



“Sim! Podemos acabar com a tuberculose: Compromisso, Investimento e Resultado”

Manejo e profilaxia da tuberculose em pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Dra Silvia Sclowitz Pereira do Vale Coelho

Infectologista pelo HC-FMUSP. Médica responsável pelo ambulatório TB/HIV CEDAP





World Health Organization

Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015

THE END TB STRATEGY



VISION	A world free of tuberculosis – zero deaths, disease and suffering due to tuberculosis			
GOAL	End the global tuberculosis epidemic			
INDICATORS	MILESTONES		TARGETS	
	2020	2025	SDG 2030*	END TB 2035
Reduction in number of TB deaths compared with 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Reduction in TB incidence rate compared with 2015 (%)	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)	90% (<10/100 000)
TB-affected families facing catastrophic costs due to TB (%)	Zero	Zero	Zero	Zero

PRINCIPLES

- Government stewardship and accountability, with monitoring and evaluation
- Strong coalition with civil society organizations and communities
- Protection and promotion of human rights, ethics and equity
- Adaptation of the strategy and targets at country level, with global collaboration

PILLARS AND COMPONENTS

- INTEGRATED, PATIENT-CENTRED CARE AND PREVENTION**
 - Early diagnosis of tuberculosis including universal drug-susceptibility testing, and systematic screening of contacts and high-risk groups
 - Treatment of all people with tuberculosis including drug-resistant tuberculosis, and patient support
 - Collaborative tuberculosis/HIV activities, and management of co-morbidities
 - Preventive treatment of persons at high risk, and vaccination against tuberculosis
- BOLD POLICIES AND SUPPORTIVE SYSTEMS**
 - Political commitment with adequate resources for tuberculosis care and prevention
 - Engagement of communities, civil society organizations, and public and private care providers
 - Universal health coverage policy, and regulatory frameworks for case notification, vital registration, quality and rational use of medicines, and infection control
 - Social protection, poverty alleviation and actions on other determinants of tuberculosis
- INTENSIFIED RESEARCH AND INNOVATION**
 - Discovery, development and rapid uptake of new tools, interventions and strategies
 - Research to optimize implementation and impact, and promote innovations

THE GLOBAL STRATEGY AND TARGETS FOR TUBERCULOSIS PREVENTION, CARE AND CONTROL AFTER 2015, WERE ENDORSED BY ALL MEMBER STATES AT THE 2014 WORLD HEALTH ASSEMBLY.

* The United Nations is in the process of defining a post-2015 development agenda. A set of "Sustainable Development Goals" (SDGs) are being developed for 2030; TB is proposed to be part of the agenda and goals.

TUBERCULOSE

A tuberculose é a
DOENÇA INFECCIOSA
QUE MAIS MATA
NO MUNDO

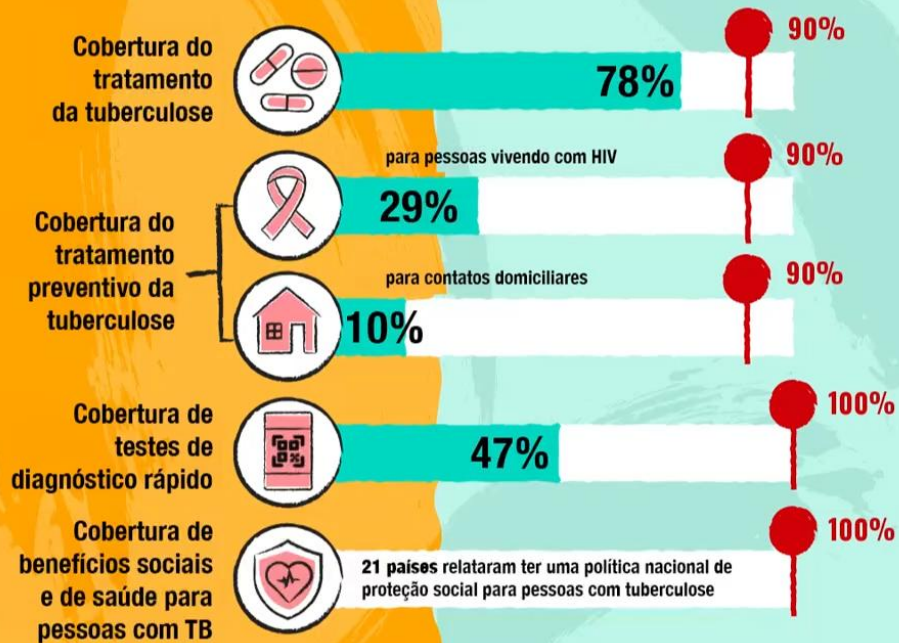
Em 2023, foram registrados
342.000 novos casos
novos casos de tuberculose e
35.000 mortes nas
Américas

Incluindo
10.000 mortes entre
pessoas vivendo com HIV

A TB MULTIRRESISTENTE
continua sendo uma crise
de saúde pública

Apenas
2 EM CADA 5 PESSOAS
com TB multirresistente
tiveram acesso
ao tratamento

TUBERCULOSE

AVANÇOS NAS AMÉRICAS RUMO
À ELIMINAÇÃO DA TBDÉFICIT GLOBAL DE
FINANCIAMENTO PARA TB

Financiamento necessário por ano
para prevenção, diagnóstico,
tratamento e cuidados com
a tuberculose:

= **US\$ 22 BILHÕES**



Montante disponível
em 2023

Financiamento necessário por ano
para pesquisa sobre
tuberculose:

= **US\$ 5 BILHÕES**

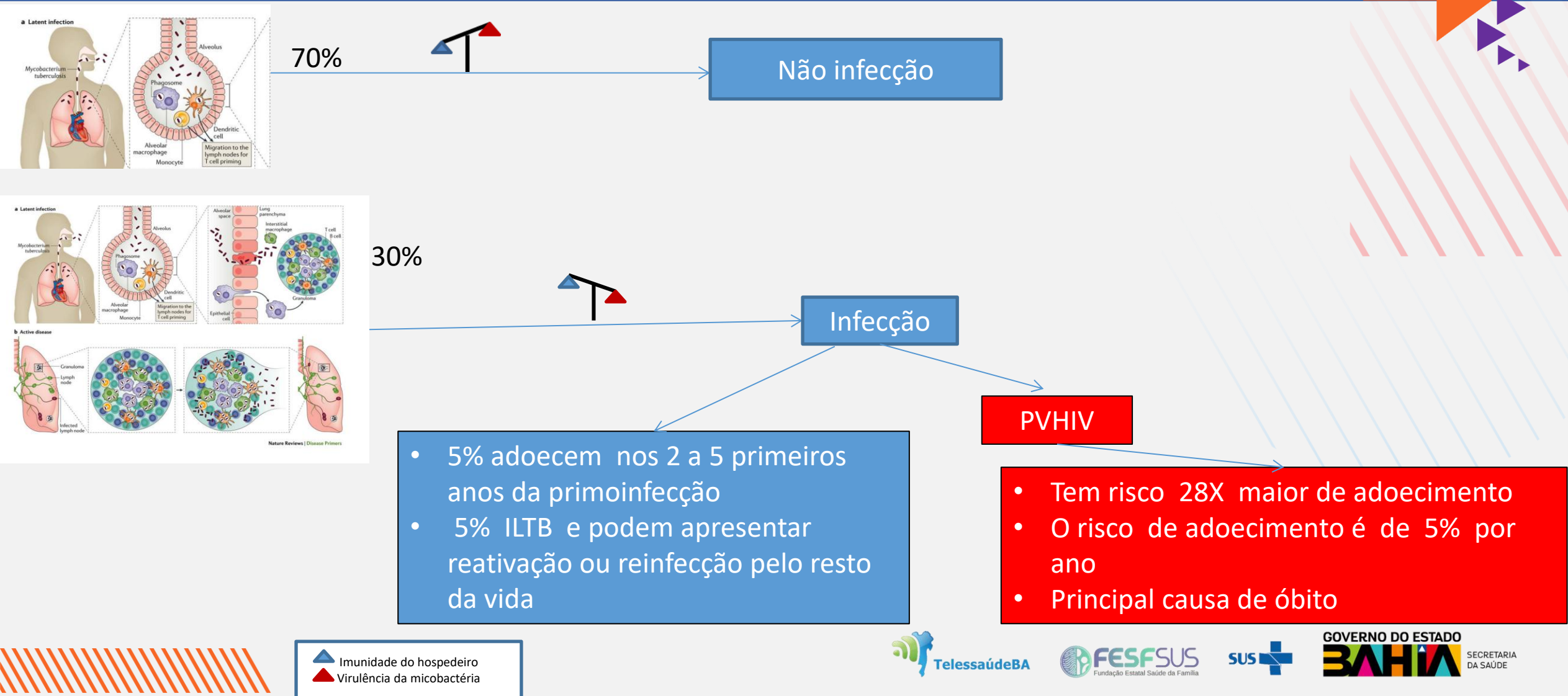


Montante disponível
em 2023

”Sim! Podemos acabar com a tuberculose: Compromisso, Investimento e Resultado”: 24/3 – Dia Mundial da Tuberculose



História natural da tuberculose



Tb doença espectral



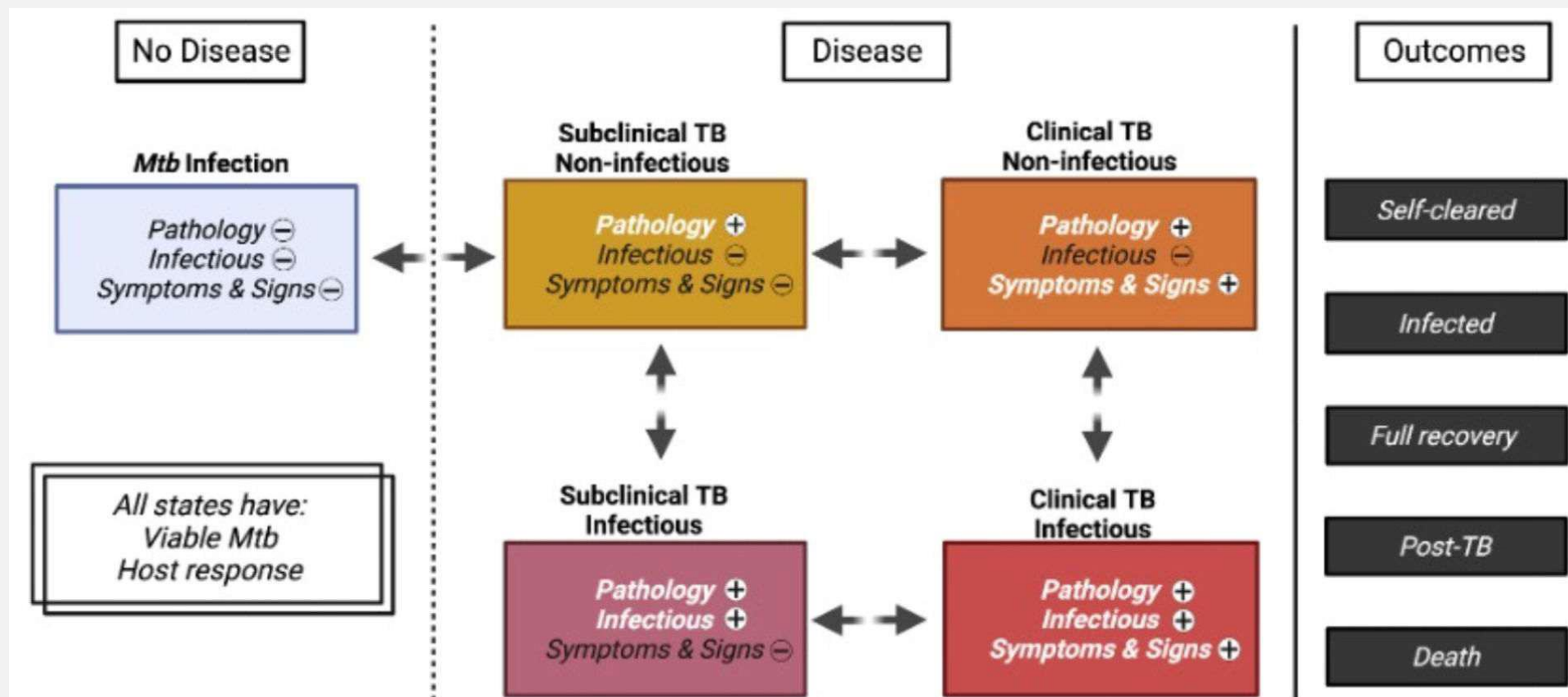
	Disease Dimensions [*]			Potential Benefit of Diagnosis and Interventions [^]	
	Pathology	Infectious	Symptoms & Signs	Individual Benefit	Population/Society Benefit
<i>Mtb</i> Infection				Prevent disease	Prevent transmission
Subclinical TB non-infectious				limit further damage, resolve early disease, prevent symptoms	Prevent transmission
Subclinical TB infectious				limit further damage, resolve early disease, prevent symptoms	Reduce transmission
Clinical TB non-infectious				limit further damage, prevent death, improve health & wellbeing	Prevent transmission
Clinical TB infectious				limit further damage, prevent death, improve health & wellbeing	Reduce transmission

^{*}All states of infection and disease have viable *Mtb* and host response

[^]Interventions for treatment and prevention include antimicrobials, host-directed therapies & vaccination, nutrition support, addressing structural determinants



Tb doença espectral



Tuberculose X HIV

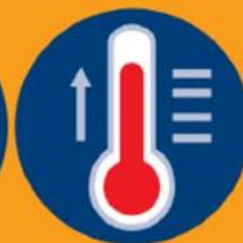


- A tuberculose (TB) é a principal causa de morte e hospitalização em pessoas vivendo com HIV globalmente.
- Em 2023- 24% PVHA + TB foram à óbito X 11% sem HIV.
- Tratamento arv arma mais efetiva para reduzir a tuberculose.
- LF-LAM e TRM podem reduzir a mortalidade por TB associada ao HIV.
- O espectro da doença TB no HIV varia de assintomática a grave e disseminada.

WHAT ARE THE COMMON SYMPTOMS OF TB?



ONGOING
COUGH



FEVER



NIGHT
SWEATS



WEIGHT
LOSS

[TB HIV Care- post X 24th march 2022](#) [#worldtbdays](#) [#stoptb](#) [#endtb](#)

Compromisso



DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PRECOCEMENTE

- A TB deve ser investigada em todas as visitas das PVHA aos serviços de saúde.
- A presença de febre, sudorese noturna, emagrecimento e/ou tosse, independentemente do tempo de duração, deve ser avaliada em todas as consultas de rotina.

Opções de ferramentas de triagem de tuberculose recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para adultos e adolescentes com HIV^a



Ferramentas ^b	Acurácia Diagnóstica baseada em cultura TB+ ^{c,d}			Grau de recomendação da OMS	Nível de evidência
	Internados	Ambulatoriais sem TARV	Ambulatoriais em TARV		
Sintomas (tosse, febre, perda de peso ou sudorese noturna)	Sensibilidade-98% Especificidade- 7%	Sensibilidade- 85% Especificidade- 37%	Sensibilidade-53% Especificidade-71%	Forte	Certeza moderada
Rx de tórax	Sensibilidade-75% Especificidade-44%	Sensibilidade- 71% Especificidade- 62%	Sensibilidade-73% Especificidade-63%	Condicional	Certeza moderada
Teste molecular para diagnóstico OMS	Sensibilidade-78% Especificidade-93%	Sensibilidade- 74% Especificidade- 99%	Sensibilidade-53% Especificidade-99%	Condicional para Forte ^e	Certeza moderada
PCR> 5mg/L	Sensibilidade-98% Especificidade-12%	Sensibilidade-89% Especificidade-53%	Sensibilidade-40% Especificidade-80%	Condicional	Baixa certeza

a Conforme o Manual Operacional de 2021
b Observe que essas ferramentas também podem ser consideradas em combinação: em paralelo ou sequencialmente
c Com base em evidências de meta-análises de dados de pacientes individuais; os valores de precisão diagnóstica relatados para triagem com radiografia de tórax referem-se a “qualquer anormalidade”
d De acordo com a OMS, a precisão diagnóstica ideal para uma ferramenta de triagem de TB deve ter uma sensibilidade de 90% e especificidade de 70%
e Em contextos onde a prevalência de TB é superior a 10%, isso se torna fortemente
PCR- Proteína C reativa, OMS- Organização Mundial da Saúde, TB tuberculose, TARV- Tratamento antirretroviral

Compromisso

Caso índice

Caso fonte



Ref:Arakaki, Denise. Curso para o Manejo da ILTB, TB e TB-HIV em todos os níveis da atenção à saúde [recurso eletrônico] / Denise Arakaki, Gabriela Tavares Magnabosco e Rossana Coimbra Brito. – 1. ed. – Natal : SEDIS-UFRN, 2022. 1800Kb.; 1 PDF.

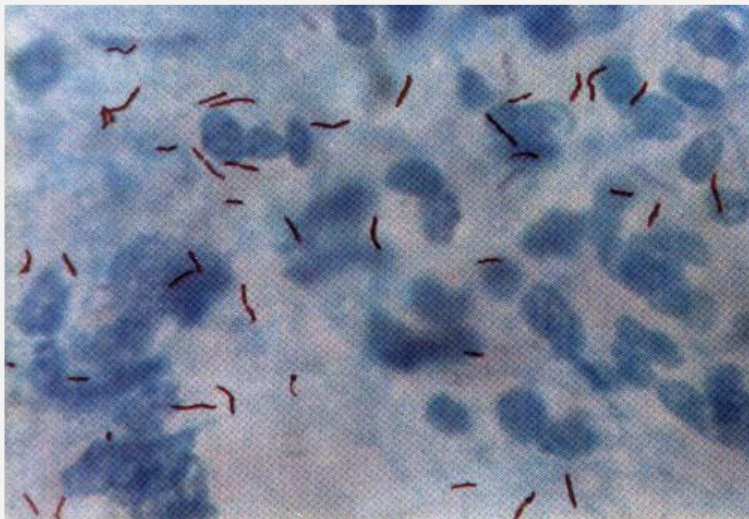
AVALIAÇÃO DOS CONTATOS



AVALIAÇÃO DOS CONTATOS



Diagnóstico precoce



https://lacen.saude.pr.gov.br/sites/lacen/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/diag_lab_tb_16.pdf

PBAAR



TRM TB

<https://www.cepheid.com/en-CZ/tests/tb-emerging-infectious-diseases/xpert-mtb-rif-ultra.html>

Diagnóstico precoce



Site ABOTT

- LF- LAM
 - Indicações para uso do LF-LAM em PVHA no atendimento ambulatorial:
 - PVHA assintomáticas com LT-CD4 < 100 células/mm³ ;
 - PVHA com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente da contagem de LT-CD4;
 - PVHA gravemente doentes, independentemente da contagem de LT-CD4.
 - Indicações para uso do LF-LAM em PVHA no atendimento hospitalar/internação:
 - PVHA assintomáticos LT-CD4 < 200 células/mm³ ;
 - PVHA com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente da contagem de LT-CD4;
 - • PVHA gravemente doentes, independentemente da contagem de LT-CD4.

Limitações



LF-LAM

Sensibilidade de 62% e especificidade de 84% em pacientes internados com HIV não selecionados

Sensibilidade de 29% e especificidade de 96% em pacientes ambulatoriais sintomáticos com HIV

Falso positivos

5-10% dos pacientes podem ter resultados falso-positivos devido:

Problemas na coleta de amostras

Uso do teste em grupos com baixa probabilidade pré-teste de TB associada

ao HIV

Problemas observador



Problemas diagnósticos



- No entanto, apesar do uso combinado de Xpert de escarro e LF - LAM urinário, 28% dos pacientes hospitalizados vivendo com HIV e 23% dos ambulatoriais vivendo com HIV que realmente têm TB permanecem sem diagnóstico.



Diagnóstico



https://lacen.saude.pr.gov.br/sites/lacen/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/diag_lab_tb_16.pdf

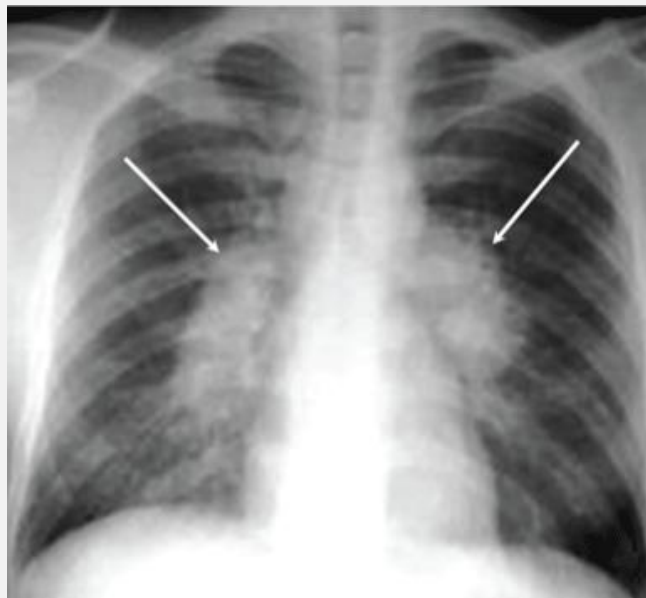
Cultura BK com TP + TS

ADA



<https://pt.vecteezy.com/foto/5464569-bioquimico-segure-vermelho-fluido-pleural-amostra-para-ada-teste-derrame-pleural>

Diagnóstico



Ref: Al Ubaidi BA (2018) The Radiological Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis (TB) in Primary Care. J Fam Med Dis Prev 4:073.
doi.org/10.23937/2469-5793/1510073

Princípios gerais do tratamento da tuberculose (TB)

web
PALES
TRA

- **Associação medicamentosa**
 - Proteção cruzada para evitar a resistência bacilar
- **Regime prolongado e bifásico**
 - Fase intensiva: redução da população bacilar
 - Fase de manutenção: eliminação dos bacilos persistentes
- **Tratamento regular**
 - Proteção da resistência adquirida
 - Garantia de cura duradoura da doença

Tratamento



- O tratamento da TB em pessoas vivendo com HIV ou aids é semelhante ao recomendado para a população geral, embora as taxas de falha terapêutica, de resistência aos fármacos e de recidiva da TB sejam maiores nas PVHA
- O esquema preconizado consiste na utilização do esquema RHZE

Tratamentos curtos



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas

NOTA INFORMATIVA Nº 5/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS

Implementação do tratamento encurtado da tuberculose sensível não grave em crianças e adolescentes (2RHZ (E)/ 2RH).

- Crianças e adolescentes-3 meses a 16 anos
- TB com acometimento em linfonodos periféricos, TB intratorácica sem sinais de obstrução de vias aéreas ou doença paucibacilar não cavitária confirmada a um lobo pulmonar sem padrão miliar ou TB pleural não complicada.
- Na presença de coinfeção HIV e TB não grave, dependendo do grau de imunossupressão, do estado da terapia antirretroviral (TARV) e da presença de outras infecções oportunistas. Nesses casos, há a necessidade de monitoramento constante, especialmente ao final do tratamento encurtado (quarto mês) para que seja definido se o tratamento será prolongado até 6 meses.



Tratamentos curtos

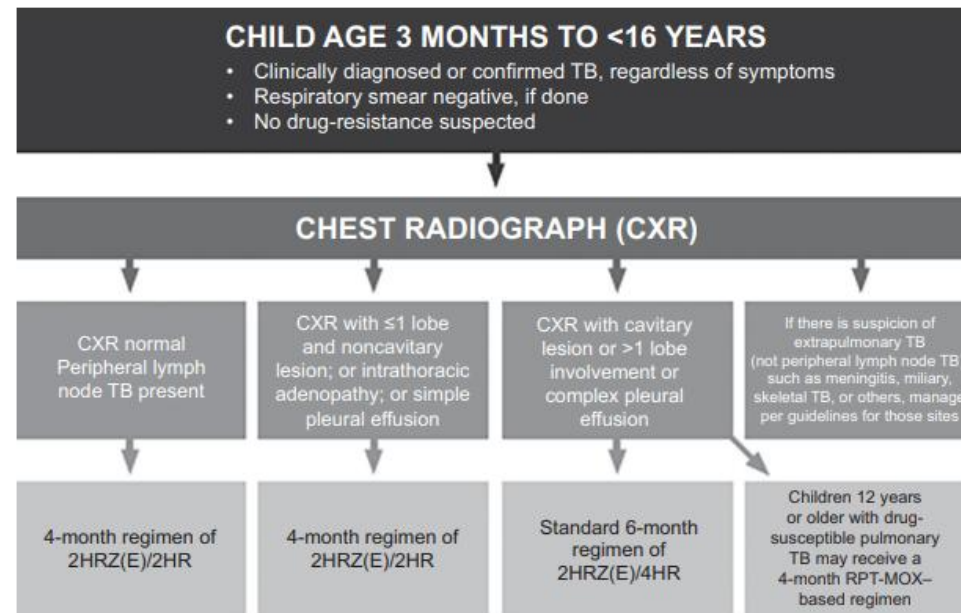


Figure 1. Identifying children eligible for 4-month regimens. Figure developed by the Joint Panel on the basis of data in the SHINE trial and Study 31/A5349 to address eligibility of some children for either the RPT/MOX regimen or the 4-month standard drug regimen. CXR = chest x-ray; HRZE = isoniazid, rifampin, pyrazinamide, ethambutol; RPT-MOX = rifapentine-moxifloxacin.

- Updates on the Treatment of Drug-Susceptible and Drug-Resistant Tuberculosis An Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 211 Number 1 January 2025

Tratamentos curtos



AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

Table 1. Recommended Drug Regimens

Q1: Treatment of Isoniazid-Susceptible, Rifampin-Susceptible TB in Adults

Recommended 4-mo Rifapentine-Moxifloxacin-Containing Regimen*

Isoniazid [†]	300 mg daily for 17 wk
Rifapentine	1,200 mg daily for 17 wk
Pyrazinamide	Weight-based dosing daily for 8 wk: 40 to <55 kg: 1,000 mg; ≥55–75 kg: 1,500 mg
Moxifloxacin	>75 kg: 2,000 mg 400 mg daily for 17 wk

Q2: Treatment of Nonsevere, Presumed Isoniazid-Susceptible, Rifampin-Susceptible TB in Children

Recommended Regimen	Intensive Phase (8 wk) [‡]	Continuation Phase (8 wk)
Isoniazid [†]	10–15 mg/kg	10–15 mg/kg
Rifampin	10–20 mg/kg	10–20 mg/kg
Pyrazinamide	35 (30–40) mg/kg	None
Ethambutol [§]	20 (15–25) mg/kg (included/excluded based on local guidelines)	None

Q3: Treatment of Rifampin-Resistant, Fluoroquinolone Resistant TB

Recommended BPaL Regimen^{||}

Bedaquiline	400 mg daily for 2 wk, then 200 mg three times/wk for subsequent 24 wk
Pretomanid	200 mg daily for 26 wk
Linezolid	600 mg daily for 26 wk

Q4: Treatment of Rifampin-Resistant, Fluoroquinolone-Susceptible TB

Recommended BPaLM Regimen^{||}

Bedaquiline	400 mg daily for 2 wk, then 200 mg three times/wk for subsequent 24 wk
Pretomanid	200 mg daily for 26 wk
Linezolid	600 mg daily for 26 wk
Moxifloxacin	400 mg daily for 26 wk

*Using actual body weight. Medications should be administered 7 d/wk with food, avoiding milk, antacids, or other cationic items, with DOT 5 of 7 days per week.

[†]Pyridoxine (vitamin B₆), 25–50 mg/d, should be given with isoniazid to all patients.

[‡]Using actual body weight and DOT 5 of 7 days per week.

[§]To avoid potential ocular toxicity, some clinicians exclude ethambutol for children who are HIV-uninfected, have no prior TB treatment history, live in an area of low prevalence of DR-TB, and have no exposure to an individual from an area of high prevalence of DR-TB. Prevalence and risk factors can be difficult to ascertain; therefore, the American Academy of Pediatrics and most experts include ethambutol as part of the intensive phase regimen for children with TB.

^{||}Medications should be administered 7 d/wk with food, with DOT 5 of 7 days per week.

*Medications should be administered 7 d/wk with food, avoiding milk, antacids, or other cationic items with DOT 5 of 7 days per week.

- Updates on the Treatment of Drug-Susceptible and Drug-Resistant Tuberculosis An Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 211 Number 1 | January 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, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas

NOTA INFORMATIVA Nº 1/2025-CGTM/.DATHI/SVSA/MS

Dispõe sobre a atualização das recomendações de tratamento da tuberculose drogarresistente com a disponibilização da pretomanida.

Quadro 1 - Esquemas de tratamento de TB RR

Resistência	Esquema
TB RR	6 Bdq Pa Lzd ¹

Bdq - bedaquilina; Lzd - linezolida; Pa - pretonamida.

¹ O primeiro número indica o tempo de tratamento em meses.

Quadro 2 - Esquemas de tratamento TB MDR

Resistência	Esquema
R+H	6 Bdq Pa Lzd ¹
R+H+Lfx	

Bdq - bedaquilina; Lzd - linezolida; Pa - pretonamida.

¹ O primeiro número indica o tempo de tratamento em meses.

Tratamento Rifapentina+Isoniazida+Moxifloxacina+ PZA em hiv +



- Evidências de não ser inferior ao regime padrão de seis meses
- Mas não é recomendado em certas pessoas vivendo com HIV
 - CD4 <100 células/ μ l
 - Certas formas de TB extrapulmonar (como TB disseminada ou meningite tuberculosa)
 - Paciente com baixo peso(<40kg)



Quatro meses para tratamento da tuberculose: um grande passo possível



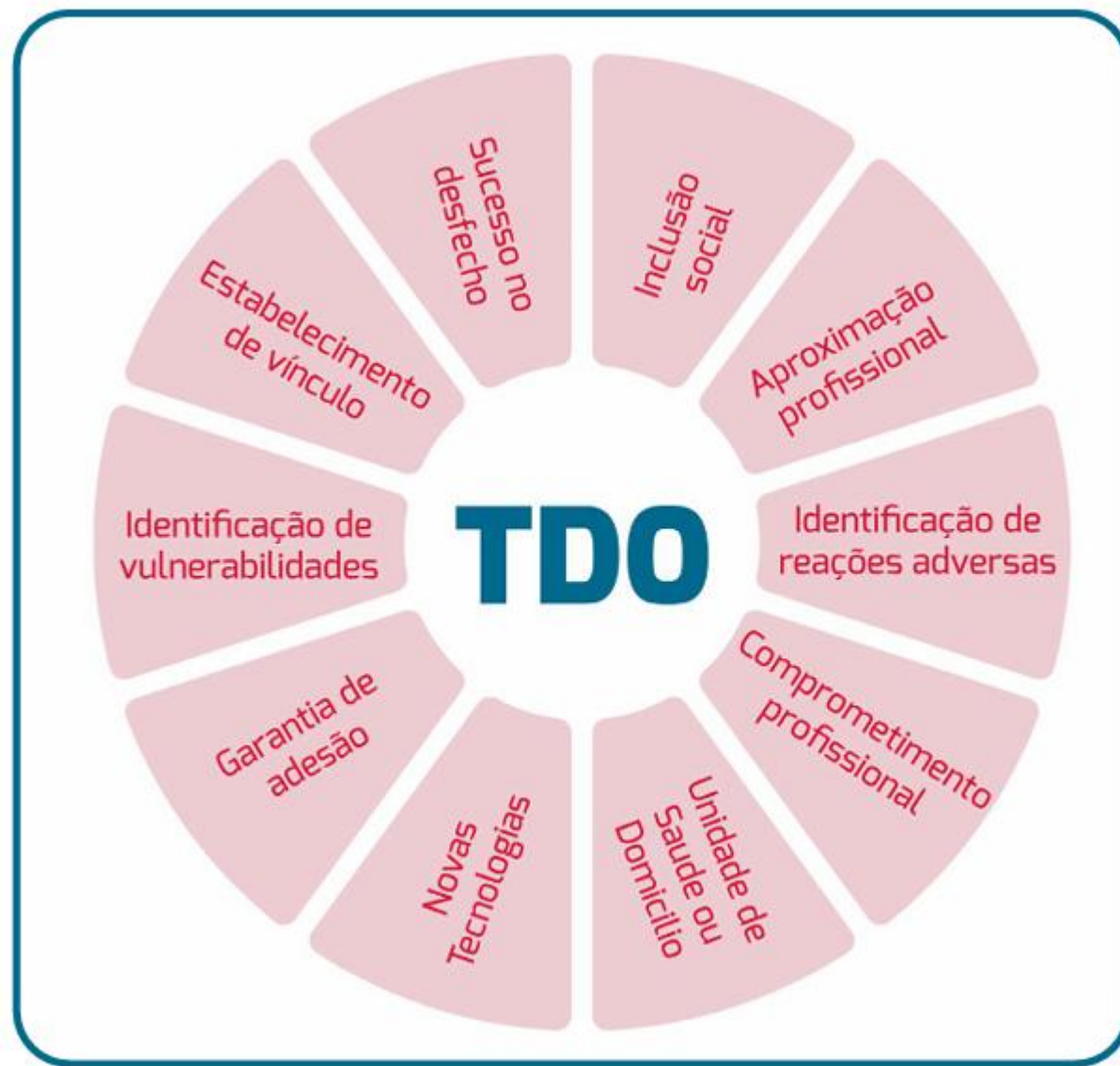
Tabela 2. Esquemas terapêuticos utilizados ao longo dos anos:

Ano	Esquemas Terapêuticos	Duração (meses)
1944	Estreptomicina	24
1952	SH	18
1964	SHPas	18
1965	3SHPas/3HPas/6H	12
1971	3SHT/HT	12
1979	2HRZ/4HR	6
2009	2RHZE/4RH	6
2026	2PHZE/2PH	4

Legenda: S, Estreptomicina; H, Isoniazida; Pas, Ácido para-aminosalicílico; T, Tiacetazona; Z, Pirazinamida; R, Rifampicina; E, Etambutol; P, Rifapentina.

Ref- Netto, EM. Quatro meses para tratamento da tuberculose: Um grande passo possível. J Bras Pol Farm. 2025;1:3-7.





Início do TARV



- Recomenda-se o início da terapia antirretroviral em ATÉ sete dias após o início do tratamento para TB, independentemente da contagem de LT-CD4.*
- Meningite tuberculosa – postergar
- Os benefícios do início precoce da TARV superam o risco da SIRS. O receio da ocorrência da SIRS não deve retardar o início da TARV.
- A terapia preventiva com prednisona
 - $CD4 \leq 100/mm^3$
 - Respondem bem à terapia da Tb ou sem resistência à rifampicina
 - Que não tenha sarcoma de Kaposi ou hepatite B (IB) ativa

*PCDT-Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Módulo 2: Coinfecções e Infecções Oportunistas. 2024

\$Meintjes G, Stek C, Blumenthal L, et al. Prednisone for the prevention of paradoxical tuberculosis-associated IRIS. N Engl J Med. 2018;379(20):1915-1925.



TARV e Tuberculose



SITUAÇÃO	ESQUEMA ARV	OBSERVAÇÃO
Coinfecção TB-HIV > Preferencial	Tenofovir 300 mg ^(a) / lamivudina 300 mg ("2 em 1") 1x/dia + Dolutegravir 50 mg 12/12h	Após o término do tratamento para tuberculose, a dose dobrada de dolutegravir deve ser mantida por 15 dias.

*PCDT-Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Módulo 2: Coinfecções e Infecções Oportunistas. 2024

Pacientes com outros esquemas devem ser avaliados ajuste do ARV, para dolutegravir. Caso não seja possível será necessário ajuste do tratamento da tuberculose. No momento sem Rifabutina, deverá ser usado PZA+ Isoniazida+Etambutol + Levofloxacina (com 2 meses de PZA e 12 meses INH+ EMB+ levo.

Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune e tuberculose



- Podendo estar presente entre 8% e 43% dos casos no início da TARV
- Diagnóstico de exclusão
 - Resistência, baixa adesão, Histoplasmose, neoplasia.
- Tratamento corticoide



Tratamento Preventivo da Tuberculose

- Isoniazida + Rifapentina (3HP). Isoniazida (H). Rifampicina (4R)

CARACTERÍSTICAS	ESQUEMAS DE TRATAMENTO			
	6H ^(a)	9H ^(a)	3HP ^(a)	4R ^(a)
Medicamentos	Isoniazida (H) ^(b)		Isoniazida (H) + rifapentina (P) ^(b)	Rifampicina (R) ^(b)
Tempo de tratamento	6 meses	9 meses	3 meses	4 meses
Número de doses	180 doses diárias entre 6 e 9 meses	270 doses diárias entre 9 e 12 meses ^(c)	12 doses semanais entre 12 e 15 semanas	120 doses diárias entre 4 e 6 meses
Posologia	5 a 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300 mg/dia ^(b) .		Em adultos (a partir de 30 kg): - Isoniazida: 900 mg/semana - Rifapentina: 900 mg/semana	Em adultos: 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 600 mg/dia.
Indicação	Todas as indicações da ILTB, exceto efeitos adversos graves com isoniazida, contatos de monorresistentes à isoniazida, hepatopatas e pessoas acima de 50 anos.		Todas as indicações da ILTB, incluindo PVHA (ver interações com ARV), sob tratamento diretamente observado durante todo o tratamento ou com tratamento autoadministrado, sendo organizadas estratégias de adesão ^(d) . Não utilizar em contatos de pessoas com TB monorresistência à isoniazida ou à rifampicina e intolerância à isoniazida.	Indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas, contatos de pessoas com TB monorresistente à isoniazida e intolerância à isoniazida.

*PCDT-Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Módulo 2: Coinfecções e Infecções Oportunistas. 2024^{continua}

Tratamento Preventivo da Tuberculose

- Isoniazida + Rifapentina (3HP). Isoniazida (H). Rifampicina (4R)

conclusão

CARACTERÍSTICAS	ESQUEMAS DE TRATAMENTO			
	6H ^(a)	9H ^(a)	3HP ^(a)	4R ^(a)
Medicamentos	Isoniazida (H) ^(b)		Isoniazida (H) + rifapentina (P) ^(b)	Rifampicina (R) ^(b)
Uso em gestantes ^(e)	Pode ser usada com segurança na gestação; incluir durante todo o tratamento o uso de piridoxina (vitamina B6) entre 50 e 100 mg/dia.		Não recomendada a sua utilização na gestação, por falta de estudos com gestantes.	Pode ser usada com segurança na gestação.
Interações com ARV	Sem interações importantes; usar na dose habitual.		Contraindicado o uso com inibidores de protease (IP), nevirapina e tenofovir alafenamida. Pode ser usado com tenofovir, efavirenz, dolutegravir e raltegravir, sem necessidade de ajuste da dose.	Contraindicada com IP, nevirapina e tenofovir alafenamida. Pode ser usada com dolutegravir e raltegravir com ajuste da dose ^(f) .
Efeitos adversos mais frequentes	Hepatotoxicidade, neuropatia periférica, <i>rash</i> cutâneo, náuseas.		Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade (menos frequente), cefaleia, <i>rash</i> cutâneo, náuseas, coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.	Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade (menos frequente), plaquetopenia, <i>rash</i> cutâneo, náuseas, coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.

Fonte: CGTM/Dathi/SVSA/MS.

Legenda: ILTB = infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*; PVHA = pessoas vivendo com HIV ou aids; ARV = antirretrovirais; IP = inibidores da protease.

^(a) 6H: 6 meses de isoniazida; 9H: 9 meses de isoniazida; 3HP: 3 meses de rifapentina mais isoniazida; 4R: 4 meses de rifampicina.

^(b) Isoniazida (H): disponível em comprimidos de 100 e 300 mg (uso restrito); rifampicina (R): disponível em cápsulas de 300 mg; rifapentina (P): disponível em comprimidos de 150 mg, ou na dose fixa combinada de rifapentina 300 mg/isoniazida 300 mg.

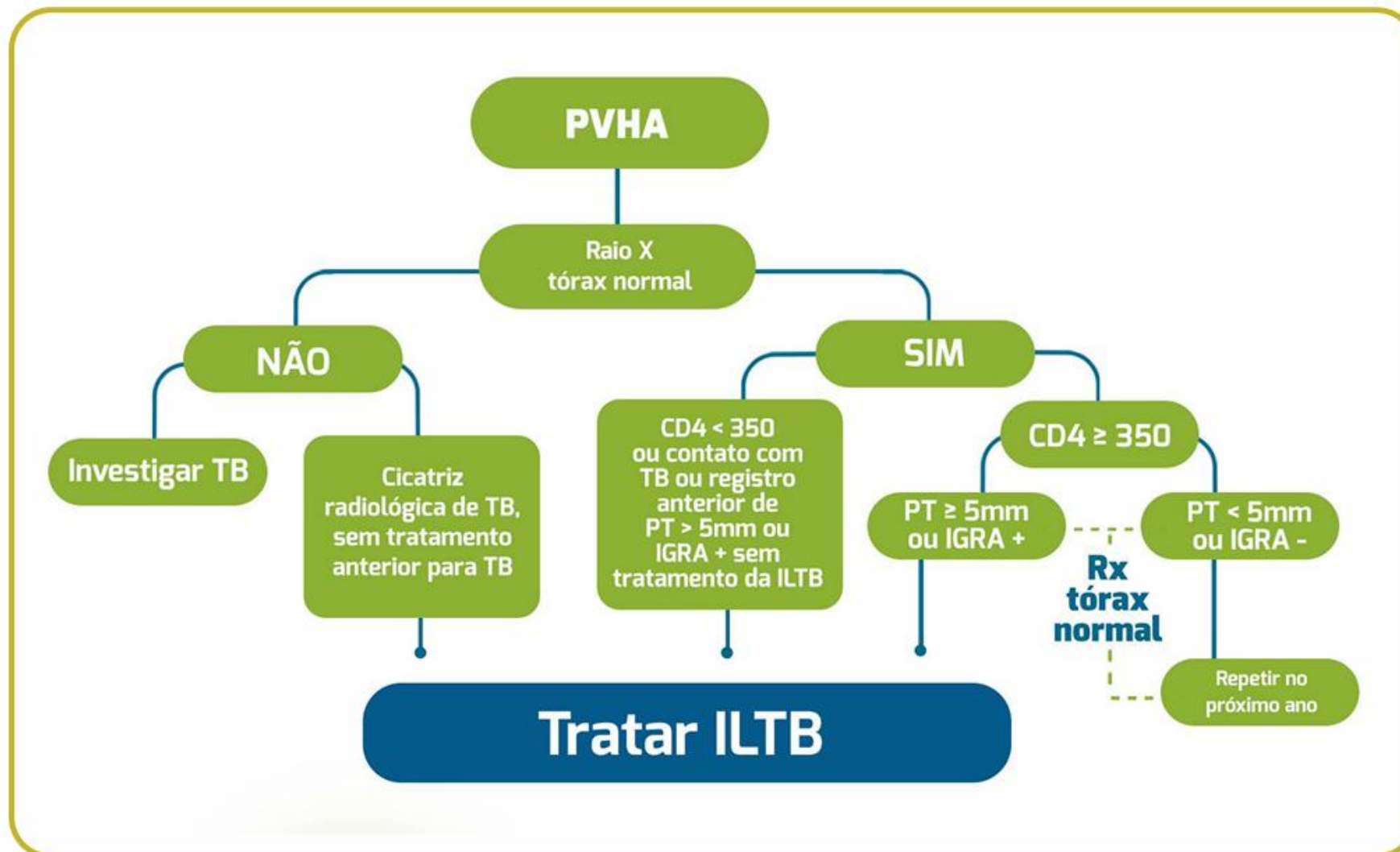
^(c) O esquema com 270 doses possui melhor eficácia quando comparado ao esquema de 180 doses.

^(d) Em caso de tratamento autoadministrado, utilizar alternativas para estimular e monitorar a adesão ao tratamento, como ligações telefônicas, mensagens de celular, chamadas de vídeo, contagem dos comprimidos no retorno às consultas e, quando possível, o apoio de familiares. Nessa situação, preferir consultas mensais para avaliação.

^(e) Ver indicações para o tratamento preventivo da tuberculose em gestantes no "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil"¹³.

^(f) Ajuste da dose: dolutegravir 50 mg de 12/12h (manter as doses dobradas até 15 dias após a interrupção da rifampicina); raltegravir 800 mg de 12/12h.

Compromisso



Nota: A linha tracejada significa que esta PVHA precisa continuar o monitoramento da ILTB no próximo ano.



SECRETARIA
DA SAÚDE

Critério Abandono- TPT



- Interrupção da Rifampicina: dois meses, consecutivos ou não, sem uso do medicamento.
- Isoniazida: três meses, consecutivos ou não, sem uso do medicamento.
- 3HP (rifapentina + isoniazida): perda de três doses semanais, consecutivas ou não.
- Vale salientar que o mais importante é o número de doses e não somente o tempo de tratamento.





INTERVENTIONS THAT REDUCE MORTALITY IN HIV-ASSOCIATED TB



PREVENTING HIV-
TB DISEASE

DIAGNOSIS

TREATMENT

ADJUNCTIVE
TREATMENTS

OTHERS

TB PREVENTIVE
THERAPY

URINE ALERELAM
IN HOSPITALISED
ADULTS

TB TREATMENT AS
PER HIV-NEGATIVE
PATIENTS

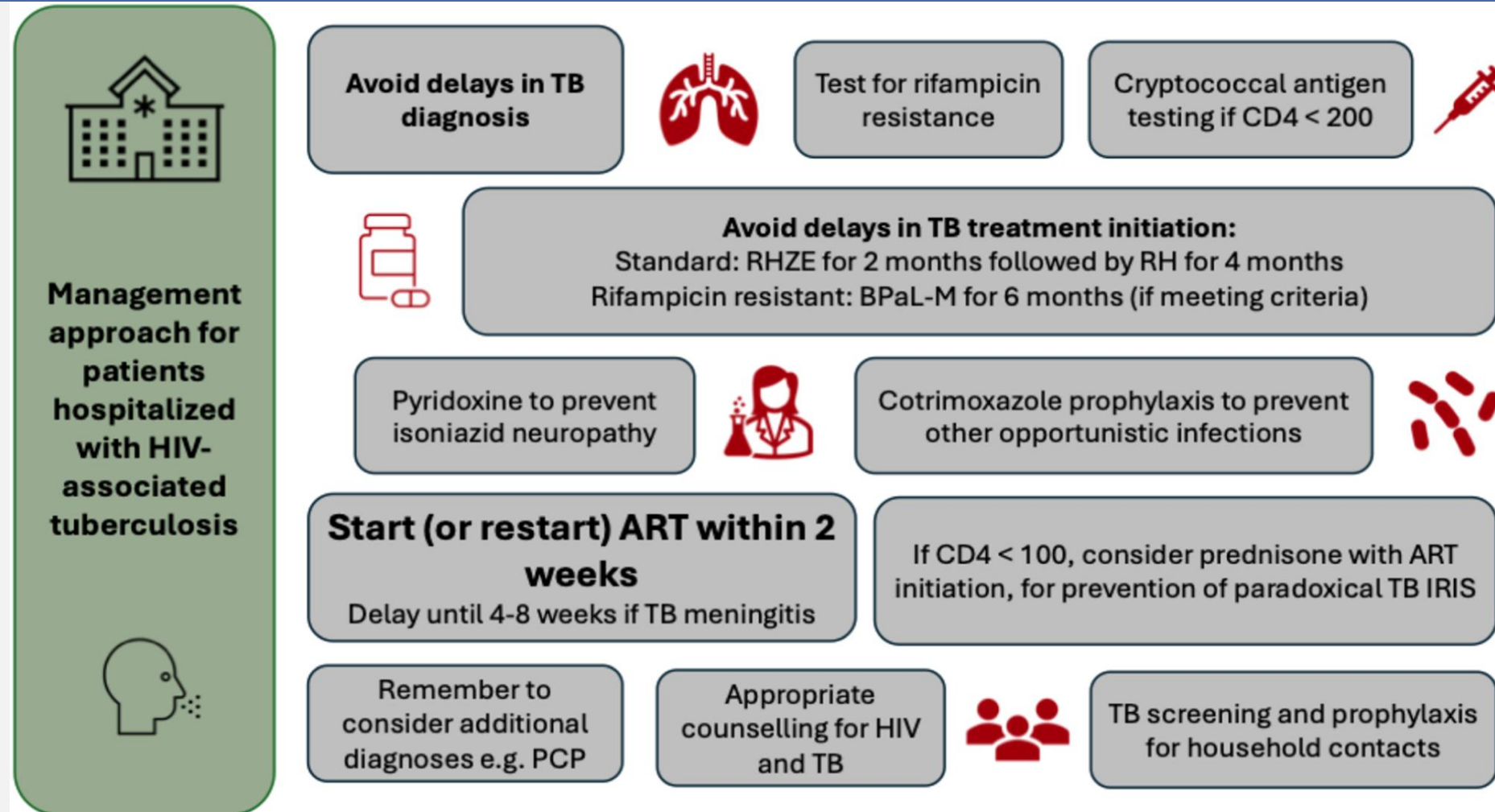
COTRIMOXAZOLE
PROPHYLAXIS

EARLY
ANTIRETROVIRAL
(RE)INITIATION

EFFECTIVE
ANTIRETROVIRAL
THERAPY

SPUTUM XPERT
INSTEAD OF SMEAR
MICROSCOPY

MULTIPLE ONGOING CLINICAL TRIALS
e.g., NewStrat-TB, DARTURA, ATLAS, INTENSE-TBM



Sequelas após tratamento da TB



- São prejuízos que podem surgir como resultado da própria TB ou do seu tratamento. Ex:
 - Doença pulmonar crônica pós-TB (PTLD)
 - Problemas neurológicos
 - Problemas musculoesqueléticos
 - Impactos na saúde mental: Desafios psicológicos, como depressão e ansiedade, são comuns devido ao estresse e ao estigma relacionados à TB.
 - Consequências econômicas e sociais: O tratamento para TB frequentemente leva a dificuldades financeiras, perda de emprego e isolamento social, exacerbando ainda mais as deficiências





DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE

24 DE MARÇO DE 2025

Referências

Arakaki, Denise. Curso para o Manejo da ILTB, TB e TB-HIV em todos os níveis da atenção à saúde [recurso eletrônico] / Denise Arakaki, Gabriela Tavares Magnabosco e Rossana Coimbra Brito. – 1. ed. – Natal : SEDIS-UFRN, 2022. 1800Kb.; 1 PDF. Acessado Março 2025

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf. Acessado Março 2025

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Modulo_2_2024_eletrnicoSBN.pdf. Acessado Março 2025

<https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-tuberculose-2025>. Acessado Março 2025

Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

*PCDT-Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Módulo 2: Coinfecções e Infecções Oportunistas. 2024

Meintjes G, Stek C, Blumenthal L, et al. Prednisone for the prevention of paradoxical tuberculosis-associated IRIS. *N Engl J Med*. 2018;379(20):1915-1925.

Bianca Sossen, Mmamapudi Kubjane, Graeme Meintjes, Tuberculosis and HIV coinfection: progress and challenges towards reducing incidence and mortality, *International Journal of Infectious Diseases* (2025), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2025.107876>

Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.WHO

Policy brief on Tuberculosis- associated disability Available at <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373679/9789240077799-eng.pdf> . Acessado 03/2025

A.S. Richards, B. Sossen, J.C. Emery, *et al.* Quantifying progression and regression across the spectrum of pulmonary tuberculosis: a data synthesis study *Lancet Glob Health*, 11 (2023), pp. e684-e692

Netto, EM. Quatro meses para tratamento da tuberculose: Um grande passo possível. *J Bras Pol Farm*. 2025;1:3-7.: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2025.107876>

Updates on the Treatment of Drug-Susceptible and Drug-Resistant Tuberculosis An Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* Volume 211 Number 1 January 2025



SECRETARIA
DA SAÚDE



NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

