



RioSaúde

PROTOCOLO CLÍNICO

ATENDIMENTO AO
PACIENTE COM SUSPEITA
DE TUBERCULOSE

RIO DE JANEIRO, 2025

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	2/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
 - 11.1. Anexo I – Fluxograma de atendimento ao paciente com tuberculose
 - 11.2. Anexo II – Orientações para coleta de escarro – primeira amostra
 - 11.3. Anexo III – Orientações para coleta de escarro – segunda amostra
 - 11.4. Anexo IV – Esquema de tratamento para tuberculose

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRÍÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
01/2017	Emissão Inicial	
03	Versão	08/2027

APROVAÇÕES

REVISÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Bruna Silva Leite Zorahyde Pires	Rafael Alvim	Guilherme Santana	Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	3/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença de notificação compulsória transmitida por via aérea por uma pessoa com TB ativa pulmonar ou laríngea. A inalação de gotículas de aerossol contendo *M. tuberculosis* por um indivíduo suscetível e previamente não infectado leva à deposição nos pulmões e ao desenvolvimento da doença. Outras vias de transmissão (pele e placenta) são raras, os bacilos que se acomodam em roupas, lençóis, copos e outros objetos raramente se dispersam em aerossóis e, por isso, não têm papel na transmissão da doença.

Possui forte determinação social, na qual a pobreza, a insegurança alimentar, a falta de moradia e as barreiras para acesso à saúde são aspectos que aumentam o risco de adoecimento e interrupção do tratamento. Cerca de 48% de pessoas com tuberculose e 78% de pessoas com tuberculose droga resistente sofrem custos catastróficos em decorrência da doença.

A TB apresenta como agente etiológico qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*.

A espécie mais relevante é a *M. tuberculosis*, conhecida também como bacilo de Koch (BK). O *M. tuberculosis* é fino, ligeiramente curvo e mede de 0,5 a 3 µm. Trata-se de um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), aeróbio, com parede celular rica em lipídios (ácidos micólicos e arabinogalactano), o que lhe confere baixa permeabilidade, reduz a efetividade da maioria dos antibióticos e facilita sua sobrevida nos macrófagos (ROSSMAN; MACGREGOR, 1995).

Podemos dividir a Tuberculose em:

1. **Tuberculose Pulmonar:** forma mais comum, 70-80% dos casos, as manifestações clínicas e radiológicas dependem do tipo de apresentação da TB. Consideramos que as principais formas de apresentação são a forma primária (mais comum em crianças), a pós-primária (ou secundária, mais comum no adolescente e jovem adulto) e a miliar (mais comum em pacientes imunocomprometidos). Os sintomas clássicos, são: tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podem ocorrer em qualquer das três apresentações.

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	4/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

2. Tuberculose Extrapulmonar:

- a) **TB pleural:** Esse é o tipo mais comum de TB extrapulmonar em pessoas não infectadas pelo HIV. Ocorre mais em jovens e cursa com dor torácica do tipo pleurítica
- b) **Empiema pleural tuberculoso:** Ocorre devido a ruptura de uma cavidade tuberculosa para o espaço pleural e, consequentemente, além de líquido no espaço pleural, pode ocorrer também pneumotórax secundário à fistula broncopleural.
- c) **TB ganglionar periférica –** É a forma mais frequente de TB extrapulmonar em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e em crianças, sendo mais comum abaixo dos 40 anos. Cursa com aumento subagudo, indolor e assimétrico das cadeias ganglionares cervicais anterior e posterior, além da supraclavicular. Os gânglios podem evoluir para flutuação e/ou fistulização espontânea, com a inflamação da pele adjacente.
- d) **TB meningoencefálica –** É responsável por 3% dos casos de TB em pacientes não infectados pelo HIV e por até 10% em PVHIV. A meningite basal exsudativa é a apresentação clínica mais comum e é mais frequente em crianças abaixo dos seis anos de idade. Clinicamente, pode ser subaguda ou crônica (sinais e sintomas com duração superior a quatro semanas).
- e) **TB laríngea:** pode ocorrer isoladamente, porém é mais frequente associada à TB pulmonar ativa, é a forma extrapulmonar mais transmissível o diagnóstico é feito através da identificação de lesões ulceradas e infiltrativas com necrose caseosa pode ser confundido com neoplasia.
- f) **TB pericárdica:** Tem apresentação clínica subaguda e na maioria dos casos não se associa à TB pulmonar, embora possa ocorrer simultaneamente com a TB pleural. Os principais sintomas são dor torácica, tosse seca e dispneia.
- g) **TB óssea:** É mais comum em crianças (10% a 20% das lesões extrapulmonares na infância) ou em pessoas entre a quarta e a quinta década de vida. Atinge mais a coluna vertebral e as articulações coxofemoral e do joelho, embora possa ocorrer em outros locais.

A Figura 1 apresenta a distribuição espacial dos casos novos de tuberculose em 2023, detalhando por bairros e Áreas de Planejamento (APs) de residência. As áreas com maior densidade de casos destacam-se pela extrema vulnerabilidade social, o que reforça a necessidade de ações direcionadas e articulação intersetorial para o controle da tuberculose nestes locais.

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.003

DATA

08/2025

REVISÃO

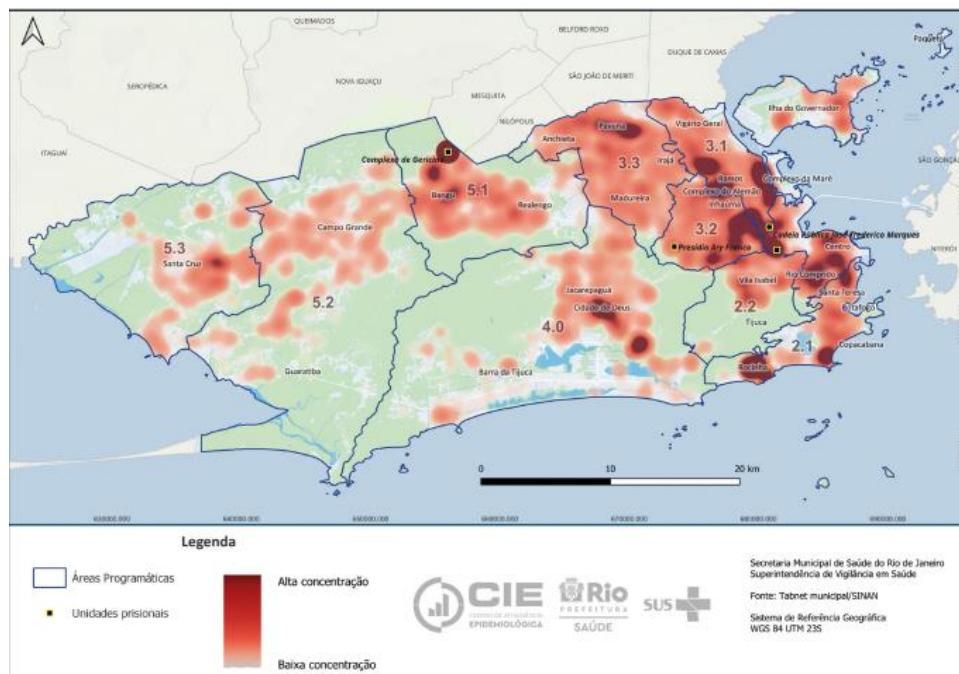
08/2027

PÁGINAS

5/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

Figura 1. Distribuição dos casos novos de Tuberculose em 2023



Fonte Sinan. Boletim Epidemiológico Tuberculose no Rio de Janeiro 2024. Centro de Inteligência Epidemiológica do Rio de Janeiro. Prefeitura do Rio de Janeiro.

A tuberculose (TB), incluindo suas formas de drogas resistentes, pode afetar pessoas de todos os estratos sociais. Porém, seus efeitos costumam ser mais devastadores entre as pessoas mais pobres e marginalizadas da sociedade. A qualidade de vida, o status social e a situação financeira da pessoa podem piorar tanto por causa da doença quanto de seu tratamento, ou seja, devido a reações adversas produzidas pelos medicamentos, aos altos custos que a pessoa pode ter de pagar durante os cuidados e tratamento, à necessidade de faltar ao trabalho devido à doença e ao estigma e discriminação associados à doença. Pessoas em estado de vulnerabilidade social e financeira podem sofrer mais esses efeitos, por terem menos recursos para ajudá-las durante o período de doença. (OPAS, 2022)

2. OBJETIVO

Padronizar o fluxo do atendimento ao paciente com suspeita de Tuberculose.

 RioSaúde	PROTOCOLO CLÍNICO			
	Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
	PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	6/22
	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE			

3. ABRANGÊNCIA

Todas as Unidades de Pronto Atendimento e Coordenações Regionais de Emergências geridas pela RioSaúde.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

4.1. Definições

Não se aplica

4.2. Siglas

BAAR - Bacilos Álcool-Ácido Resistentes

LBA – Lavado broncoalveolar

MTB - *Mycobacterium tuberculosis*

RH- Rifampicina, Izoniazida

RHZE- Rifampicina, Izoniazida, Pirazinamida e Etambutol

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TARV – Terapia antirretroviral

TB – Tuberculose

TBDR – Tuberculose drogarresistente

TBMDR – Tuberculose multidrogarresistente

TBXDR - Tuberculose extensivamente rresistente

TRM-TB - Teste Rápido Molecular para Tuberculose

TS - Teste de sensibilidade

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.003

DATA

08/2025

REVISÃO

08/2027

PÁGINAS

7/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

5. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
5.1. Identificar o caso suspeito.	Médico Plantonista/Enfermeiro
5.2. Solicitar 2 amostras de BAAR + uma amostra de cultura, TS, raios-X de tórax e teste rápido para HIV. Caso disponível, solicitar TRM-TB.	Médico Plantonista
5.3. Alta referenciada de suspeita de TB para a atenção primária para dar continuidade ao tratamento.	Médico Plantonista/Enfermeiro Rotina/ Serviço Social
5.4. Isolamento respiratório em sala de observação individual, preferencialmente.	Médico Plantonista/ Equipe de Enfermagem
5.5. Comunicação imediata ao rotina médico, líder/rotina de Enfermagem, Serviço Social e toda a equipe Multidisciplinar através de Placa de Isolamento Respiratório.	Equipe de Enfermagem
5.6. Preencher Ficha de Notificação Compulsória online SINAN Rio.	Médico Rotina/Enfermeiro Rotina

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. Detecção de casos suspeitos de Tuberculose Pulmonar

Os pacientes que apresentam tosse há mais de 3 semanas, linfadenopatia, febre, sudorese noturna, emagrecimento e fatores epidemiológicos relevantes (como histórico de infecção ou doença tuberculosa anterior, exposição conhecida ou possível à TB e/ou residência passada ou presente ou viagem a uma área

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	8/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

onde a TB é endêmica) devem ser considerados como casos suspeitos. As principais formas de apresentação da doença são a forma primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar.

Forma primária: Comum em criança e manifesta-se de forma insidiosa. O paciente apresenta-se irritadiço, febre baixa, sudorese noturna e inapetência. Existem casos nos quais a tosse não está presente.

Forma pós-primária ou secundária: Comum em adolescentes e adultos jovens. Apresenta tosse seca ou produtiva, febre vespertina sem calafrios, podendo haver ou não a presença de sangue, sudorese noturna, anorexia, dor e emagrecimento.

Forma miliar: Apresenta aspectos radiológicos específicos que pode ocorrer na forma primária ou secundária. Comum em pacientes imunocomprometidos com sintomas de febre, emagrecimento e astenia.

Na suspeita da TB pulmonar deve ser realizado o diagnóstico diferencial principalmente com silicose, infecções fúngicas, neoplasias, infecções bacterianas, outras micobacterioses, doenças autoimunes, embolia pulmonar, entre outras.

6.2. Fluxo de atendimento

- O médico plantonista que suspeitar que um paciente esteja com tuberculose deve comunicar imediatamente ao médico rotina e líder/rotina de enfermagem.
- Idealmente o rotina médico deve acessar ao SINAN Rio e verificar se o paciente já possui alguma notificação para Tuberculose pulmonar e se concluiu o tratamento, isso ajudará na escolha do esquema de tratamento inicial, caso a anamnese não tenha sido esclarecedora.
- Caso o usuário já tenha tratamento de TB ou história prévia de tratamento de TB, o profissional deve realizar a notificação e qualificar no SINAN Rio como entrada por recidiva ou reingresso após interrupção do tratamento ou transferência.
- O paciente que apresentar critérios de internação como instabilidade clínica ou queda de saturação deve ser encaminhado a sala de observação individual.
- Caso a sala de observação individual não esteja disponível, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica em ambientes abertos (ex. sala verde, de raio x e de medicação).
- Quando o paciente estiver internado na sala de observação individual, não é necessária a utilização da máscara cirúrgica.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	9/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

- O enfermeiro deve colocar máscara cirúrgica no paciente quando houver necessidade de transporte do paciente para exames ou transferência.
- O paciente que estiver com mais de 15 dias em tratamento com o esquema RHZE, não tem mais necessidade de isolamento.
- Os pacientes com diagnóstico ou suspeita de TB sem necessidade de internação devem ser redirecionados através da alta referenciada pelo médico plantonista/enfermeiro rotina/serviço social, para acompanhamento na atenção básica. Através do site: <https://web2.smsrio.org/login/index.php#/>
- Não é recomendado a permanência de acompanhantes. Exceto, em situações especiais.
- Profissionais de saúde, visitantes ou acompanhantes deverão utilizar máscara PFF2 ou N95, disponível no almoxarifado.
- A N95 é de uso individual, não é descartável, devendo ser reutilizada por sete dias, salvo, nos casos de falta do material. Desde que não apresente sujidade aparente, ou esteja molhado de saliva e outras secreções.
- O Médico plantonista/rotina deve solicitar o RX de tórax na avaliação inicial do paciente e também no acompanhamento do caso. Solicitar a coleta do escarro para o BAAR ou TRM-TB conforme o fluxo da unidade, cultura, TS e teste rápido para HIV.
- Caso o paciente seja positivo para HIV, sem tratamento e conhecimento prévio da doença, deve iniciar TARV entre a 2^a e a 8^a semana após o início do tratamento de TB.
- Os achados radiológicos nos casos de suspeita de TB são classificados como:
 - **Normal:** Sem alterações sugestivas de atividade de tuberculose.
 - **Suspeito:** Alterações sugestivas de atividade de tuberculose, como cavidades, nódulos, consolidações, massas, processo intersticial (miliar), derrame pleural e alargamento de mediastino.
 - **Sequela:** Imagens sugestivas de lesões cicatriciais, como bandas, retracções parenquimatosas e calcificações.
 - **Outras doenças:** Imagens sugestivas de pneumopatias não tuberculosas, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e outras doenças respiratórias.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	10/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

- No caso do TRM-TB, basta uma amostra de escarro coletada no momento da consulta, esse exame deve ser solicitado para DVS (Divisão de Vigilância em Saúde) da área, comunicar a gerência da unidade para a realização do contato.
- No caso do BAAR, são necessárias duas amostras. Uma no momento da consulta e outra amostra no dia seguinte. A segunda coleta de BAAR deverá ser realizada em jejum, de manhã, pela equipe de enfermagem noturna. Deve ser acondicionada em recipiente próprio, preferencialmente, em frasco de exame estéril e encaminhado imediatamente ao laboratório, pois a amostra pode desnaturar na luz.
- O profissional de enfermagem e o médico devem informar os procedimentos para a coleta do escarro. Seguindo os seguintes passos:
 1. Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado (nome do paciente, data de nascimento e a data da coleta no corpo do pote).
 2. Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: ao despertar pela manhã, lavar bem a boca, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter três eliminações de escarro, evitando que ele escorra pela parede externa do pote com o volume de 5 -10 ml de secreção.
 3. Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição durante o transporte até a unidade de saúde.
 4. Orientar o paciente a lavar as mãos após o procedimento.
 5. Na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, ela poderá ser conservada em geladeira comum até o dia seguinte.
- Quando o médico for solicitar a amostra do BAAR ou TRM-TB deve colocar na justificativa se é o primeiro tratamento para tuberculose ou se é retratamento. É importante colocar, também, se o paciente faz parte do grupo de pessoas vulneráveis (profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV/aids, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, indígenas e/ou contatos de casos de tuberculose drogarresistente).

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	11/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

- O médico pode solicitar a Tomografia de tórax nos casos em que a radiografia inicial é normal, e na diferenciação com outras doenças torácicas, especialmente em pacientes imunossuprimidos. Os sinais sugestivos de tuberculose ativa na imagem são: Cavidades de paredes espessas, nódulos, nódulos centrolobulares de distribuição segmentar, nódulos centrolobulares confluentes, consolidações, espessamento de paredes brônquicas, aspecto de “árvore em brotamento”, massas e bronquiectasias. Já os achados sugestivos de sequelas de tuberculose são: Bandas, nódulos calcificados, cavidades de paredes finas, bronquiectasias de tração e espessamento pleural.
- Paciente com tosse seca, o médico deve solicitar o exame de indução do escarro usando aerossol com salina hipertônica (NaCl 3%), 3 amostras de escarro induzido tem a mesma sensibilidade que um lavado bronco-alveolar.
- Pacientes que não escarram (crianças, idosos, sequelas neurológicas) O médico deve solicitar o lavado gástrico para coleta de material para baciloscopia + cultura;
- Antes de iniciar o tratamento recomenda-se que o médico solicite: hemograma, função renal, eletrólitos, função hepática, dosagem de ácido úrico, sorologias para hepatite B e C, HIV.
- Com o resultado de uma baciloscopia positiva e quadro clínico compatível com TB consolidam o diagnóstico e fundamentam o início de tratamento da TB.
- Nos casos do uso do TRM-TB, quando o MTB é detectado, observar se a resistência à rifampicina foi identificada, caso esteja presente, solicitar a transferência do paciente aos locais referência para tratamento de tuberculose resistente, chegar a cultura e TS.
- Já nos casos em que a resistência à rifampicina não detectada no TRM-TB, deve-se iniciar o tratamento com o esquema básico.
- Quando o TRM-TB é negativo e o paciente mantém os sintomas, deve-se continuar a investigação e aguardar o resultado da cultura e TS.
- O resultado da cultura confirma o diagnóstico de micobacteriose, sendo necessária a identificação de espécie para caracterizar se é um caso de TB ou outra micobactéria.
- A equipe deverá notificar imediatamente todo caso suspeito pela clínica ou exame complementar radiográfico, não sendo necessário aguardar o resultado do BAAR.
- O médico plantonista ou rotina deve iniciar o tratamento conforme descrito no Anexo V – Esquema de tratamento para tuberculose: Casos novos de tuberculose ou retratamento (recidiva e reingresso após abandono que apresentem doença ativa) em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade); todas

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	12/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

as apresentações clínicas (pulmonares e extrapulmonares), exceto a forma meningoencefálica e osteoarticular.

- Nos casos de pacientes diabéticos o médico deve suspender os antidiabéticos orais e realizar o controle glicêmico com avaliação da glicemia capilar antes das refeições utilizando a insulina regular (alvo: glicemia menor que 160 mg/dL) e prolongar o esquema de manutenção por 3 meses.
- Os medicamentos devem ser administrados em tomada única, preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã).
- Uma vez iniciado o tratamento não deve ser interrompido, salvo após uma rigorosa revisão clínica e laboratorial que determine mudança diagnóstica.
- Os pacientes com tuberculose de vias aéreas ainda bacilíferos e os casos suspeitos devem ter prioridade no atendimento, devendo permanecer na unidade de saúde o menor tempo possível.
- Critérios de alta de isolamento de casos suspeitos:
 - Duas baciloskopias negativas em escarro espontâneo;
 - Uma bacilosкопия negativa no escarro induzido ou no lavado broncoalveolar (LBA);
 - Um ou dois TRM-TB negativos em escarro, espontâneo ou induzido, ou no LBA.
 - Considerar sempre aspectos clínicos e de qualidade do material biológico coletado para efetivar a alta.
- Critérios de alta do isolamento dos casos de tuberculose diagnosticada:
 - Alta de isolamento com, pelo menos, duas baciloskopias negativas obtidas a partir da segunda semana de tratamento em pacientes com TB pulmonar ou laríngea. Considerar também aspectos clínicos e de qualidade do material biológico coletado para efetivar a alta.
- O TRM-TB não está indicado com intuito de alta de isolamento em pacientes com diagnóstico prévio de TB (deverá ser realizado o BAAR).
- Nos casos do diagnóstico de tuberculose somente com TRM positivo e/ou cultura (formas paucibacilares) a alta do isolamento deve ser considerada de forma individualizada a partir de sua evolução clínica, sempre após o período mínimo de duas semanas de tratamento.
- Pacientes com TB drogarresistente (TB DR), TB multidrogarresistente (TB MDR) e TB extensivamente resistente (TB XDR) só deverão ter alta de isolamento em caso de cultura negativa.

 RioSaúde	PROTOCOLO CLÍNICO			
	Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
	PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	13/22
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE				

- Os casos de Tuberculose devem ser notificados através da plataforma da Prefeitura através do link: <https://subpav.org/vigilancia/sinanrio/admin.html>
- Nos finais de semana e feriados, informar plantão CIEVS, telefone 98000-7575.
- Quem notificou deve registrar no prontuário todos os casos notificados.
- O paciente que estiver com mais de 15 dias em tratamento com o esquema RHZE, não tem mais necessidade de isolamento.
- No momento da alta, a unidade de saúde deve entregar ao paciente o resumo de alta e referencia-lo a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência para dar continuidade ao tratamento

Quadro 2- Relação de efeitos colaterais dos medicamentos e recomendações sobre condutas

Efeitos colaterais dos medicamentos	Recomendações
Náuseas, vômitos e dor abdominal	Usar medicamentos sintomáticos e administrar os comprimidos antes ou durante o café da manhã.
Hepatotoxicidade	Suspender o tratamento e reintroduzir as drogas gradualmente após a resolução do quadro, considerar a substituição do esquema terapêutico.
Coloração avermelhada da urina	Efeito comum, sem dados ao paciente.
Nefrite intersticial	Suspender o uso da Rifampicina e reiniciar o tratamento com esquema especial sem a Rifampicina.
Rabdomiólise e insuficiência renal	Suspender a Pirazinamida e reiniciar o tratamento com esquema especial sem essa medicação.
Prurido e exantema leve	Prescrever anti-histamínico.
Exantema moderado ou grave	Suspender o tratamento e reintroduzir lentamente as drogas após a resolução do quadro, considerar a substituição do esquema.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	14/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

Artralgia	Causado pela Isoniazida e Pirazinamida, prescrever analgesia e antiinflamatório não hormonais.
Neuropatia periférica	Prescrever Piridoxina 50 mg/dia, recomenda-se a suplementação profilática em indivíduos com outros fatores de risco como: desnutrição, diabetes, HIV, doença renal, alcoolismo e gestação.
Hiperuricemia	Dieta hipopurínica e considerar o uso de Alopurinol e Colchicina
Cefaleia, ansiedade, euforia e insônia	Causada pela Isoniazida, manter o esquema medicamentoso, sintomáticos para dor.
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma	Suspender a Isoniazida e reiniciar o esquema especial sem essa medicação.
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose e vasculite	Suspender a Rifampicina e reiniciar o tratamento com um esquema especial sem essa medicação.

6.3. Quimioprofilaxia para os contactantes de casos de Tuberculose

- Orientar sobre a necessidade das pessoas que tiveram contato com o paciente diagnosticado com TB de serem avaliadas individualmente pela atenção primária.

O fator mais importante para a transmissão da doença é o contato próximo e prolongado, como é o caso de crianças que vivem na mesma casa onde há um adulto com TB.

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.003

DATA

08/2025

REVISÃO

08/2027

PÁGINAS

15/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

7.1. Ficha de Notificação de Agravos - SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº
CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloskopía, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose. CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como de imagem, histológicos, entre outros).				
Dados Gerais 1 Tipo de Notificação 2 - Individual 2 Agravo/doença TUBERCULOSE Código (CID10) A 16.9 3 Data da Notificação 4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE) 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico Notificação Individual 8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante 1-7ºTrimestre 2-8ºTrimestre 3-9ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-Indo-Brasileira 7-Indo-Áfricana 8-Indo-Ásia 9-Ignorado 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4-Escola fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5-Escola médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escola médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe Dados de Residência 17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito 20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código 22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1 25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP 28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)				
Dados Complementares do Caso 31 Nº do Prontuário 32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-óbito 33 Populações Especiais População Privada de Liberdade Profissional de Saúde 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado População em Situação de Rua Imigrante 34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 35 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar 36 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Genitourinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra				
 37 Doenças e Agravos Associados Aids Alcoolismo Diabetes Doença Mental 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Uso de Drogas Ilícitas Tabagismo Outras				
 38 Baciloskopía de Escarro (diagnóstico) 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica 39 Radiografia do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado 40 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado				
 41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 42 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado				
 43 Cultura 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado 44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) 1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado				
 45 Teste de Sensibilidade 1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado				
 46 Data de Início do Tratamento Atual Município/Unidade de Saúde Nome Tuberculose		 47 Total de Contatos Identificados Função Sinan NET Cód. da Unid. de Saúde Assinatura SVS 02/10/2014		

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	16/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

8. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos : Módulo 1 : Tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 116 p. : il. ISBN 978-65-5993-587-1
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recomendações para controle da tuberculose : guia rápido para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.47 p. : il. ISBN: 978-65-5993-098-2
- Brasil. Secretaria Estadual de Saúde. INFORME TÉCNICO DA GERT SES/RJ Nº001/2024. VIGILÂNCIA DE TUBERCULOSE (TB) NO ÂMBITO HOSPITALAR E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p. : il. ISBN 978-85-334-2696-2
- Diagnóstico de tuberculose pulmonar em adultos. Uptodate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-pulmonary-tuberculosis-in-adults>. Acesso realizado em 10 de julho de 2025.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose. Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2024 Número Especial | Março 2024
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Eliminando a tuberculose na Região das Américas: avanço rumo à eliminação com equidade. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/110274>. Acesso em 10 de julho de 2025

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.003

DATA

08/2025

REVISÃO

08/2027

PÁGINAS

17/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
Prescrições e evoluções médicas, folhas de assentamento evolutivo da enfermagem e da equipe multidisciplinar (SUPORTE DIGITAL; INTEGRA)	18.01.01.001	Prontuário do paciente	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	20 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Solicitação de exames laboratoriais e de imagem	18.02.01.001	Requisição de exames complementares	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada mês	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Solicitação de tomografia	18.02.01.002	Requisição de exames especializados e avaliações de urgência	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Ficha de notificação de agravos SINAN	18.04.01.001	Ficha de identificação e notificação compulsória de doenças e agravos	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	18/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Versão	Alteração	Data	Elaboração/Revisão	Validação	Aprovação
00	Emissão inicial	17/01/2017	Bianca Esser	Diretor Executivo Assistencial	Diretor Executivo Assistencial
01	Acréscimo do teste rápido de HIV; SESO para o preenchimento do SINAN e alteração da responsabilidade da coordenação de enfermagem para a equipe de enfermagem.	03/02/2017	Bianca Esser	Diretor Executivo Assistencial	Diretor Executivo Assistencial
—	Validação anual	23/07/2018	—	—	Jaqueline Fuly
02	Acréscimo de sinais e sintomas, ajustes no fluxo de atendimento. Alterada a codificação do documento PAP E-01- 02	31/08/2022	Denisse Araujo Andrea Garcia	Alessandrea Lopes	Dr. Daniel Lopes
03	Ajustada a versão documental. Ajustes na introdução. Ajustes no fluxo de atendimento. Revisão do fluxograma (anexo I).	11/08/2025	Bruna Silva Leite Zorahyde Pires	Rafael Alvim	Bruno Sabino

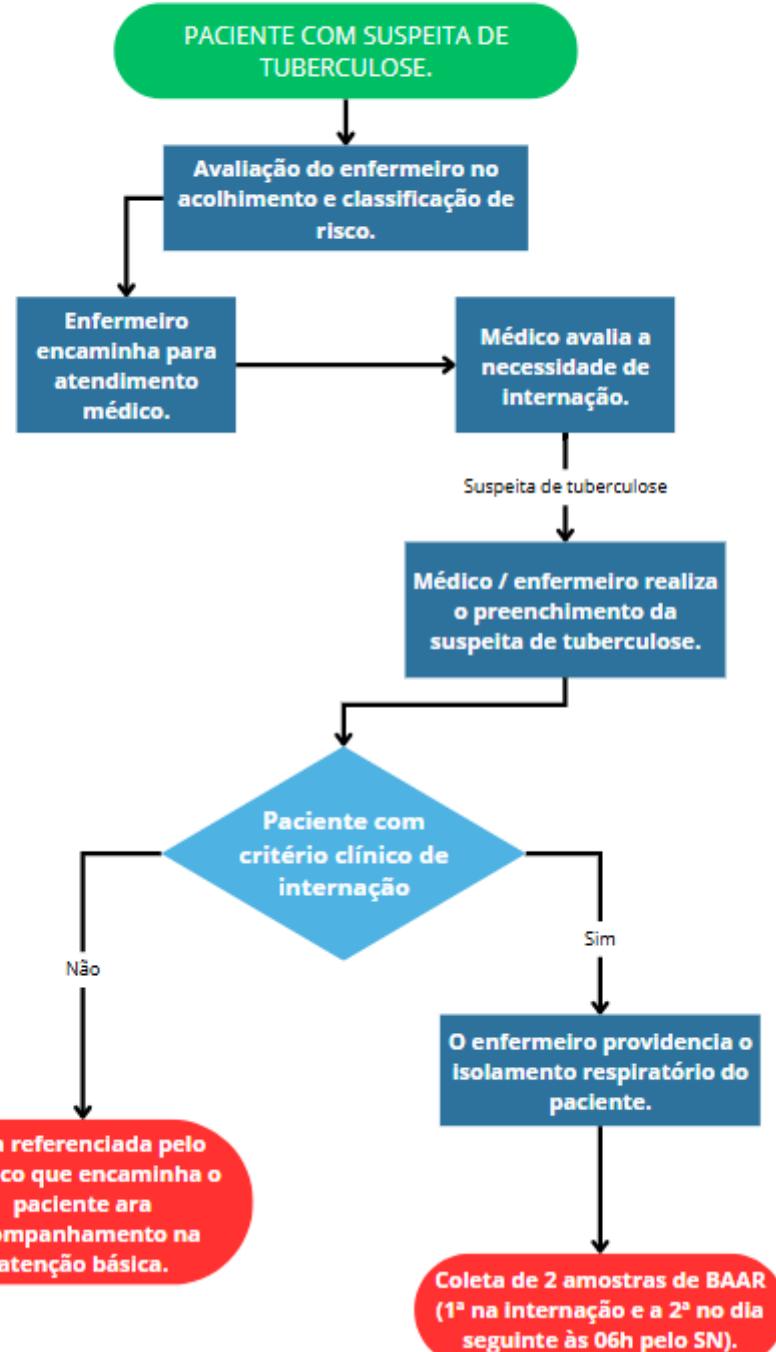
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	19/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

11. ANEXOS

11.1. Anexo I – Fluxograma de atendimento ao paciente com tuberculose

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE



PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.003

DATA

08/2025

REVISÃO

08/2027

PÁGINAS

20/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

11.2. Anexo II – Orientações para coleta de escarro – primeira amostra

Coleta da primeira amostra na unidade de saúde:



1. Lave a boca, fazendo bochechos com bastante água. Não precisa estar em jejum.
2. Fique sozinho, em um local arejado e de preferência ao ar livre.
3. Abra o pote fornecido pela unidade de saúde.



4. Force a tosse do seguinte modo:

- a. Inspire profundamente, isto é, puxe o ar pelo nariz e fique com a boca fechada; prenda a respiração por alguns instantes e solte o ar lentamente pela boca. Faça isso mais duas vezes.



- b. Inspire profundamente mais uma vez, prenda a respiração por alguns instantes e solte o ar com força e rapidamente pela boca.



- c. Inspire profundamente mais uma vez, prenda a respiração por alguns instantes e, em seguida, force a tosse para poder liberar o escarro que está dentro do pulmão.



5. Escarre diretamente dentro do pote. Cuidado para o escarro não escorrer por fora.

6. Repita as orientações quatro e cinco por mais duas vezes, até conseguir uma quantidade maior de amostra.

7. Feche o pote firmemente, proteja-o da luz solar, carregue sempre com tampa voltada para cima e entregue o pote para o profissional que orientou você.



Fonte: adaptado de BRASIL, 2019.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.003

DATA

08/2025

REVISÃO

08/2027

PÁGINAS

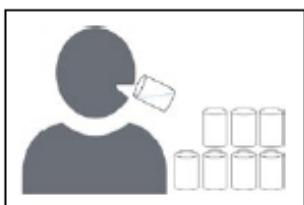
21/22

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

11.3. Anexo III – Orientações para coleta de escarro – segunda amostra

Coleta da segunda amostra

Para coletar a segunda amostra é importante que você:



I. No dia anterior à coleta:

- Beba no mínimo oito copos de líquidos (água, refrescos). A água ajuda a soltar o escarro que está no pulmão.
- Durma sem travesseiro. Isso também facilita a saída do escarro do pulmão, na hora da coleta.



2. No dia da coleta, assim que despertar:

- Lave a boca fazendo bochechos com bastante água e, em jejum, force a tosse e escarre dentro do pote, seguindo as mesmas orientações da coleta da primeira amostra.



- Feche o pote firmemente, coloque em um saco plástico, proteja da luz solar, carregue sempre com a tampa voltada para cima e leve o pote imediatamente para o laboratório ou unidade de saúde.



- Leve também a requisição, mas fora do saco plástico que está o pote.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2019.

 RioSaúde	PROTOCOLO CLÍNICO			
	Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
	PTC.DEA.003	08/2025	08/2027	22/22
	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE			

11.4. Anexo IV – Esquema de tratamento para tuberculose

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 mg¹ 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: BRASIL, 2019. R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.