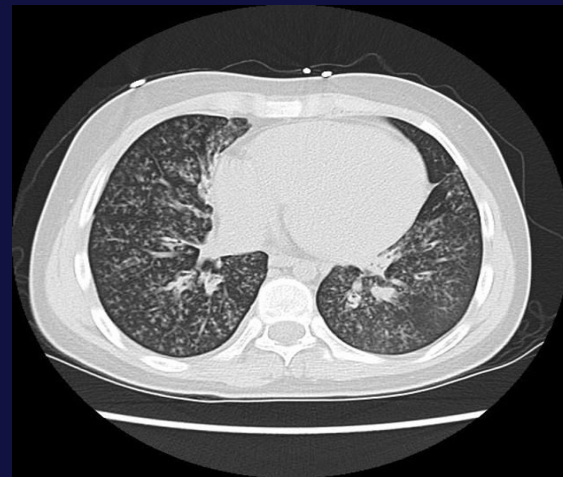
SINAIS SUGESTIVOS DE TUBERCULOSE ATIVA

- 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

SINAIS SUGESTIVOS DE SEQUELA DE TUBERCULOSE

- Bandas
- Nódulos calcificados
- Cavidades de paredes finas
- Bronquiectasias de tração
- Espessamento pleural

Fonte: Adaptado de BOMBARDA, S. et al, 2003.



Caso Clínico

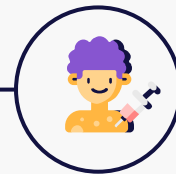


O caso foi notificado e foi iniciado EB para JGS, em regime autoadministrado com as seguintes orientações:



Tomar as medicações diariamente, uma hora antes ou duas horas após o café da manhã, com água, inclusive nos finais de semana;

- Não beber cerveja, nem fumar;
- A urina ficará avermelhada;



- Manter a casa bem arejada, permitindo a entrada de luz solar;

- Não é necessária a separação de copos, talheres, pratos, ou outros objetos de uso coletivo;

- Se apresentar qualquer reação estranha, retornar à ubS.

QUADRO 20 – Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

¹A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

QUADRO 21 – Esquema Básico para o tratamento da TB meningoencefálica e osteoarticular em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	10 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

- Em relação ao tratamento adotado, a modalidade mais adequada é:

a)

- Tratamento autoadministrado

b)

- Tratamento diretamente observado por um familiar

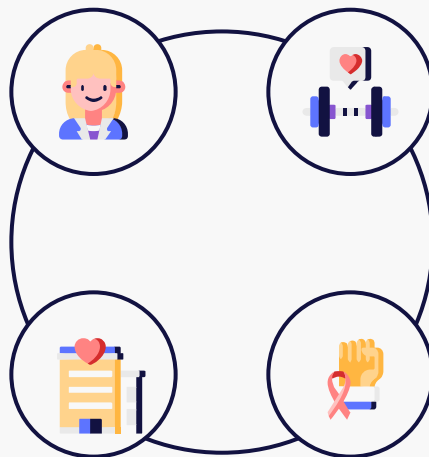
c)

- Tratamento diretamente observado pela equipe de saúde

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

É a observação da tomada dos medicamentos, sob a observação de um profissional de saúde, pelo menos 5 vezes na semana.

A observação da tomada diária dos medicamentos deverá ser realizada por qualquer profissional da equipe de saúde, independentemente da formação e da categoria profissional.



Visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento da tuberculose.

Estimula a criação de vínculo, melhora o acolhimento e favorece na cura da TB.

Consequentemente, interrompe a cadeia de transmissão, diminui o surgimento da TB resistente, o abandono do tratamento e a mortalidade por TB.

+ Caso Clínico

- JGS foi orientado a levar todas as pessoas que convivem com ele no mesmo domicílio para avaliação no mesmo dia do seu retorno para a primeira revisão, que aconteceria em 15 dias.



- Sobre o controle de contatos, a afirmativa correta é:

a)

- O objetivo é detectar precocemente outros casos de TB ativa

b)

- Deve incluir somente os contatos sintomáticos de casos pulmonares com diagnóstico bacteriológico

c)

- Não é necessário quando se trata de criança com TB pela sua baixa contagiosidade

Avaliação dos contactantes

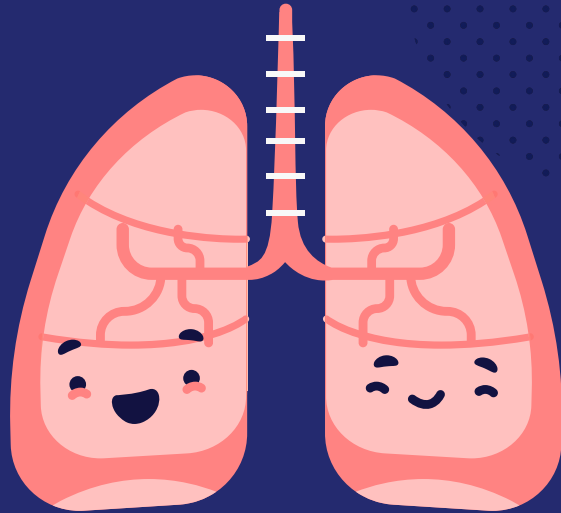
- A atividade de controle de contatos é uma ferramenta importante para diagnosticar precocemente casos de doença ativa e prevenir o adoecimento por TB.
- Deve ser priorizada pelos programas de controle de TB.

O controle de contato deve ser realizado fundamentalmente pela AB.

Os serviços devem se estruturar para que esta prática, de grande repercussão para o controle da TB, seja implementada.

+ Caso Clínico

- JGS refere estar sem febre, sem sudorese, com mais apetite, porém, não consegue se alimentar bem por causa das náuseas muito fortes.
- Pensa em parar o tratamento, pois, além das náuseas, não consegue ficar dois dias sem fumar.
- Está sem beber cerveja.
- Ainda apresenta muita tosse e expectoração amarelada, sem hemoptise.
- A esposa disse que observa o marido tomar as medicações, pois teve notícias de que um conhecido, que não se tratou direito, morreu de tuberculose.



- Diante da reação adversa descrita, a conduta preferencial é:

a)

- Suspende o tratamento até a melhora dos sintomas

b)

- Encaminhar à referência secundária para avaliação e conduta

c)

- Reformular o horário da tomada dos medicamentos, prescrever sintomáticos, se necessário

REAÇÕES ADVERSAS

A maioria dos pacientes completa o tratamento sem qualquer reação adversa relevante.

Estudos mostram que a ocorrência de reações adversas “menores” varia de 5% a 26%. Nesses casos, não há a necessidade de interrupção ou substituição do EB.

REAÇÕES ADVERSAS MENORES

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

REAÇÕES ADVERSAS MAIORES

Reação adv QUADRO 24 – Conduitas frente a hepatopatias

Reação adversa	Doença Hepática	Condição	Parâmetros	Conduita
Exantema ou hipersensibilidade moderada	PACIENTES COM DOENÇA HEPÁTICA PRÉVIA: hepatite viral aguda; hepatites crônicas (viral, autoimune, criptogênica); hepatopatia alcoólica; esteatose hepática.	Sem cirrose	TGO / TGP > 5 x LSN ^(*)	9 RELfx* ou 5 Cm ₃ E Lfx / 7 E Lfx*
			TGO / TGP < 5 x LSN ^(*)	Esquema Básico
Com cirrose		5 Cm ₃ E Lfx / 7 E Lfx*		
Psicose, crise convulsiva tóxica ou Neurite	PACIENTES SEM DOENÇA HEPÁTICA PRÉVIA: com hepatotoxicidade ao Esquema Básico.	TGO / TGP ≥ 5 x LSN ^(*) (sem sintomas)	Interromper o tratamento.	Reintrodução: (RE → RE+H → REHZ) do Esquema Básico ou Início de Esquema Especial (ver quadro 33)
TGO / TGP ≥ 3 x LSN ^(*) (com sintomas, incluindo a presença de icterícia)		Monitorar função hepática (cada 3 a 7 dias) até normalização		
Hepatotoxicidade (valor função hepática > normal, i)		Casos graves de TB ou hepatotoxicidade grave	Monitorar função hepática (cada 3 a 7 dias) até normalização	
		Níveis de TGO / TGP ≥ 3 x LSN ^(*)	Se após 4 semanas mantiver TGO/TGP ≥ 3 x LSN ^(*)	
Trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, vasculopatia				
Nefrite intersticial				
Rabdomiólise com insuficiência renal				

a

o; reintroduzir os após a resolução; 3 casos graves ou tes

eptomicina

eptomicina até a resolução da reintroduzir os ; avaliar a função produção de cada nível substituição do nça do esquema

o e substituir pelo rresistência

o e substituir pela cina

o e retirar a Z do a

Seguimento do paciente 2º mês

QUADRO 30 – Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos.

PROCEDIMENTOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	OBSERVAÇÕES
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico.
Oferta de teste para diagnóstico do HIV	X						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento.
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloscopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares.
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente nos casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	X						No início e repetir a critério clínico.

- A baciloscopia realizada dois dias antes da consulta médica 2º mês foi positiva (+).

- Frente ao resultado positivo da baciloscopia de 2º mês, o que você faria?

a)

- Avaliar adesão, solicitar TRM-TB, caso sensível à Rifampicina continuar o esquema da fase intensiva

b)

- Verificar o resultado da cultura e TS iniciais

c)

- Respostas a e b estão corretas

+ Caso Clínico

Foi solicitado o TRM-TB que veio com o seguinte resultado: MTB detectado com sensibilidade à Rifampicina.

Foi mantido o esquema, pois JGS ainda apresenta baciloscopia positiva.

- **CONDUTA:**
- Em caso de baciloscopia positiva no segundo mês:
- Solicitar cultura com TS
- Prolongar a primeira fase do tratamento por mais 30 dias.
- O resultado da cultura solicitada no início do tratamento foi contaminado, uma segunda cultura foi solicitada nessa ocasião.



Caso Clínico

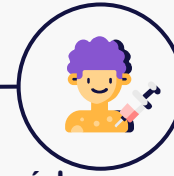
- Quando a profissional de saúde passou em frente a um bar na comunidade, lá estava ele com um copo de cerveja em uma mão e um cigarro na outra.
- Foi então marcada nova consulta para JGS e sua esposa.



- A baciloscopia de controle do 3º mês **foi negativa**.
- Iniciada fase de manutenção.
- No início do tratamento, JGS foi orientado a procurar ajuda no alcoólicos anônimos.



- JGS não compareceu à consulta na data agendada.
- Após tentativas de contato por telefone sem sucesso, foi programada uma visita domiciliar para resgate do paciente faltoso.



- O profissional de saúde, chegando à casa do paciente, encontrou a sua **esposa relatando sintomas respiratórios, febre e indisposição que a impediam de ir até a UBS**.

JGS não compareceu à consulta na data agendada, pois havia perdido o cartão e ainda tinha medicamentos.

+ Caso Clínico

- No dia agendado, compareceram à UBS para avaliação.
- JGS, mantendo o mesmo quadro, sem ganhar mais peso, com tosse e queixa de dormência nos pés. Não procurou atendimento no grupo de alcoólicos anônimos.
- O resultado da baciloscopia do 4º mês foi positivo (+).
- A conduta foi repetir a baciloscopia e a radiografia de tórax. O paciente garante que está tomando corretamente a medicação.



- Em relação à positividade da baciloscopia no 4º mês, é correto afirmar:

a)

- Sempre caracteriza falência do tratamento e deve-se trocar o esquema terapêutico em uso

b)

- Sempre caracteriza má adesão ao tratamento e não é necessário suspeitar de resistência

c)

- Sempre avaliar a adesão ao tratamento e a possibilidade de resistência

- Frente a baciloscopia positiva no 4º mês, a conduta mais adequada para JGS, seria:

a)

- Avaliar adesão e encaminhar para uma referência secundária

b)

- Prolongar a fase de manutenção do esquema em tratamento

c)

- Avaliar adesão

+ Caso Clínico

- O resultado da baciloscopia do 5º mês positivo (+).
- **CONDUTA:**
JGS foi convocado para uma consulta de urgência. A médica assistente solicitou parecer à referência secundária, pois o mesmo apresenta um quadro de falência do tratamento. Manteve o esquema em uso.



- O primeiro indício de má adesão ao tratamento foi:

a)

- A sobra de medicamentos

b)

- A presença de icterícia

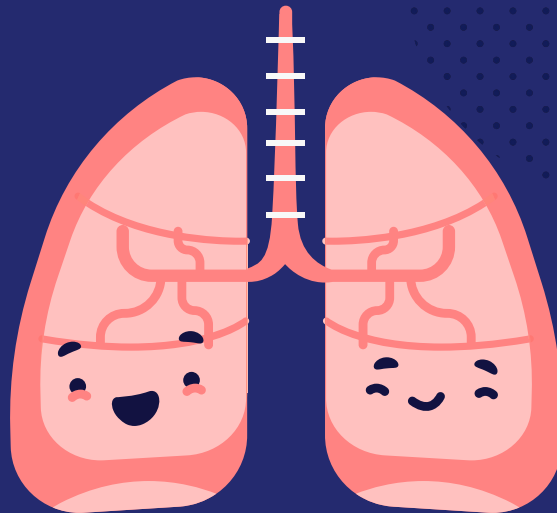
c)

- A falta à consulta agendada

+ · **Caso Clínico**

- Na referência, a médica avaliou a questão da adesão ao tratamento, percebendo que o mesmo fazia uso irregular das medicações, pois sempre sobravam medicamentos nas consultas mensais.
- Continuava utilizando bebida alcoólica de forma mais intensa nos finais de semana, e por esse motivo, não tomava as medicações com medo de voltarem os sintomas digestivos.
- O profissional de saúde da referência ligou para o laboratório e conseguiu a informação do resultado da cultura e do teste de sensibilidade: cultura positiva (*M Tb*), sensível aos medicamentos testados (RHES).
- Solicitou novo TRM-TB, cultura e teste de sensibilidade.
- O TRM-TB foi: MTB detectado sem resistência à Rifampicina.

Respondeu ao parecer indicando a manutenção do esquema em uso em regime de TDO, enquanto aguarda o novo resultado da cultura e teste de sensibilidade.



+ · Caso Clínico

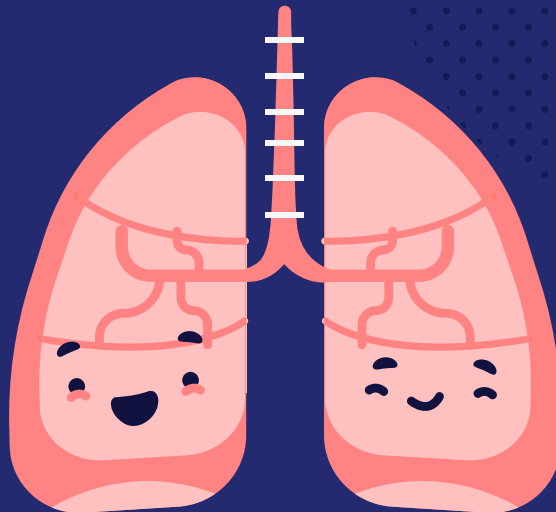
- Dois meses se passaram e a evolução do caso no 7º mês de tratamento é a seguinte:

- JGS foi incluído no programa de TDO do município com a assistência de um agente comunitário de saúde de segunda a sexta-feira.

- No final de semana, um membro de uma comunidade, parceira do serviço de saúde, realizava apoio no tratamento. Foi incentivado a tratar-se do alcoolismo, do tabagismo, assim como aderir ao tratamento da TB.

Apresentou melhora do estado geral e negatificação das baciloscopias no período.

O resultado da 3ª cultura foi positiva, com bacilos sensíveis a todos os medicamentos testados.

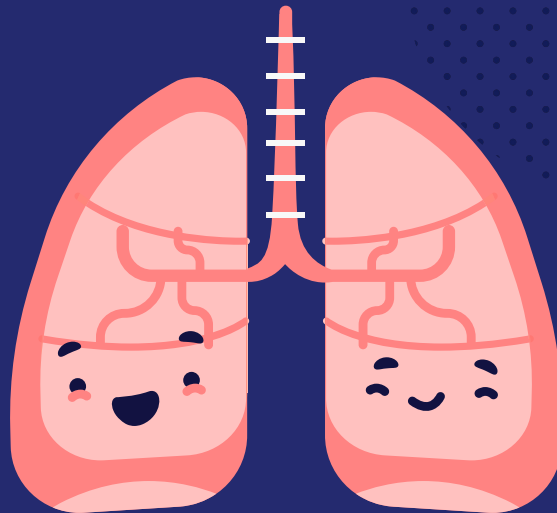


+ · Caso Clínico

- Dois meses se passaram e a evolução do caso no 9º mês de tratamento é a seguinte:

JGS apresentou ótima evolução clínica, radiológica e bacteriológica (quatro meses com baciloscopias negativas), tendo obtido alta por cura com 9 meses de tratamento.

Durante a primeira consulta com o médico na UBS, JGS informou que mora com a esposa, uma filha de 16 e três filhos de 10, 9 e 5 anos. Foi orientado a levar os familiares à UBS no dia do seu retorno, 15 dias após o início do tratamento.



– Além dos familiares, em geral, que outros contatos são importantes para avaliação?

a)

- Colegas do trabalho

b)

- “Amigos da cerveja”

c)

- Depende da exposição (tempo/ambiente)

- A avaliação dos contatos tem como objetivos:

a)

- Identificar casos de TB ativa e latente e tratá-los

b)

- Identificar e proteger as crianças do domicílio devido ao seu maior risco de adoecimento

c)

- Identificar e orientar os contatos assintomáticos

- O risco dos contatos de casos com diagnóstico bacteriológico adoecerem por TB quando comparados com a população geral é:

a)

- 15 vezes maior

b)

- 10 vezes maior

c)

- 5 vezes maior

CONTROLE DE CONTATOS

- **CASO ÍNDICE:** TB pulmonar ativa, prioritariamente com diagnóstico bacteriológico.
- **CONTATO:** mesmo ambiente – casa, trabalho, instituições de longa permanência.
- **AVALIAÇÃO:** individualizada (carga bacilar/forma da doença, ambiente e tempo de exposição).

Objetivo

- Identificar e tratar precocemente TB ativa e assim interromper a cadeia de transmissão.
- Identificar e tratar a ILTB e prevenir o desenvolvimento de TB ativa.
- Para criança com TB, identificar o caso índice e interromper a cadeia de transmissão.

- Para os contatos de JGS, a conduta inicialmente recomendada é:

a)

- Prova tuberculínica e radiografia do tórax para todos

b)





- Prova tuberculínica para os filhos e radiografia do tórax para a esposa

c)

- Avaliação clínica e prova tuberculínica para todos

CONCLUSÕES

Obejtivos

	Diagnóstico precoce: Busca ativa de paciente e solitação de exames.
	Ofertar o tratamento: Vigilancia com TDO e EA
	Orientações para familiares e para o paciente: - Avaliação familiar
	Cuidado multidisciplinar



+
Obrigado!
Duvidas?

marciohcfilho@gmail.com

82 99697-2908

@marciopneumo



J Bras Pneumol. 2021;47(2):e20210054
<https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20210054>

ARTIGO ESPECIAL



Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Denise Rossato Silva¹, Marcelo Fouad Rabahi², Clemax Couto Sant'Anna³, José Laerte Rodrigues da Silva-Junior^{4,5}, Domenico Capone⁶, Sidney Bombarda⁷, Silvana Spindola de Miranda⁸, Jorge Luiz da Rocha⁹, Margareth Maria Pretti Dalcolmo⁹, Mônica Flores Rick¹⁰, Ana Paula Santos^{11,12}, Paulo de Tarso Roth Dalcin¹³, Tatiana Senna Galvão¹⁴, Fernanda Carvalho de Queiroz Mello¹²

Boletim Epidemiológico

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde

Tuberculose | 2022

MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL

1ª edição revisada

CREMAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

