

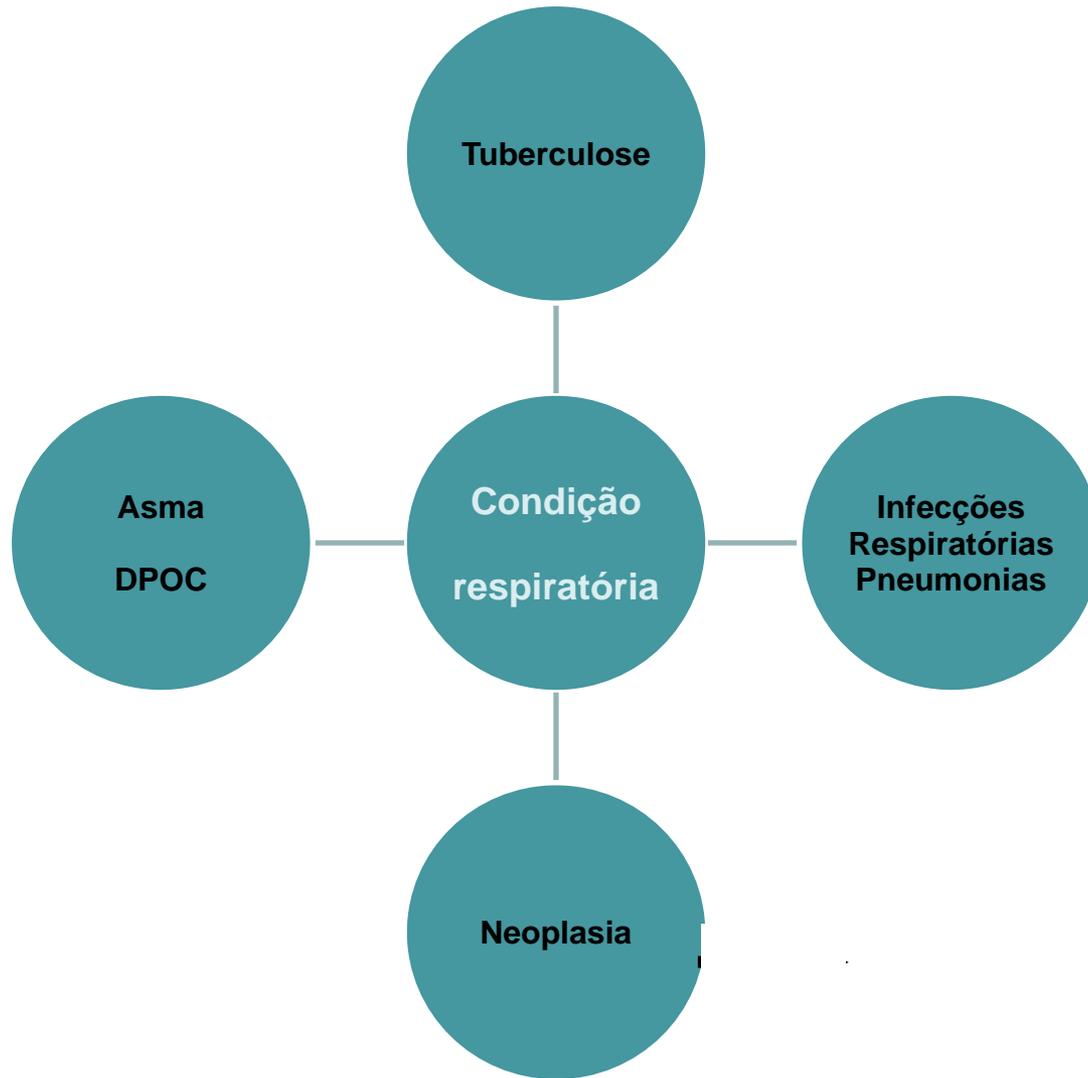


GERÊNCIA DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA

LINHA DE CUIDADO DA TUBERCULOSE

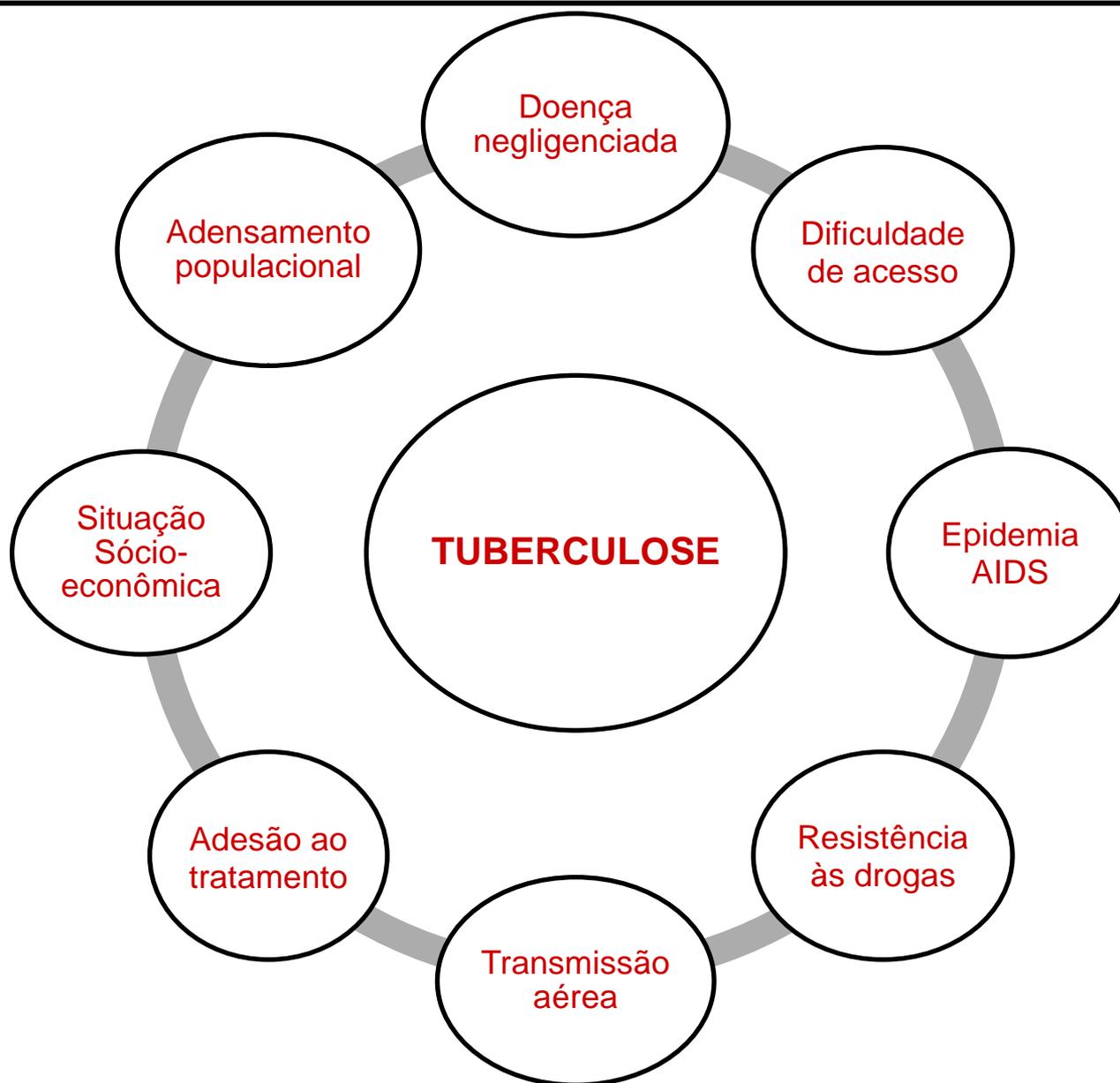
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção Primária
Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais

Laboratório, medicamentos, informação



Controle ambiente, Moradia, Anti-tabagismo, Vacinação, Exercícios

Principais determinantes da Tuberculose



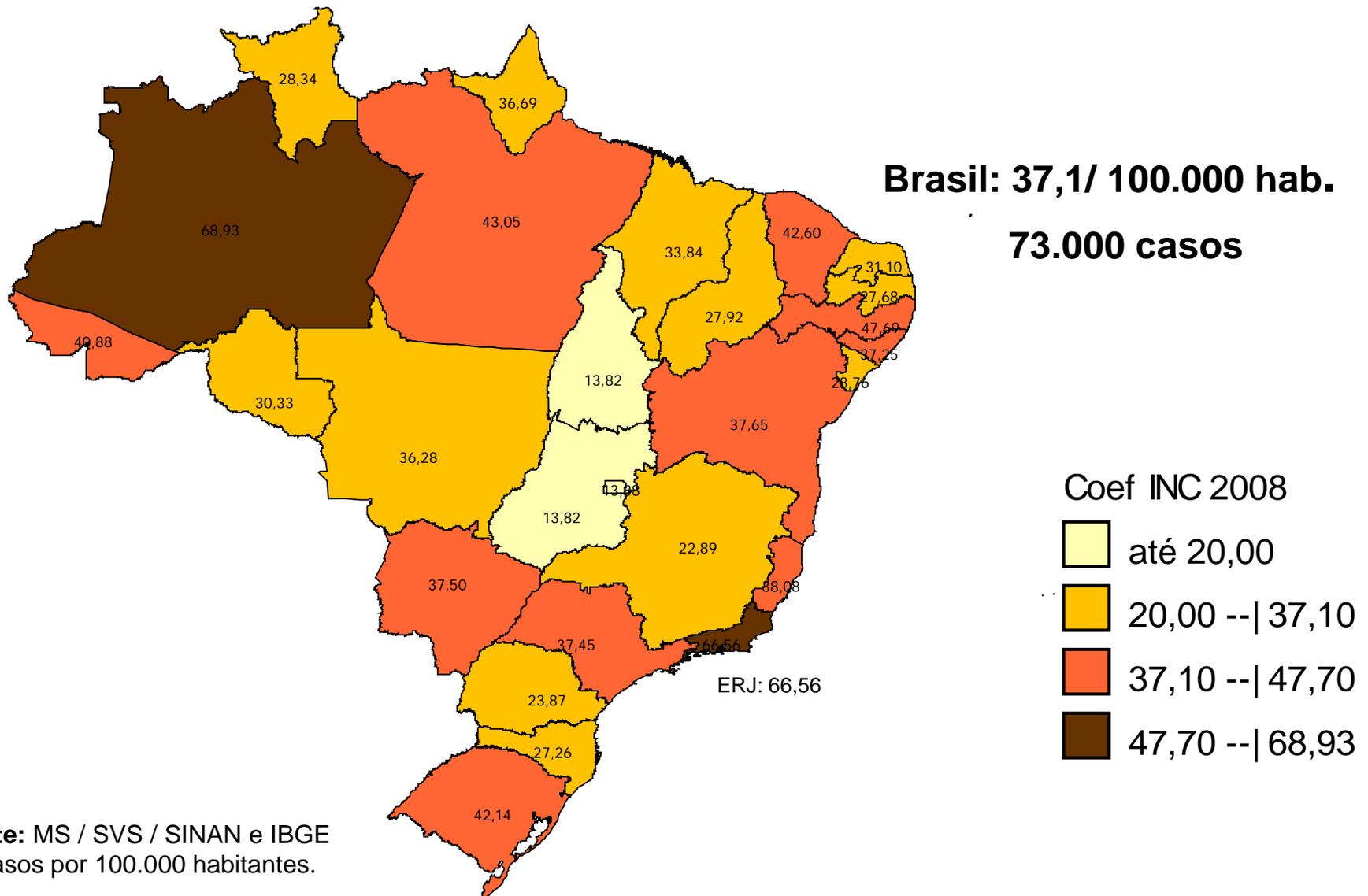
Tuberculose como problema de Saúde Pública

- 1/3 da população mundial está infectada pelo BK
- 1.8 milhões de mortes/ano (4.800 mortes/dia)
- 1993 - OMS: declara a TB como emergência global

Coeficiente de incidência de tuberculose todas as formas, Brasil, 2008.

Brasil: 37,1/ 100.000 hab.

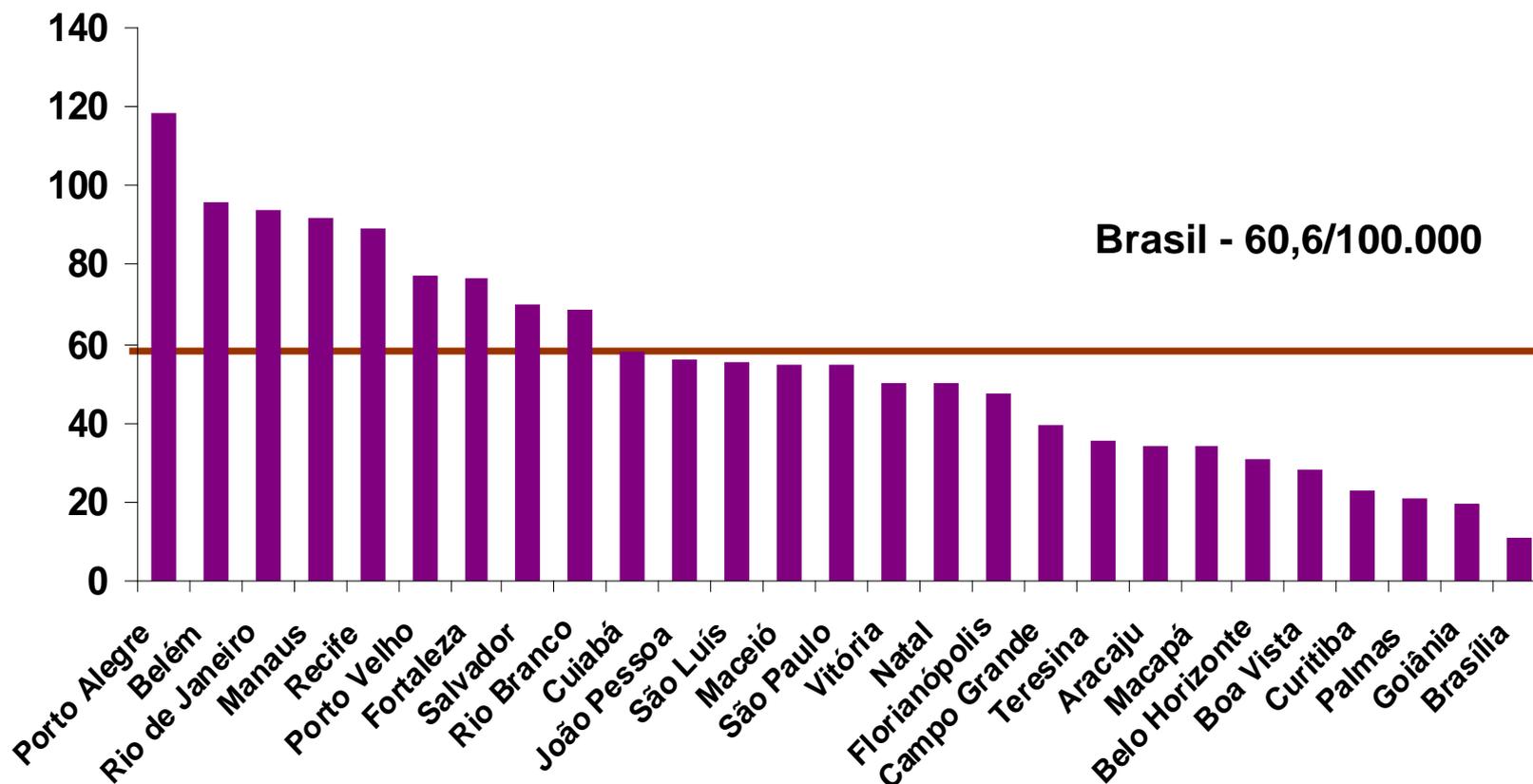
73.000 casos



Fonte: MS / SVS / SINAN e IBGE
* Casos por 100.000 habitantes.

Taxa de incidência de TB nas Capitais Brasil, 2009*

Taxa de Incidência



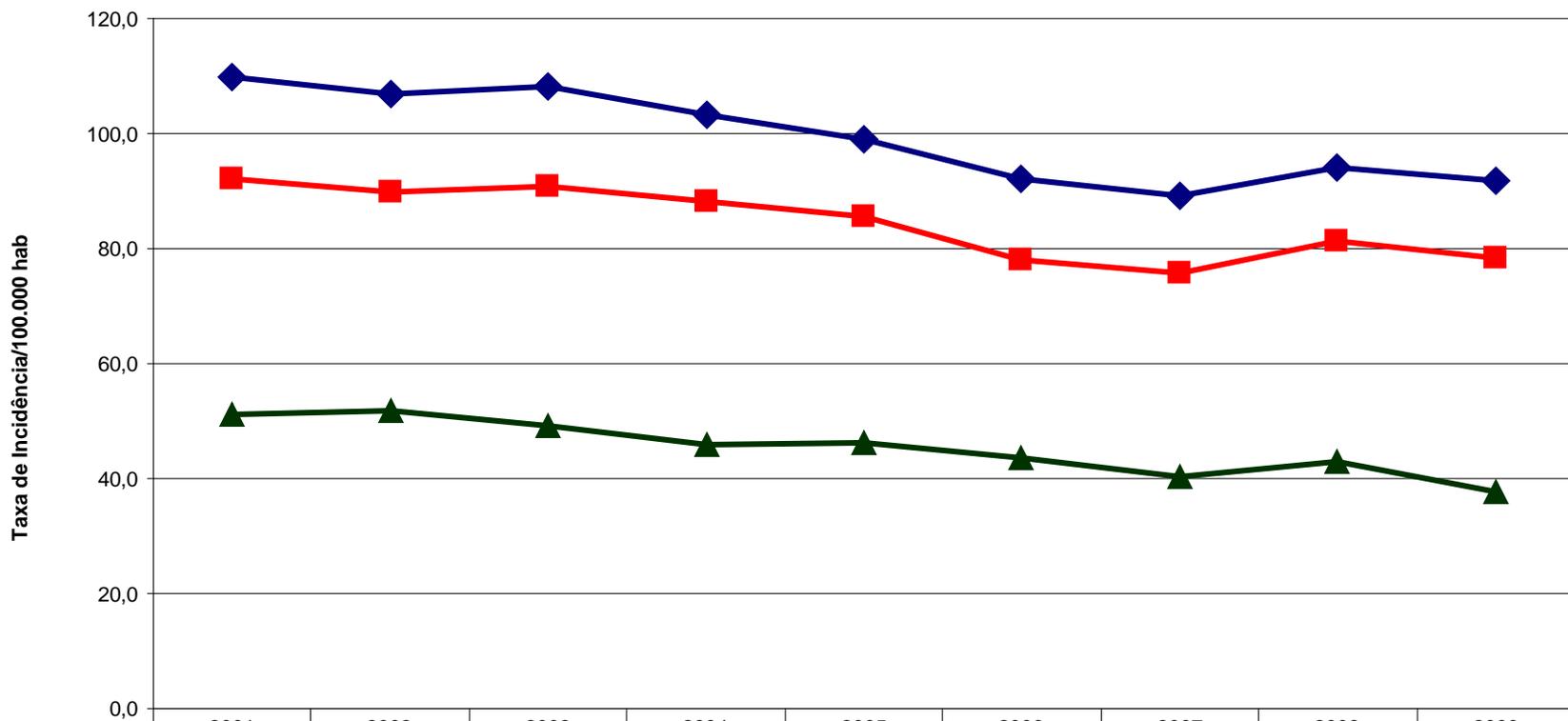
Número de casos notificados ao MRJ 2001 - 2009

Ano Diagnóstico	Total notificado	Residentes do MRJ	Residentes outros municípios
2001	9030	8045	985
2002	8806	7825	981
2003	8605	7757	848
2004	8529	7638	891
2005	8284	7378	906
2006	7725	6914	811
2007	7777	6882	895
2008	8142	7340	802
2009*	7809	7093	716

Fonte: SINAN-TB *Dados sujeitos a revisão

Tendência da incidência de TB 2001/2009 - MRJ

↓ 16% em 8 anos

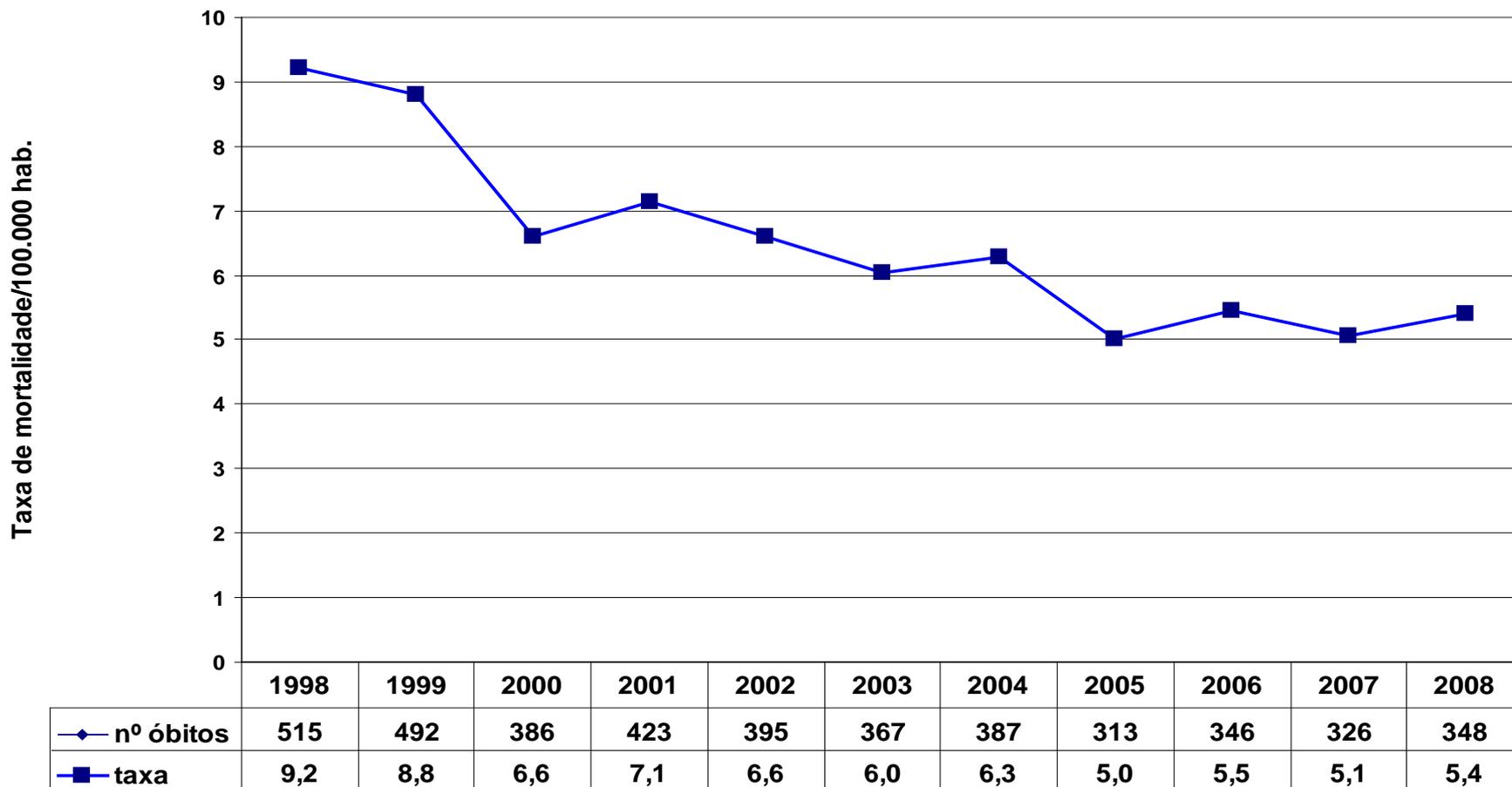


	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
◆ Taxa Inc TB	110,0	107,0	108,3	103,3	99,1	92,1	89,2	94,2	91,9
■ Taxa Inc TB pulm	92,0	89,9	90,9	88,2	85,6	77,9	75,8	81,2	78,3
▲ Taxa Inc TB pulm+	51,3	51,9	49,1	46,0	46,2	43,7	40,4	42,8	37,6

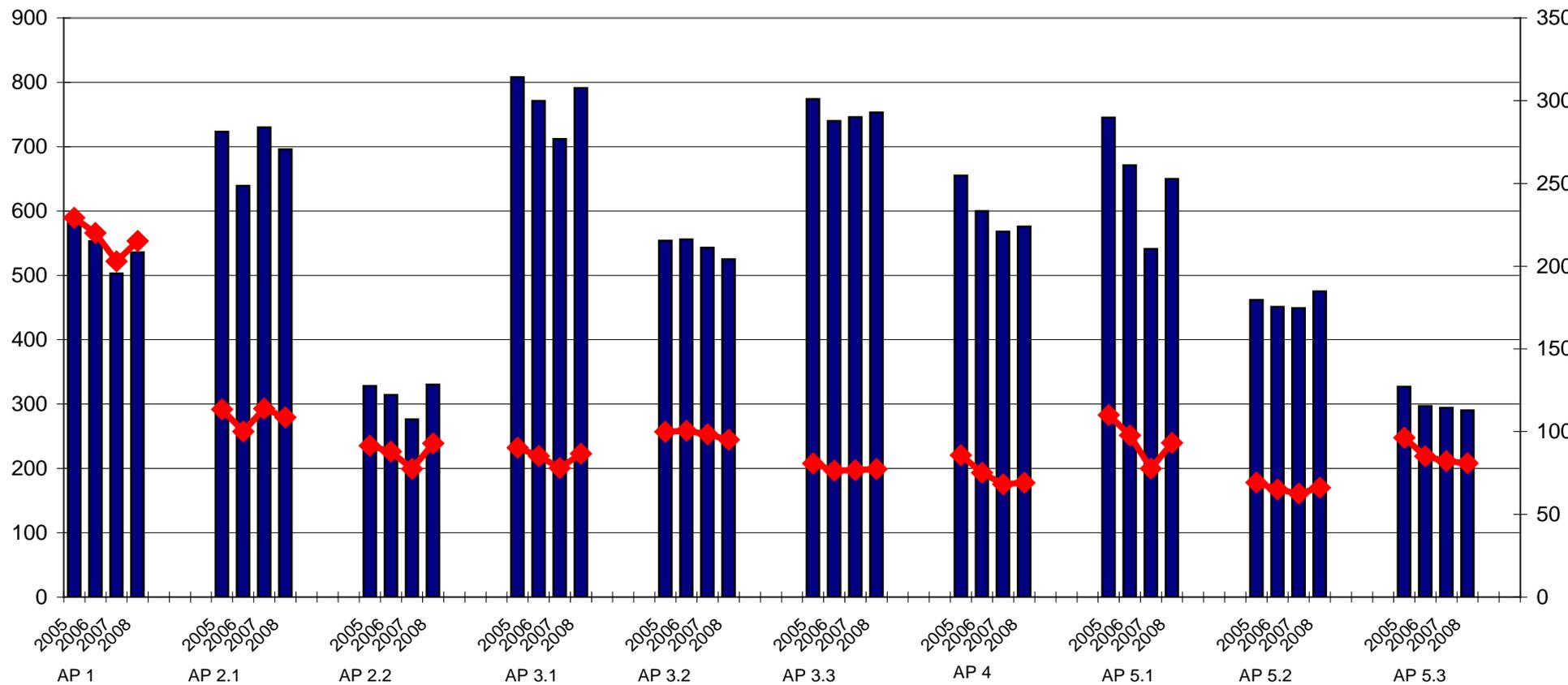
Fonte: SINANNET

Mortalidade por Tuberculose – 1998/2008 - MRJ

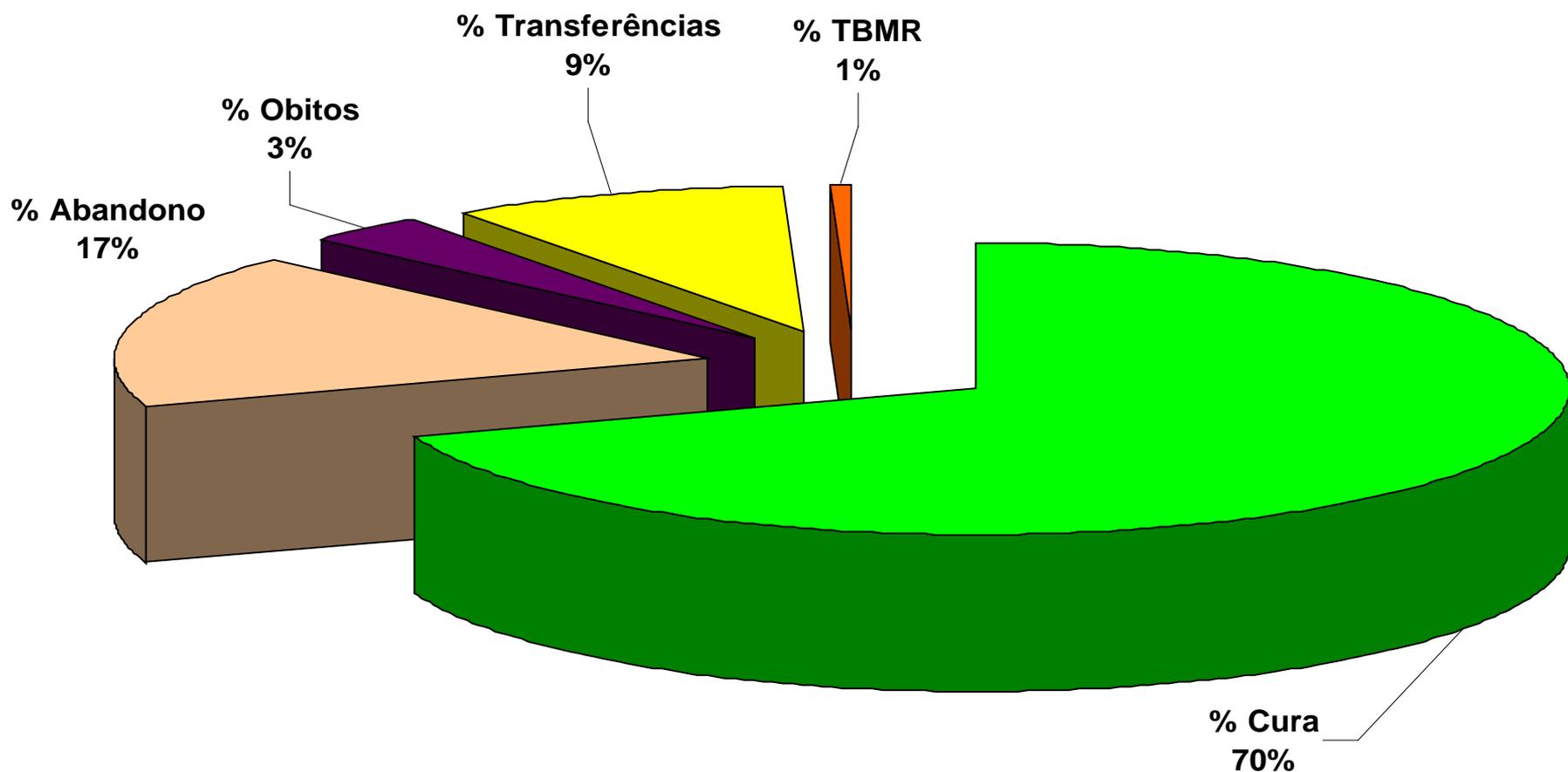
↓41% 10 anos



Número Absoluto de Casos Novos e Coeficientes de Incidência de Tuberculose no Município do Rio de Janeiro, por AP de Residência - 2005 a 2008



Motivos de Encerramento - Casos novos BK (+), 2008



Identificação dos casos por tipo de serviço notificador 2008

Serviço Notificador	%
Centros de Saúde	63,8
Unidades da ESF	2,6
Hospitais	25,7
Sanatório Penal	7,9
Outros	0,04

Hospitais de TB: 7,0%
Hospitais Gerais: 12,7%
H. Universitários: 4,5%
H. Privados: 0,7%
H. Especializados: 0,7%



População alvo do Programa

- Portadores de tuberculose
- Contatos de casos de TB pulmonar
- Sintomático Respiratório (SR: tosse ≥ 2 sem)
- Indivíduos com imunodepressão
- Grupos populacionais com alto risco social: população em situação de rua, asiladas, em situação de confinamento, vivendo em favelas.

Estratégias de Captação

- Busca Ativa de casos nas comunidades: ESF - visita domiciliar do ACS (Identificação do SR)
- Busca Ativa de casos nas UBS: abordagem dos indivíduos que procuram o serviço de saúde espontaneamente por outro motivo que não a tosse
- Avaliação dos contatos de casos de TB Pulmonar
- Estabelecimento de fluxo que garanta atendimento para os pacientes encaminhados das Emergências e UPAs
- Promoção de campanhas educativas que aumentam o conhecimento sobre a doença

Inclusão do controle da TB nas pactuações

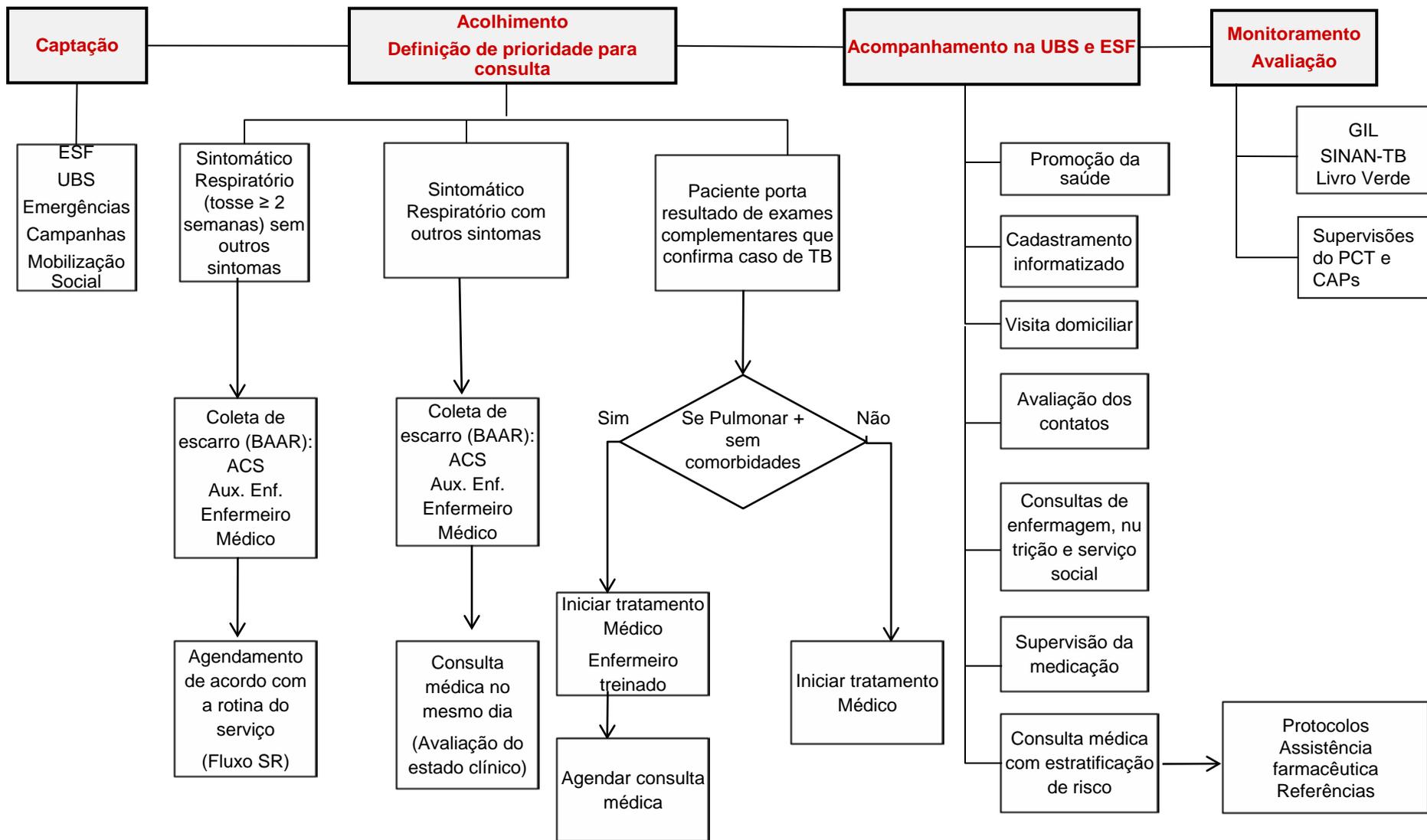
Pactuação	Meta 2008	Meta pactuada	Observado 2008
PPA	Curar 85% dos casos novos pulmonares BAAR +	85%	55% (considerando o total de casos notificados) 70,4% (considerando os casos encerrados)
Pacto Pela Vida e PASV	Proporção de Cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera	85%	70,4%
	Proporção de Abandono do tratamento entre casos novos de TB bacilífera (SMSDC)	12%	13%
	Proporção dos casos de TB pulmonar em maiores de 15 anos que realizam baciloscopia de escarro por ocasião do diagnóstico(SMSDC)	75%	75,2% (PAVS 78%)

Meta OMS, MS e SMSDC-Rio

- Curar 85% dos casos novos de TB pulmonar BAAR +

Longo prazo: diminuir a incidência da TB na
Cidade do Rio de Janeiro

Programa de Controle da Tuberculose - Avaliação Inicial



Promoção da Saúde e Prevenção

Nível de Cuidado	Alvo	Ofertas
Promoção	População geral	<ul style="list-style-type: none">▪ Atividades educativas▪ Alimentação saudável▪ Habitação adequada▪ Abstenção do tabagismo▪ Atividades do Dia Estadual e Mundial de Luta Contra TB
Prevenção Primária	Proteção de grupos vulneráveis: crianças imunodeprimidos prof. de saúde contatos de TB+ confinados e asilados em situação de rua em conglomerados urbanos	<ul style="list-style-type: none">▪ Vacinação BCG▪ Tratamento TB latente (TBL)▪ Avaliação dos contatos▪ Condições adequadas de biossegurança

Linha de Cuidado do Sintomático Respiratório

Visita do ACS
Demanda espontânea
Encaminhamento de outros serviços

População de risco:
▪ Imunossuprimidos
▪ Contatos
▪ População em risco social:
Presidiária, asilada e em situação de rua

Sintomático Respiratório:
Tosse há 2 semanas ou mais

Baciloscopia de escarro (BAAR)
2 amostras

Qualquer profissional da equipe de saúde

Nível Primário

BAAR positivo
(1 ou 2 amostras)

BAAR negativo

Caso de Tuberculose

Consulta médica:
▪ Investigação diagnóstica a critério médico
▪ RX Tórax
▪ Avaliar curso de antibiótico inespecífico (exceto fluoroquinolonas)

Fluxograma Caso de Tuberculose

▪ **RX sugestivo de TB:**
Cavitação em LsSs
Opacidades em LsSs
Opacidade tipo acinar
Derrame pleural

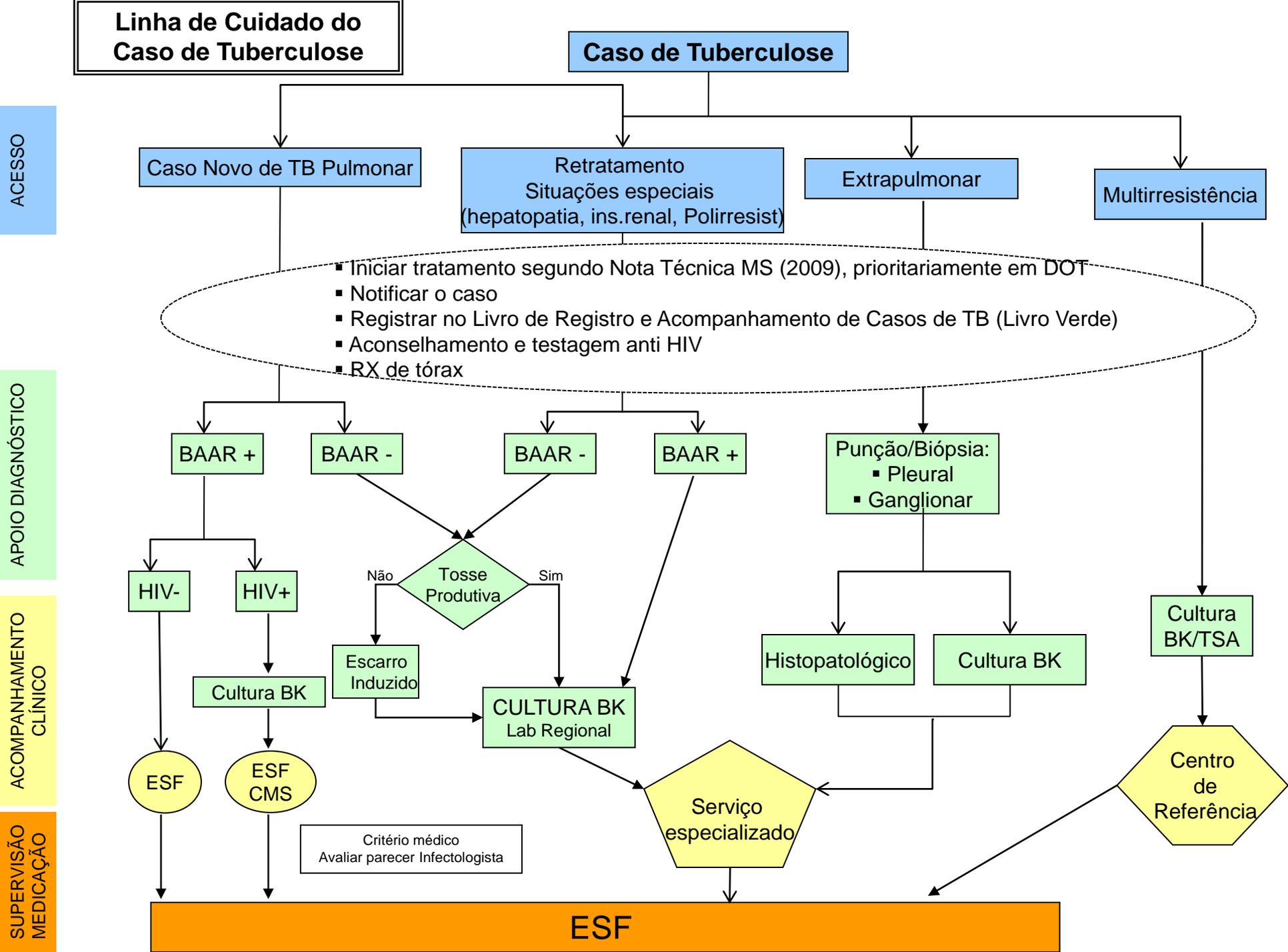
▪ Outras lesões
▪ RX normal

Guia de referência-contrareferência

Tratar ou Referenciar, à critério médico

Nível Secundário

Serviço especializado



Estratificação de Risco

Risco	Nível de Atenção	Ponto de Atenção
<ul style="list-style-type: none">▪ Caso novo de TB Pulmonar BAAR +▪ HIV + à critério médico	Primário	ESF, PS, CMS, Policlínicas
<ul style="list-style-type: none">▪ TB caso novo▪ TB retratamento▪ TB Pulmonar BAAR –▪ HIV +▪ TB extrapulmonar▪ TB com evolução clínica desfavorável	Secundário	CMS, Policlínicas
<ul style="list-style-type: none">▪ TB Multirresistente	Terciário	Centro de Referência, Hospitais de Referência

Principais Atribuições da Atenção Básica (ESF)

<ul style="list-style-type: none">▪ Principais Atribuições	<ul style="list-style-type: none">▪ Indicar e prescrever o Esquema Básico▪ Acompanhar o tratamento dos Casos Novos Bacilíferos▪ Supervisionar a tomada dos medicamentos▪ Solicitar baciloscopia mensal de controle▪ Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos▪ Conduzir os casos com efeitos adversos considerados “menores”▪ Receber os casos contra-referenciados para supervisão compartilhada
<ul style="list-style-type: none">▪ Encaminhamento para nível secundário (CMS ou Policlínica)	<ul style="list-style-type: none">▪ Casos de Retratamento▪ Casos com suspeita clínico-radiológica e baciloscopias negativas▪ Casos com efeitos adversos “maiores”▪ Qualquer tipo de resistência às drogas▪ Casos com evolução clínica desfavorável (ex: persistência de baciloscopia + no 4º mês)

Principais Atribuições da Referência Secundária

▪ Principais Atribuições

- Indicar e prescrever o Esquema Básico
- Acompanhar o tratamento dos Casos Novos e Retratamento
- Solicitar baciloscopia mensal de controle
- Estabelecer diagnóstico diferencial de TB pulmonar negativa à baciloscopia, casos com RX de tórax atípico e extrapulmonares
- Supervisionar a tomada dos medicamentos, que pode ser na própria referência ou na ESF (supervisão compartilhada)
- Acolher e avaliar os casos encaminhados pela Atenção Básica
- Conduzir os casos com efeitos adversos considerados “maiores”
- Avaliar, em conjunto com a referência terciária, os casos com Mono ou Polirresistência
- Encaminhar casos de TBMR e TBXDR para referência terciária

Principais Atribuições da Referência Terciária

▪ Principais Atribuições

- Avaliar e orientar o tratamento dos casos de Mono e Polirresistência, em conjunto com a referência secundária
- Diagnosticar e tratar todos os casos de TBMR e TBXDR
- Realizar exames mensais de controle dos casos em acompanhamento
- garantir tratamento supervisionado para todos os casos, podendo ser feito na própria referência ou na Unidade de Saúde de origem (supervisão compartilhada)
- Identificar os efeitos adversos aos medicamentos de 2ª linha
- Enviar o cartão de tratamento à Atenção Básica ou Referência Secundária, além de todas as orientações necessárias.

Indicações de internação em TB

A hospitalização é recomendada em casos especiais e de acordo com as seguintes prioridades:

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

O período de internação deve ser reduzido ao mínimo possível, se limitando ao tempo suficiente para atender às razões que determinaram sua indicação.

Rotina para internação

ROTINA:

- A US telefona para a Central de Regulação da SESDEC;
- Elabora relatório clínico do caso em que solicita a internação, em formulário próprio;
- Encaminha à Central de Regulação, por fax, o relatório e os resultados dos exames, em particular, a baciloscopia.

Telefone da Central de Regulação de Vagas (SESDEC): 2332-8577

**Linha de Cuidado dos
Contatos de TB Pulmonar
BAAR+**

Contato de Caso de TB Pulmonar +

Contato: pelo menos 200 horas de exposição a focos com escarro BAAR + ou 400 horas a focos com cultura +, no mesmo espaço físico (fechado)

Sintomático

Assintomático

RX tórax
Ex. escarro (BAAR) - 2 amostras
PPD

RX tórax
PPD

Fluxograma I

▪ RX Sugestivo de TB:
Cavitação em LsSs
Opacidades em LsSs
Opacidade tipo acinar
Derrame pleural

▪ RX normal

Avaliar
Tratamento TB
Latente (TBL)

Guia de referência-
contrareferência

Serviço
especializado

Nível
Secundário

Indicações para tratamento da Tuberculose Latente (TBL)

Avaliação do Risco pela enduração no Teste Tuberculínico (TT) ao PPD

TT ≥ 5 mm

Viragem
tuberculínica*

TT ≥ 10 mm

Independente do
resultado do TT

- Infectados com HIV;
- Contatos recentes (< 2 anos) de TB pulm. vacinados com BCG há mais de 2 anos;
- Indivíduos não tratados para TB e com seqüela ao RX tórax;
- Candidatos a transplantes ou transplantados;
- Imunossuprimidos por outras razões (uso de Prednisona ≥ 15mg/dia >30 dias ou candidatos ao uso de bloqueadores de TNF-α).

- Trabalhadores do sistema prisional, cuidadores de idosos;
- Pessoal de laboratórios de micobactérias;
- Profissionais da área de saúde;
- Contatos recentes (< 2 anos) de TB pulmonar de qualquer idade.

* Aumento da enduração ao TT ≥ 10 mm em relação a um TT realizado entre 2 semanas e 2 anos após TT anterior.

- Contatos recentes de TB pulmonar vacinados com BCG há ≤ 2 anos;
- Usuários de drogas injetáveis;
- Imunodepressão por diabetes insulino-dependentes, silicose, linfomas, neoplasias de cabeça e pescoço e pulmão, gastrectomizados, em hemodiálise, "by-pass" gastrointestinal;
- Populações indígenas.

- Indivíduos HIV + com contato recente com TB pulm + ou com RX de seqüela de TB, sem história prévia de tratamento para TB.

Tratamento:** Isoniazida 5 a 10 mg/kg/dia até 300 mg por 6 meses

** Antes de iniciar tratamento, afastar Tuberculose ativa (RX de tórax)

Tratamento da Tuberculose (Esquema Básico = EB)

Indicações: Caso Novo; Retratamento; TB Extrapulmonar

Regime	Fármacos e doses por comprimido	Faixa de peso	Unidades/dose/dia	Meses
2 RHZE (Fase intensiva)	Rifampicina: 150 mg Isoniazida: 75 mg Pirazinamida: 400 mg Etambutol: 275 mg	Até 20 kg	10/10/35/25 mg/kg	2
		20 a 35 kg	2 comprimidos	
		35 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4 RH (Fase de manutenção)	Rifampicina: 150 mg Isoniazida: 75 mg	Até 20 kg	10/10/35/25 mg/kg	4
		20 a 35 kg	2 comprimidos	
		35 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	

R=Rifampicina; H=Isoniazida; Z=Pirazinamida; E=Etambutol

OBS: 1- Na tuberculose meningoencefálica, a fase de manutenção dura 7 meses e associa-se corticosteróide (Prednisona 1-2 mg/kg/dia) por 1 a 4 meses.

2- O esquema pode ser usado por gestantes em qualquer período da gestação. Associar Piridoxina 50mg/dia.

3- O uso da medicação é diário.

Indicações: Falência, Multirresistência

Regime	Fármaco	Faixa de peso	Dose	Meses
2 S₅EOZT (Fase intensiva 1)	Estreptomicina	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	20 mg/kg/dia 500 mg 1.000 mg/dia	2
	Etambutol	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	25 mg/kg/dia 800 mg/dia 1.200 mg/dia	
	Ofloxacina	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	10 mg/kg/dia 400 mg/dia 800 mg/dia	
	Pirazinamida	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	35 mg/kg/dia 1.000 mg/dia 1.500 mg/dia	
	Terizidona	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	250 mg 500 mg 750 mg	
4 S₃EOZT (Fase intensiva 2)	Estreptomicina	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	20 mg/kg/dia 500 mg 1.000 mg/dia	4
	Etambutol	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	25 mg/kg/dia 800 mg/dia 1.200 mg/dia	
	Ofloxacina	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	10 mg/kg/dia 400 mg/dia 800 mg/dia	
	Pirazinamida	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	35 mg/kg/dia 1.000 mg/dia 1.500 mg/dia	
	Terizidona	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	250 mg 500 mg 750 mg	
12 EOT (Fase de Manutenção)	Etambutol	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	25 mg/kg/dia 800 mg/dia 1.200 mg/dia	12
	Ofloxacina	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	10 mg/kg/dia 400 mg/dia 800 mg/dia	
	Terizidona	Até 20 kg 20 a 50 kg > 50 kg	250 mg 500 mg 750 mg	

Reações adversas ao uso de drogas antituberculose

Efeitos menores

EFEITO	DROGA	CONDUTA
Irritação gástrica (náusea, vômito) Epigastralgia e dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida	Reformular os horários de administração da medicação Avaliar função hepática
Artralgia ou artrite	Pirazinamida Isoniazida	Medicar com ácido acetilsalicílico
Neuropatia periférica	Isoniazida Etambutol	Medicar com Piridoxina (Vit. B6)
Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar
Suor e urina cor de laranja	Rifampicina	Orientar
Prurido cutâneo	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Pirazinamida Etambutol	Orientar (dieta hipopurínica)
Febre	Rifampicina Isoniazida	Orientar

Reações adversas ao uso de drogas antituberculose

Efeitos maiores

EFEITO	DROGA	CONDUTA
Exantemas	Estreptomicina Rifampicina	Suspender o tratamento Reintroduzir o tratamento droga a droga após resolução Substituir o esquema nos casos graves ou reincidentes
Hipoacusia	Estreptomicina	Suspender a droga e substituí-la pela melhor opção
Vertigem e nistagmo	Estreptomicina	Suspender a droga e substituí-la pela melhor opção
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma	Isoniazida	Substituir
Neurite óptica	Etambutol Isoniazida	Substituir
Hepatotoxicidade (vômitos, alteração das provas de função hepática, hepatite)	Todas as drogas	Suspender o tratamento temporariamente até resolução
Trombocitopenia, leucopenia, eosinifilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina Isoniazida	Dependendo da gravidade, suspender o tratamento e reavaliar o esquema
Nefrite intersticial	Rifampicina	Suspender o tratamento
Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender o tratamento

Esquemas Especiais (EE) em caso de intolerância grave a um medicamento

Droga	Esquema a ser utilizado
Rifampicina	2 HZES / 10 HE
Isoniazida	2 RZES / 4 RE
Pirazinamida	2 RHE / 7 RH
Etambutol	2 RHZ / 4 RH

R=Rifampicina; H=Isoniazida; Z=Pirazinamida; E=Etambutol; S=Estreptomicina

Medicamentos e dosagens para composição dos Esquemas Especiais (EE)

Fármaco	Doses por faixa de peso		
	20-35 kg	36-50 Kg	> 50 kg
Rifampicina 300 mg	1 cápsula	1 a 2 cápsulas	2 cápsulas
Isoniazida 100 mg	2 comp.	2 a 3 comp.	3 comp.
Rifampicina + Isoniazida – 150/100 e 300/200 mg	1 comp. ou cáps. de 300/200 mg	1 comp. ou cáps. de 300/200 mg + 1 de 150/100 mg	2 comp. ou cáps. de 300/200 mg
Pirazinamida 500 mg	2 comp.	2 a 3 comp.	3 comp.
Etambutol 400 mg	1 a 2 comp.	2 a 3 comp.	3 comp.
Estreptomicina 1000 mg	½ ampola	½ a 1 ampola	1 ampola

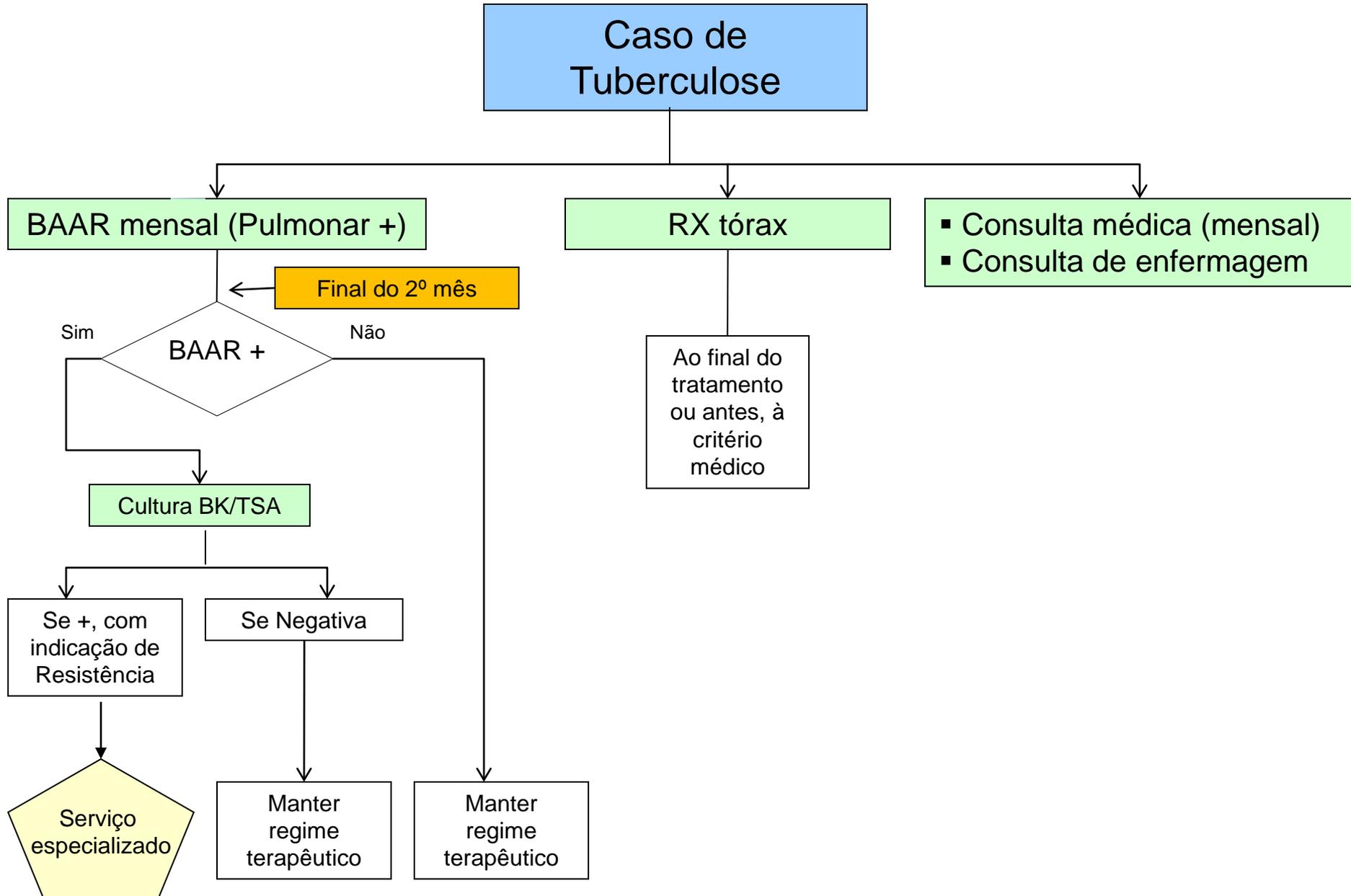
Esquemas Especiais para alterações hepáticas

Com doença hepática prévia <ul style="list-style-type: none"> • Hepatite viral aguda • Hepatopatia crônica: Viral, Auto-imune e Criptogênica • Hepatopatia alcoólica: Esteatose hepática Hepatite alcoólica 	Sem cirrose	TGO / TGP > 3 x LSN	2SRE / 7RE 2SHE / 10HE 3SEO / 9EO
		TGO / TGP < 3 x LSN	Esquema Básico
	Com cirrose	3SEO / 9EO	
Sem doença hepática prévia (hepatotoxicidade após o início do tratamento)	TGO / TGP 5 x LSN (ou 3 x LSN com sintomas)	Reintrodução RE → H → Z	Reintrodução do Esquema Básico ou substituto
	Icterícia		
	Persistência de TGO / TGP 5 x LSN por quatro semanas ou casos graves de TB		3SEO / 9EO

Supervisão da medicação (DOT)

Regime		Tomada dos medicamentos
Fase intensiva RHZE 2 meses (uso diário)	2ª à 6ª feira	Supervisão direta do uso da medicação (no domicílio ou na US). Paciente leva para casa a medicação para o final de semana e feriados.
	Sáb, dom e feriados	Uso autoadministrado (TAA): paciente faz uso da medicação sem supervisão.
Fase de manutenção RH 4 meses (uso diário)	2ª e 5ª OU 3ª e 6ª	Medicação supervisionada (2x/sem). Paciente leva o restante da medicação para casa.
	3ª, 4ª, 6ª, sáb e dom OU 2ª, 4ª, 5ª, sáb e dom	Faz uso da medicação sem supervisão.

Controle do tratamento



Tuberculose na infância

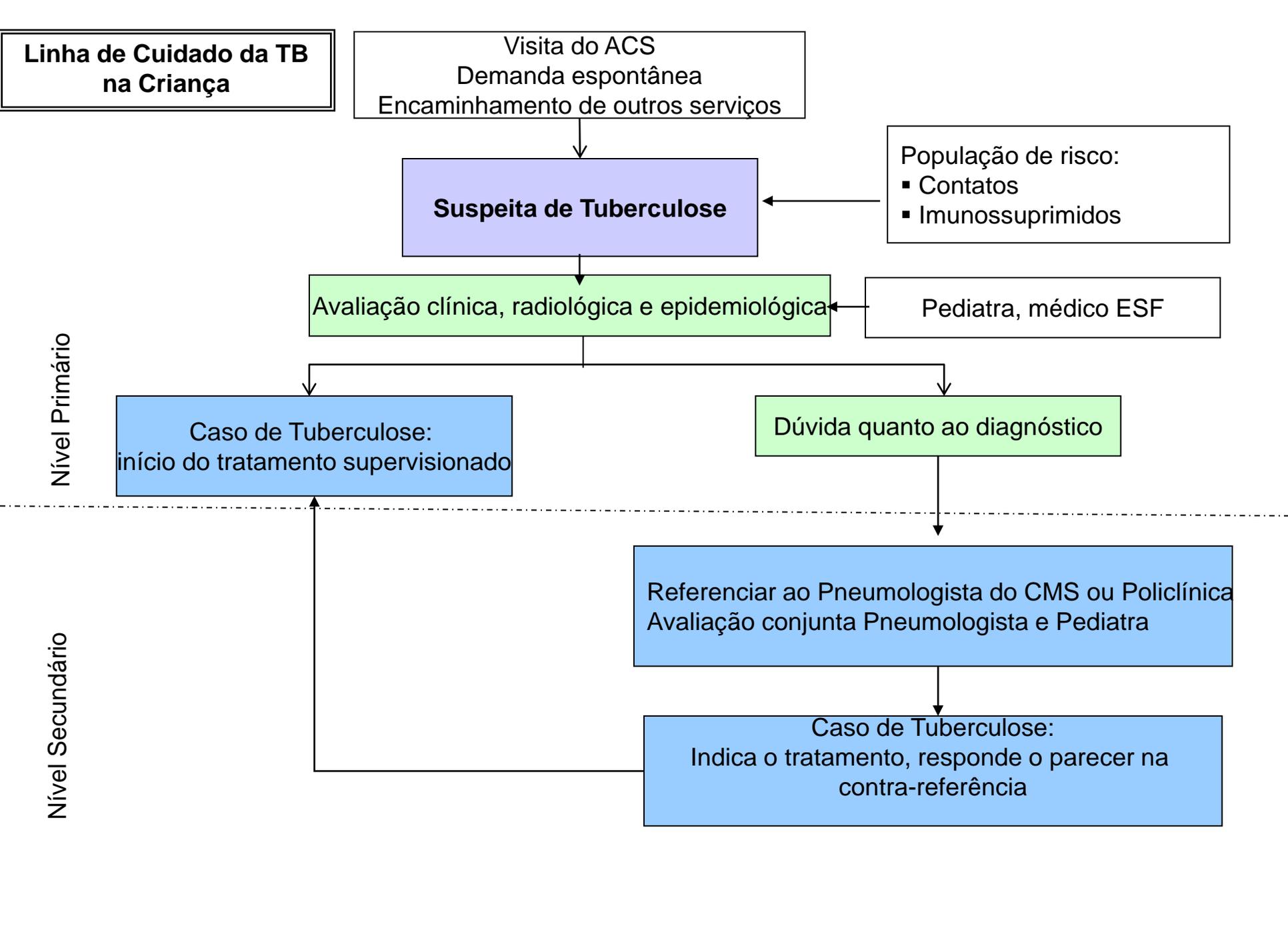
- O diagnóstico da TB em criança, devido a sua característica paucibacilar, deve ser realizado através de critérios clínico-radiológicos, epidemiológicos e associados à interpretação do TT, embora a confirmação do agente infeccioso deva ser feita sempre que possível.
- Principais manifestações clínicas: febre \geq 15 dias (moderada e vespertina) e/ou irritabilidade, tosse, perda de peso, sudorese noturna, ou casos de pneumonia com evolução lenta (\geq duas semanas), sem resposta a antimicrobianos.
- O tratamento para TB deve ser iniciado para todas as crianças com diagnóstico de TB pulmonar doença pelo sistema de pontos (\geq 30 pontos).

TRATAMENTO – 6 meses	
Droga	Dose
Rifampicina	10 mg/kg/dia
Isoniazida	10 mg/kg/dia
Pirazinamida	35 mg/kg/dia

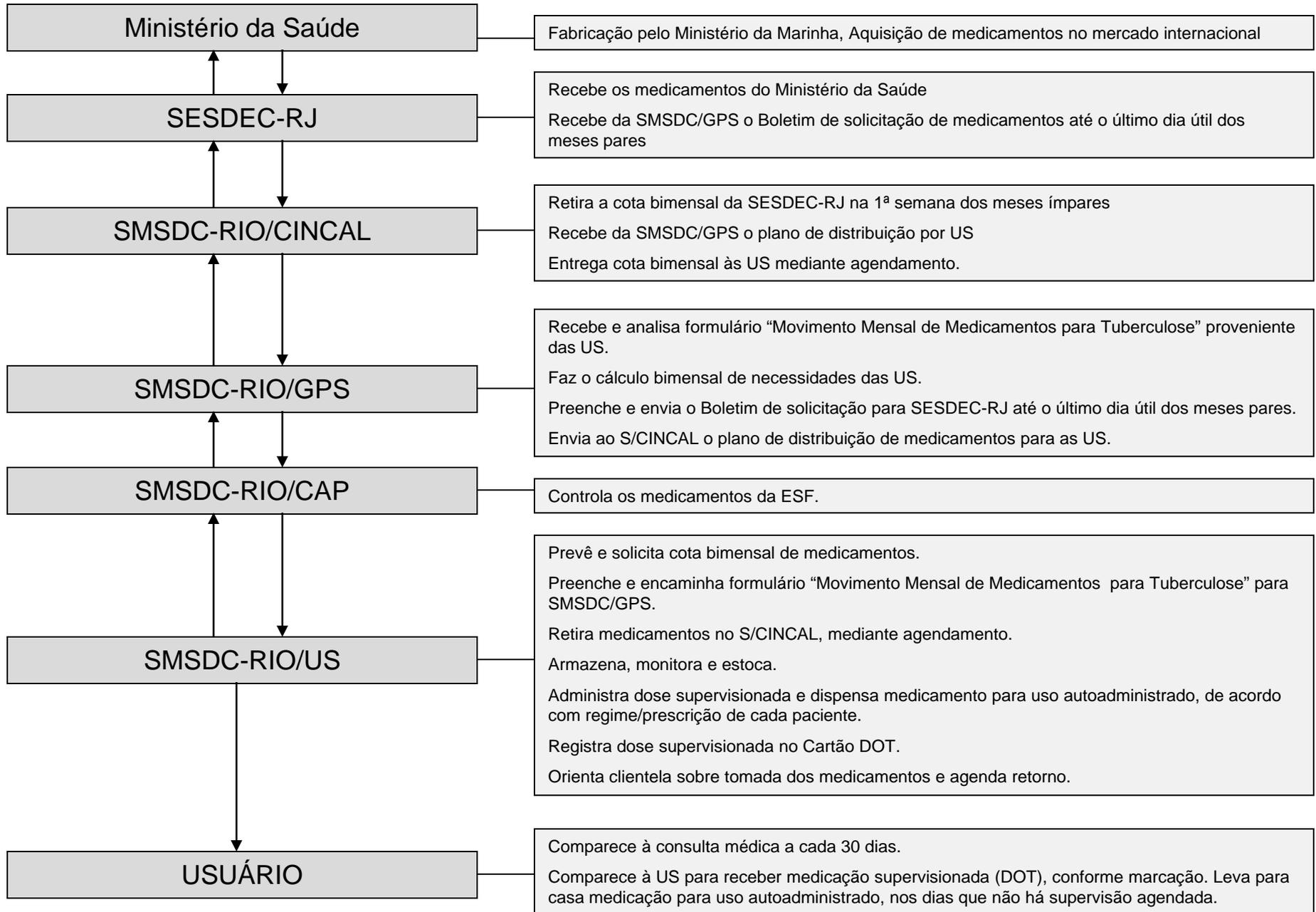
Sistema de pontuação para diagnóstico de TB pulmonar em crianças (<10 anos) e em adolescentes (com BAAR negativo)

Quadro clínico – radiológico		Contato com adulto com TB	Teste tuberculínico	Estado nutricional
Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas Acrescentar 15 pontos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adenomegalia hilar ou padrão miliar ▪ Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas; ▪ Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) > 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns Acrescentar 15 pontos	Próximo, nos últimos 2 anos Acrescentar 10 pontos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ >10 mm em não vacinados com BCG ou vacinados > 2 anos ou ▪ >15 mm em vacinados < 2anos Acrescentar 15 pontos	Desnutrição grave ou peso abaixo do percentil 10 (SISVAN) Acrescentar 5 pontos
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas 0 pontos	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas Acrescentar 5 pontos		5 a 9 mm (*) Acrescentar 5 pontos OBS: Em imunossuprimidos Acrescentar 10 pontos	
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos Subtrair 10 pontos	Radiografia normal Subtrair 5 pontos	Ocasional ou negativo 0 pontos	< 5 mm 0 pontos	Peso igual ou acima do percentil 10 0 pontos

Interpretação: Maior ou igual a 40 pontos → diagnóstico muito provável; 30 a 35 pontos → diagnóstico possível; igual ou inferior a 25 pontos - pouco provável.



Fluxo de Medicamentos



Glossário

Caso de Tuberculose	Todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de Tuberculose.
Caso Novo	É o doente com tuberculose que nunca usou ou usou por menos de um mês drogas antituberculosas.
Retratamento	Todo doente já tratado por mais de 30 dias.
Falência	Persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. São também classificados como caso de falência os doentes que, no início do tratamento, são fortemente positivos (++ ou +++) e mantêm essa situação até o 4º mês, ou aqueles com positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento.
Polirresistência	Resistência à rifampicina ou isoniazida e a pelo menos mais um medicamento
Multirresistência	Resistência à rifampicina e isoniazida.
Situações especiais	Efeitos adversos, hepatopatas, nefropatas.
Abandono de tratamento	Interrupção do tratamento por período ≥ 30 dias após a data prevista para seu retorno (se em Autoadministrado) ou 30 dias após a última ingestão de dose supervisionada.
Viragem Tuberculínica	Aumento da endureção ao TT ≥ 10 mm em relação a um TT realizado entre 2 semanas e 2 anos após TT anterior
Contatos	Toda pessoa que tem uma exposição de 200 horas a focos com escarro positivo ou 400 horas a focos com cultura positiva, sendo valorizado apenas o contato no mesmo espaço físico (fechado).

Referências

- 1 Organização Mundial de Saúde. WHO Report 2009. Global Tuberculosis Control 2009. Epidemiology, Strategy, Financing .WHO/HTM/TB/2009.411 http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf.
- 2 SMSDC-Rio. Boletim Epidemiológico. Coordenação de Doenças Transmissíveis. Novembro 2008.
- 3 Controle da Tuberculose. Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. Ministério da Saúde. FUNASA. 2002.
- 4 Tuberculose. Guia de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde. 2002.
- 5 III Diretrizes em Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 2009.
- 6 Nota Técnica sobre as mudanças no sistema de tratamento da tuberculose em maiores de 10 anos de idade no Brasil. Ministério da Saúde. 2009.