



CAPÍTULO 6

FLUXOS E PROTOCOLOS PARA DOENÇAS E AGRAVOS NOTIFICÁVEIS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Prefeito Municipal

Felipe Pinheiro

Secretária Municipal de Saúde

Georgina Freire Machado

Assessora Técnica em Saúde

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Elaboração

Wallquíria Moraes Lima

Revisão

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Francisco Almeida Rocha;

Karol Pâmera Cordeiro Alves.

Aprovação

Georgina Freire Machado

Autores:

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Moraes Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

APRESENTAÇÃO

Segundo a Lei nº 8.080/90, a Vigilância Epidemiológica é entendida como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Brasil, p. ?).

Entre as doenças e agravos que mais são notificados no município de Itapipoca, tem-se: atendimento antirrábico, Chikungunya, dengue, hanseníase; leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral, sífilis em gestante e tuberculose. Com o intuito de padronizar a assistência médica e de enfermagem a esses casos, criou-se o presente documento.

Além da padronização, desde a suspeita até o tratamento de cada uma dessas situações, os fluxos e protocolos para doenças e agravos notificáveis da vigilância epidemiológica também traz orientações acerca dos exames laboratoriais disponíveis na rede SUS municipal, assim como o período para realização e documentos necessários para solicitação.

Sua construção teve início com a revisão de manuais e portarias do Ministério da Saúde, reuniões entre a coordenação da vigilância à saúde, coordenação do laboratório municipal, coordenação do núcleo de educação permanente e supervisão da vigilância epidemiológica.

A etapa de Validação aconteceu no dia 27 de janeiro de 2023, no auditório da Faculdade UNINTA, onde estiveram presentes médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família do município de Itapipoca. Na ocasião todos os fluxos e protocolos foram apresentados e discutidos. Estavam presentes também a coordenadora da assistência farmacêutica, uma representante da vigilância epidemiológica da 6ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) e a coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP).

A oficialização do referido documento aconteceu via publicação da **Portaria SMS Nº 01/2023**, que aprova os Fluxos e Protocolos dos Agravos e Doenças Notificáveis da Vigilância Epidemiológica do município de Itapipoca (CE).

ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO

Paciente que sofreu acidente com **animal transmissor da Raiva Humana**



Avaliação médica e/ou avaliação de enfermagem



Ficha de notificação de Atendimento Antirrábico Humano (2 vias)
+
Prescrição Médica de Soro Antirrábico (**se necessário**)

ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos;
- A ficha de notificação deverá ser preenchida em 2 vias (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ficar arquivada na Unidade de Saúde notificadora);
- Animais transmissores da Raiva Humana: cão, gato, bovídeos, equídeos, caprinos, suínos, ovinos, morcegos e outros mamíferos silvestres (inclusive os domiciliados);
- Em caso de acidente leve ou grave + animal (cão ou gato) passível de observação: não iniciar profilaxia e observar por 10 dias;
- Em caso de acidente com morcego, mesmo que contato indireto, deve ser prescrito 4 doses de vacina antirrábica + soro;
- Esquema vacinal: 4 (quatro) doses, nos dias 0, 3, 7 e 14. Em caso de pacientes faltosos, não é necessário reiniciar profilaxia. Aplica-se a vacina no dia em que o paciente comparecer a unidade e continua o esquema mantendo os intervalos das doses seguintes de acordo com o intervalo originalmente proposto;
- Caso seja indicado o soro antirrábico, a prescrição médica deverá ser encaminhada juntamente com a notificação. Nela deve constar o peso do paciente e quantidade de soro a ser administrada;
- O soro antirrábico ou imunoglobulina devem ser administrados o mais rápido possível, no máximo em até 7 dias após a 1ª dose de vacina antirrábica. Após esse prazo, sua administração está contraindicada;
- O volume de soro a ser administrado depende do peso do paciente, não havendo mais limite de ampolas. Para a administração do soro (frasco-ampola 200 UI/ml) é necessário multiplicar 40 UI pelo peso do paciente e após resultado converter UI em ml, através de regra de 3;
- Quando o soro prescrito estiver disponível, a assistência farmacêutica avisará a Equipe de Saúde da Família que acompanha o paciente para que o mesmo se dirija até a UPA para administração da dose prescrita;
- Após concluir o tratamento prescrito, a Equipe de Saúde da Família deverá comunicar ao setor de Vigilância Epidemiológica do município as datas administradas das doses de vacina e soro;
- Em caso de reexposição em pacientes que fizeram pré-exposição (PrEP): o soro antirrábico e a imunoglobulina não estão indicados; independentemente do intervalo de tempo, se o paciente recebeu esquema de PrEP completo, indica-se a profilaxia nos dias 0 e 3; se foi aplicada apenas 1 dose de PrEP, essa deve ser desconsiderada e o esquema de profilaxia, indicado para o caso, deve ser iniciado;
- Em caso de re-exposição em pacientes que já fizeram pós-exposição (PEP): o soro antirrábico e a imunoglobulina não estão indicados; até 90 dias, se o esquema anterior de PEP foi completo, não indicar profilaxia. Se foi incompleto, administrar as doses faltantes;
- Caso haja abandono do tratamento, também deverá ser comunicado ao setor de Vigilância Epidemiológica, juntamente com termo de responsabilidade assinado pelo paciente ou seu responsável.

Protocolo de Profilaxia da Raiva Humana Pós-Exposição				
Tipo de Exposição	Animal agressor			
	Cão ou gato		Mamífero doméstico de interesse econômico: bovídeos, equídeos, caprinos, suínos e ovinos.	Morcegos e outros mamíferos silvestres (inclusive domiciliados).
	Animal passível de observação por 10 dias e sem sinais sugestivos de raiva.	Animal não passível de observação por 10 dias ou com sinais sugestivos de raiva.		
Contato indireto - Tocar ou dar de comer para animais; - Lambedura em pele íntegra; - contato com pele íntegra com secreções ou excreções de animal, ainda que raivoso ou de caso humano.	1. Lavar com água e sabão; 2. Não indicar profilaxia.		1. Lavar com água e sabão; 2. Não indicar profilaxia.	1. Lavar com água e sabão; 2. Não indicar profilaxia.
Leve - Ferimento superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés; - lambedura de lesões superficiais.	1. Lavar com água e sabão; 2. Não iniciar profilaxia. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar vacina (dias 0, 3, 7 e 14).	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14).	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14).	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14) e soro (SAR ou IGHAR).
Grave - Ferimento nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés; - Ferimentos múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; - Ferimento profundo, mesmo que puntiforme; - Lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas; - ferimento causado por mamífero silvestre.	1. Lavar com água e sabão; 2. Não iniciar profilaxia. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar vacina (dias 0, 3, 7 e 14) e soro (SAR ou IGHAR) .	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14) e soro (SAR ou IGHAR) .	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14) e soro (SAR ou IGHAR) .	

COVID-19

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por **pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas:** febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

Paciente com Síndrome Gripal com suspeita de COVID-19
Paciente assintomático contato de caso positivo para COVID-19



Avaliação médica e/ou avaliação de enfermagem



Ficha de notificação de SG suspeito de COVID-19 + Ficha GAL

ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos;
- A **solicitação do exame deverá ser acompanhada da Ficha GAL** para **pacientes com sintomas gripais**, pois em caso de Teste Rápido Negativo a amostra será encaminhada ao LACEN para realização de RT-PCR **onde será investigado, além da COVID-19, Vírus Sincicial e Influenza A e B;**
- Para **contactantes de casos confirmados**, deve-se aguardar de **5 a 6 dias após o último encontro (exposição)** para realizar a coleta da amostra e **testar com Teste rápido de**

antígeno (TR-AG). Pois, em geral, a maior parte da população tem período de incubação médio de 5-6 dias. Assim, ao coletar no 5º dia, espera-se que tenha terminado o período de incubação médio;

- Testes para COVID-19 disponíveis no Laboratório Municipal: **Teste rápido de antígeno e RT-PCR;**
- **Período para coleta:**
 - ✓ **Teste rápido de antígeno:** do primeiro ao sétimo dia após início dos sintomas (**ideal realizar coleta a partir do 3º dia após início dos sintomas**);
 - ✓ **RT-PCR:** do primeiro ao oitavo dia após início dos sintomas (**ideal realizar coleta a partir do 5º dia após início dos sintomas**).
- Horário de funcionamento do laboratório municipal de Itapipoca:
 - ✓ Manhã: 07h às 11h;
 - ✓ Tarde: 13h às 17h.

CHIKUNGUNYA

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Paciente com suspeita de Chikungunya



Avaliação médica e/ou avaliação de enfermagem



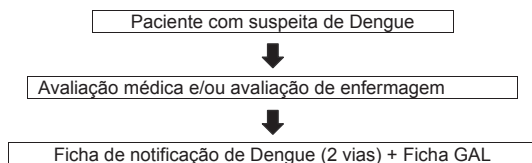
Ficha de notificação de Chikungunya (2 vias) + Ficha GAL

ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos;
- A **ficha de notificação** deverá ser preenchida em **2 vias** (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ficar arquivada na Unidade de Saúde notificadora);
- Fichas obrigatórias para realização de exame sorológico no Laboratório Municipal: **ficha de notificação para Chikungunya + ficha Gal**;
- O paciente com suspeita de Chikungunya deverá ser orientado a procurar o Laboratório do município para coleta do exame sorológico **a partir do 5º dia de início dos sintomas**;
- Horário de funcionamento do laboratório municipal de Itapipoca:
 - ✓ Manhã: 07h às 11h;
 - ✓ Tarde: 13h às 17h.
- Pacientes que apresentem **sinais de gravidade** (acometimento neurológico, sinais de choque, extremidades frias, cianose; tontura, hipotensão, enchimento capilar lento ou instabilidade hemodinâmica, dispneia, dor torácica, vômitos persistentes; neonatos, descompensação de doença de base, sangramentos de mucosas) **devem ser encaminhados imediatamente à UPA**.
- Medicamentos que contêm ácido acetilsalicílico (AAS), ibuprofeno e outros anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) devem ser evitados, pois inibem elementos essenciais para a coagulação sanguínea, que já é prejudicada pela redução de plaquetas causada por esses vírus, favorecendo e agravando a ocorrência de hemorragias.
- Ideal: Notificar caso de Chikungunya imediatamente, **com até 7 dias do início dos sintomas**;
- Todo óbito ocorrido por Chikungunya, seja suspeito ou confirmado, necessita de investigação.

DENGUE

Caso suspeito de Dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *aedes aegypti* que apresente **febre**, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente **duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.**



ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos.
- A **ficha de notificação** deverá ser preenchida em **2 vias** (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ficar arquivada na Unidade de Saúde notificadora).
- Fichas obrigatórias para realização de exame sorológico no Laboratório Municipal: **ficha de notificação para Dengue + ficha Gal.**
- O paciente com suspeita de dengue deverá ser orientado a procurar o laboratório do município para coleta do exame sorológico **a partir do 6º dia de início dos sintomas.**
- Horário de funcionamento do laboratório municipal de Itapipoca:
 - ✓ Manhã: 07h às 11h.
 - ✓ Tarde: 13h às 17h.
- Pacientes que apresentem **sinais de alarme** (dor abdominal intensa, referida ou à palpação, e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos – ascite, derrame pleural, derrame pericárdico; hipotensão postural e/ou lipotímia, letargia e/ou irritabilidade, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa; aumento progressivo do hematócrito) **devem ser encaminhados imediatamente à UPA.**
- Medicamentos que contêm ácido acetilsalicílico (AAS), ibuprofeno e outros anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) devem ser evitados, pois inibem elementos essenciais para a coagulação sanguínea, que já é prejudicada pela redução de plaquetas causada por esses vírus, favorecendo e agravando a ocorrência de hemorragias.
- Ideal: Notificar caso de dengue imediatamente, **com até 7 dias do início dos sintomas;**
- Todo óbito ocorrido por Dengue, seja suspeito ou confirmado, necessita de investigação.

QUADRO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dengue x Zika x Chikungunya

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	>38°C	Sem febre ou subfebril (≤38°C)	Febre alta >38°C
Duração	4 a 7 dias	1-2 dias subfebril	2-3 dias
Rash	Surge a partir do quarto dia	Surge no primeiro ou segundo dia	Surge 2-5 dias
Frequência	30% a 50% dos casos	90% a 100% dos casos	50% dos casos
Milágia (Frequência)	+++	++	+
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Hipertrofia ganglionar	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Risco de morte	+++	+*	++
Acometimento Neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	+++	+++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	Ausente (raro)	++

Fonte: Brito e Cordeiro (2016).

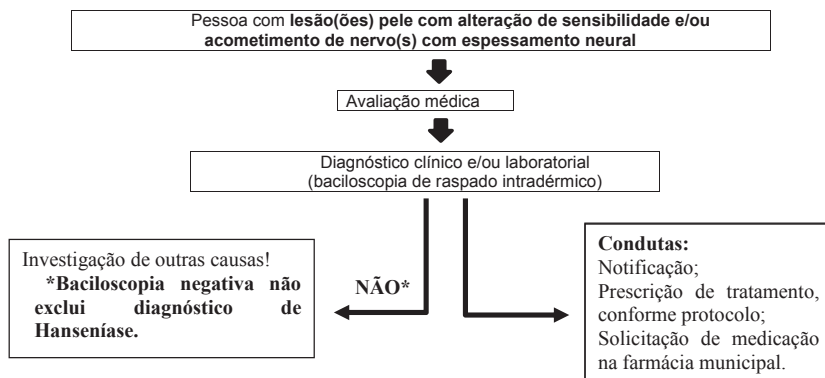
* Pode haver risco de morte nos casos neurológicos como a SGB decorrente de zika ou para crianças com malformações congênicas graves.

HANSENÍASE

Definição de Caso

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:

- Lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade e/ou;
- Acometimento de nervo (s) com espessamento neural e/ou;
- Baciloscopia positiva.



Atenção:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos.
- A **ficha de notificação** deverá ser preenchida em **2 vias** (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ser arquivada na unidade de saúde notificadora).
- Documentos que deverão ser entregues no setor de Vigilância Epidemiológica para o início do tratamento: **Ficha de Notificação + Prescrição médica**.
- Para **pacientes menores de 15 anos** diagnosticados com Hanseníase deverá ser preenchida **FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS** para liberação da medicação.
- As amostras para **baciloscopia de raspado intradérmico** são colhidas no laboratório municipal, de segunda a sexta-feira, das 13h às 16h. Podem ser solicitadas em receituário comum.
- **Mensalmente**, deve ser informada à vigilância epidemiológica a **data do último comparecimento do paciente** na Unidade, por meio do **boletim mensal de acompanhamento a pacientes com hanseníase**.
- É imprescindível **avaliar a integridade da função neural no momento do diagnóstico**, na **ocorrência de estados reacionais** e na **alta por cura** (término da poliquimioterapia), mediante o formulário de avaliação neurológica simplificada.
- Quando houver o **encerramento do caso**, a **data da alta** e o **motivo** deverão ser informados ao setor de vigilância epidemiológica, por meio do **boletim mensal de acompanhamento a pacientes com hanseníase** e da **ficha de encerramento de caso de hanseníase**.
- Os pacientes notificados com **hanseníase multibacilar** devem fazer controle de acompanhamento de alta **anualmente**, por intermédio de **baciloscopia de raspado intradérmico**.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Esquemas farmacológicos para tratamento da Infecção pelo *M. leprae*, de acordo com a faixa etária, peso corporal e classificação operacional

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia.	Duração do tratamento	
			MB	PB
Pacientes com peso acima de 50 kg.	PQT-U Adulto.	Dose mensal supervisionada: - Rifampicina 600mg. - Clofazimina 300mg. - Dapsona 100mg. Dose diária autoadministrada: -Clofazimina 50mg diariamente. - Dapsona 1.00mg diariamente.	12 meses.	6 meses.
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50 kg.	PQT-U Infantil.	Dose mensal supervisionada: - Rifampicina 450mg. - Clofazimina 150mg. - Dapsona 50mg. Dose diária autoadministrada: - Clofazimina 50mg em dias alternados. - Dapsona 50mg diariamente.	12 meses.	6 meses.
Crianças com peso abaixo de 30 kg	Adaptação da PQT-U Infantil ^{b,c}	Dose mensal supervisionada: - Rifampicina 10 mg/kg de peso. - Clofazimina 6mg/kg de peso. - Dapsona 2mg/kg de peso Dose diária auto administrada: - Clofazimina 1mg/kg de peso/dia. - Dapsona 2mg/kg de peso/dia.		

INVESTIGAÇÃO DOS CONTATOS

- **Finalidade:** descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada, com o caso novo de hanseníase diagnosticado. Além disso, visa também descobrir suas possíveis fontes de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente de qual seja a classificação operacional do doente – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).
- Para fins operacionais, define-se como:
 1. **Contato domiciliar:** toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco (5) anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não. Atenção especial deve ser dada aos familiares do caso notificado, por apresentarem maior risco de adoecimento, mesmo não residindo no domicílio do caso. Devem ser incluídas, também, as pessoas que mantenham convívio mais próximo, mesmo sem vínculo familiar, sobretudo, àqueles que frequentem o domicílio do doente ou tenham seus domicílios frequentados por ele.
 2. **Contato social:** toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações sociais (familiares ou não), de forma próxima e prolongada com o caso notificado. Os contatos sociais que incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado.
- A investigação epidemiológica de contatos consiste em: **anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase, exame dermatoneurológico e vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação**, não importando se são contatos de casos PB ou MB.

ATENÇÃO: não se deve fazer a vacinação BCG em pacientes imunossuprimidos, pessoas com tuberculose ativa, gestantes ou em indivíduos vacinados recentemente.
- **Após descartar caso de hanseníase no contato avaliado**, por meio de exame dermatoneurológico, o paciente deverá ser encaminhado para **realização de teste rápido**. Se o resultado do teste for **REAGENTE**, não se deve iniciar PQT-U, inicia-se **vigilância ativa com avaliação anual durante 5 anos**. Caso o resultado do teste seja **NÃO REAGENTE**, o paciente será orientado a realizar a **vigilância passiva por meio de autoexame** e retornará ao serviço de saúde se apresentar lesões sugestivas de hanseníase.
- O teste rápido será realizado no Laboratório Municipal, de segunda à sexta-feira, de 07h às 11h, mediante solicitação médica em ficha específica.

NOTAS:

- a. A PQT-U deverá ser interrompida após a administração de seis doses mensais supervisionadas em intervalo de até nove meses para os casos paucibacilares e após 12 doses mensais supervisionadas em um intervalo de até 18 meses para os casos multibacilares, quando os pacientes deverão receber alta por cura, saindo do registro ativo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM).
- b. A rifampicina também está disponível no SUS sob a forma de suspensão oral com 20 mg/ml.

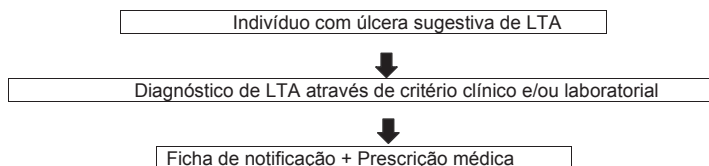
- c. Para crianças com peso abaixo de 30 kg, a administração diária de clofazimina é dificultada, tendo em vista a sua disponibilidade apenas em cápsulas de 50 e 100 mg. Desse modo, recomenda-se calcular a dose semanal e dividi-la em duas ou três tomadas. Por exemplo: uma criança com 15 kg deverá receber 105 mg de clofazimina ao longo de sete dias ($1\text{mg/kg} \times 15\text{ kg} \times 7\text{ dias} = 105\text{ mg}$), podendo receber uma cápsula de 50 mg duas vezes por semana.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA)

CASO CONFIRMADO

Leishmaniose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Leishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.



ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos.
- A **ficha de notificação** deverá ser **preenchida em 2 vias** (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ficar na Unidade de Saúde notificadora).
- Documentos que deverão ser entregues no setor de Vigilância Epidemiológica para o início do tratamento: **Ficha de Notificação + Prescrição médica**.
- Caso seja necessária a **realização de exame laboratorial**, o mesmo deverá ser realizado **em até 30 dias após o aparecimento da úlcera**.
- A solicitação de Pesquisa de LTA deverá ser em Ficha Gal, juntamente com Ficha de Notificação.
- **Horário e Local para coleta:**
 - ✓ **Local:** Lacen Fortaleza (Endereço: Avenida Barão de Studart, 2405. Bairro Dionísio Torres. Fortaleza - CE).
 - ✓ **Turno:** manhã (das 07h às 11h) de segunda a quinta-feira.

Opções de tratamento para a forma cutânea localizada de leishmaniose tegumentar causada pela *Leishmania braziliensis* e por outras espécies de *Leishmania*, exceto *L. guyanensis*

Forma Clínica	Terapêutica
Lesão única ou múltipla de qualquer tamanho e localização	Primeira escolha • Antimoniato de meglumina EV ou IM: para pacientes de todas as regiões brasileiras, exceto aqueles com Comorbidades renal, hepática ou cardíaca, gestantes e com idade maior ou igual a 50 anos. • Anfotericina B lipossomal*: para pacientes com idade a partir de 50 anos, com insuficiência renal, cardíaca ou hepática de qualquer idade; transplantados renais, cardíacos ou hepáticos; gestantes de qualquer idade. *Uso exclusivo de ambiente hospitalar.
Lesão única com até 3cm no seu maior diâmetro , em qualquer localização, exceto cabeça e regiões periarticulares, incluindo recidiva cútis e sem imunossupressão.	Primeira escolha • Todas as indicações de primeira escolha recomendadas para lesão única ou múltipla de qualquer tamanho e localização. • Outra opção: antimoniato de meglumina intralesional.

Esquema terapêutico		
Droga de 1ª escolha: Antimoniato de N-metil Glucamina		
Forma Clínica	Dose	Tempo/duração
Leishmaniose cutânea	10 - 20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia (recomenda-se 15mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia)	20 dias
Leishmaniose difusa	20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia	20 dias
Leishmaniose mucosa	20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia	30 dias
Exemplo para cálculo de doses em paciente com 60kg Apresentação: ampolas com 5 ml, contendo 81mg/ml de antimoniato pentavalente (Sb⁺⁵) e 300mg/ml de sal de antimônio. O cálculo da prescrição é baseado no antimônio pentavalente. Lesões cutâneas: 15mg/Sb⁺⁵/kg/dia: 15 x 60 = 900mg Sb⁺⁵/dia ÷ 81 = 11,1ml ou aproximadamente 2 ampolas. Lesões mucosas e cutâneas difusas: 20mg/Sb⁺⁵/kg/dia: 20 x 60 = 1200mg Sb⁺⁵/dia ÷ 81 = 14,8ml ou aproximadamente 3 ampolas.		

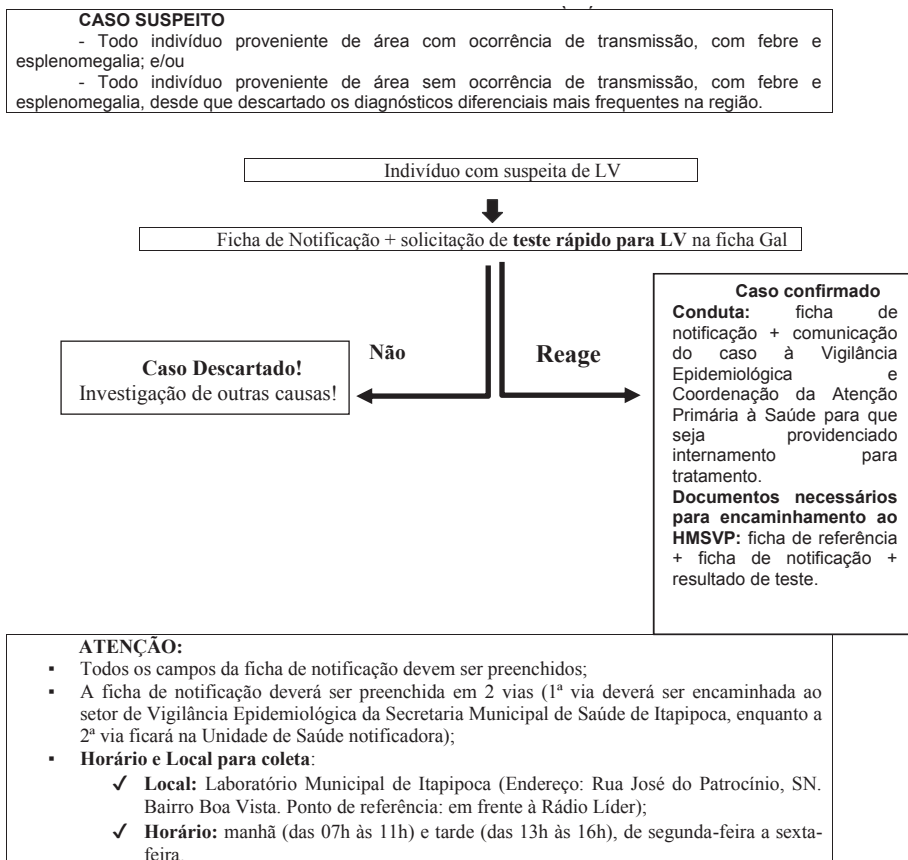
Atenção:

Dose máxima diária: 3 ampolas.

- I O paciente deverá ser acompanhado por três meses após o tratamento. Se não houver melhora clínica, o tratamento deverá ser repetido por 30 dias, independentemente do tipo de lesão. Não havendo resposta clínica, o paciente deverá ser encaminhado à unidade de referência (Centro de Dermatologia Dona Libânia) para avaliação e, se necessário, indicação de drogas alternativas.

- I Para utilização do Antimoniato de N-metil Glucamina em pacientes acima de 50 anos, portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias e doença de Chagas fazer rigorosa avaliação clínica antes e durante o tratamento. Realizar eletrocardiograma duas vezes por semana, hemograma e exame bioquímico do sangue para avaliação das funções renal, pancreática e hepática.

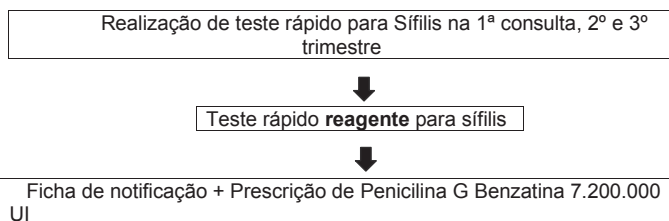
LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)



Esquema terapêutico		
Medicamento	Dose	Tempo/duração
Antimoniato N-metil glucamina	20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia	20 a 30 dias
Contraindicação: insuficiência renal, transplantado renal e gestantes. Restrições de uso: coinfectados com HIV, idade acima dos 50 anos, insuficiência cardíaca ou hepática, em uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT corrigido, com duração maior que 400ms para homens e 450ms para mulheres, e ainda naqueles que apresentem hipersensibilidade aos componentes da formulação. Exemplo para cálculo de doses em paciente com 60kg Apresentação: ampolas com 5 ml, contendo 81mg/ml de antimoniato pentavalente (Sb⁺⁵) e 300mg/ml de sal de antimônio. O cálculo da prescrição é baseado no antimônio pentavalente. Leishmaniose Visceral: 20mg/Sb⁺⁵/kg/dia: $20 \times 60 = 1200\text{mg Sb}^{+5}/\text{dia} \div 81 = 14,8\text{ml}$ ou aproximadamente 3 ampolas. Atenção: - Dose máxima diária: 3 ampolas; - Para utilização do Antimoniato de N-metil Glucamina em pacientes acima de 50 anos, portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias e doença de Chagas fazer rigorosa avaliação clínica antes e durante o tratamento. Realizar eletrocardiograma duas vezes por semana, hemograma e exame bioquímico do sangue para avaliação das funções renal, pancreática e hepática.		

SÍFILIS EM GESTANTE

DEFINIÇÃO DE CASO Situação 1: Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio. Situação 2: Mulher sintomática a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação. Situação 3: Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. *Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.
--



ATENÇÃO:

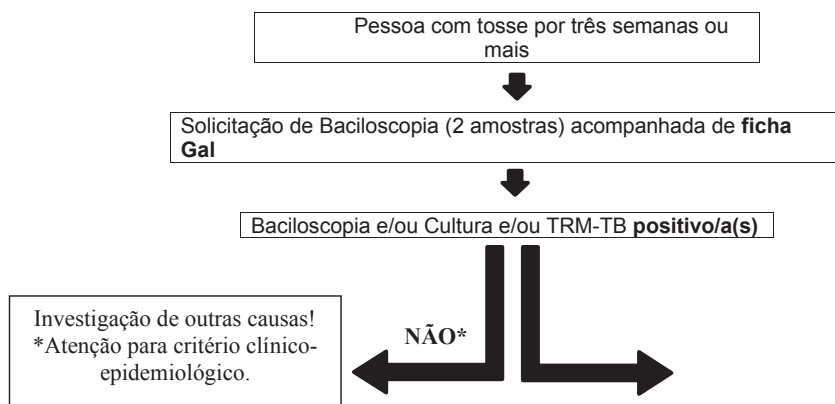
- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos;
- A ficha de notificação deverá ser preenchida em 2 vias (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca, enquanto a 2ª via ficará na Unidade de Saúde notificadora).
- Todas as gestantes notificadas para sífilis devem ser tratadas com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (administração de 2.400.000 UI semanalmente, por 3 semanas).
- Caso o intervalo entre uma dose e outra ultrapasse 7 dias, o tratamento deverá ser reiniciado.
- Todos os parceiros de gestantes com sífilis deverão ser testados e o tratamento da parceria sexual dependerá do resultado do Teste Rápido e/ou VDRL. Caso o teste rápido do parceiro seja **não reagente**, está indicado dose única de Penicilina G Benzatina (2.400.000 UI).
- Deverá ser realizado VDRL **quantitativo** mensal das gestantes com sífilis;
- Deverá ser registrado todas as informações acerca da testagem e tratamento das gestantes e suas parcerias sexuais no cartão da gestante;
- O acompanhamento mensal das gestantes com Sífilis deverá ser informado à Vigilância Epidemiológica do município por meio do boletim de acompanhamento de gestantes com sífilis até a data do parto ou abortamento.

TUBERCULOSE

Definição de Caso

Critério Laboratorial: é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta **por pelo menos uma amostra positiva** de baciloscopia 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 os de imagem, histológicos, entre outros).



Atenção:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos.
- A ficha de notificação deverá ser preenchida em 2 vias (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca, enquanto a 2ª via ficará na Unidade de Saúde notificadora).
- Populações consideradas de alto risco (pessoas vivendo com HIV, população privada de liberdade, população em situação de rua e povos indígenas), considerar tosse de qualquer tempo de duração.
- Tosse, febre ao entardecer, suor noturno, emagrecimento e cansaço/fadiga, **podem ser tuberculose**.
- Todas as amostras de **baciloscopia de diagnóstico** são encaminhadas para realização de **Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)** e/ou **Cultura, identificação de espécies e teste de sensibilidade**.
- As amostras para **baciloscopia de diagnóstico** devem ser colhidas em dias diferentes.
- **Todos os pacientes diagnosticados com TB ativa devem ser testados para HIV.**
- As **baciloskopias de controle** também devem ser solicitadas em ficha Gal **mensalmente**.
- O peso do paciente em tratamento para Tuberculose deve ser informado **mensalmente** à assistência farmacêutica;
- Todos os óbitos com menção de tuberculose deverão ser investigados.
- **Orientações para coleta de escarro:**
 - É recomendado o uso de **pote descartável de plástico transparente** com capacidade de 35-50 ml, altura mínima de 40 mm, de boca larga e com tampa rosqueável de 50 mm de diâmetro.
 - Entregue ao paciente o pote coletor (devidamente identificado e com a marca de 5 a 10 ml sinalizada) e também um saco plástico transparente, em que o pote deverá ser levado ao laboratório municipal;
 - Peça que o paciente lave as mãos e **higienize a cavidade oral com água (sem utilizar creme dental ou soluções antissépticas para gargarejo)**. Caso o paciente use **próteses dentárias**, ele deverá retirá-las antes de higienizar a cavidade oral.
- **Oriento-o quanto aos seguintes procedimentos:**
 - Inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes (segundos) e expirar. Após repetir esses procedimentos três vezes, tossir;
 - Imediatamente após o ato da tosse produtiva, o paciente deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele sem encostar os lábios no pote ou tocar a parte interna com os dedos, pois há o risco de contaminação da amostra;
 - Logo após, fechar novamente o frasco rosqueando firmemente a tampa;
 - Repetir esses procedimentos quantas vezes for necessário até que o volume de 10 ml seja atingido. Caso não seja possível esse volume, estimular o paciente a repetir os procedimentos para expectoração até que obtenha o volume desejado (5 a 10 ml). A espuma não deve ser levada em consideração para atingir esse volume;
 - Ao término da coleta, o paciente deve colocar o pote num saco plástico transparente e fechá-lo com um nó;
- O paciente deve transportar o pote com o escarro no saco plástico até ao laboratório, **protegido da luz solar, idealmente, em 2 horas do momento da coleta. Na impossibilidade de levar o material em até duas horas, o paciente deve acondicionar o material na geladeira até a entrega no laboratório**, preferencialmente no mesmo dia da coleta;
- Oriente o paciente a **ingerir o maior volume possível de água durante a noite anterior ao dia da coleta**. É permitida ingestão de água durante o período do jejum;
- É importante que não haja na amostra resíduos alimentares e/ ou de medicamentos e/ou substâncias químicas, pois eles prejudicam a qualidade da amostra. Por isso, as seguintes recomendações devem ser respeitadas: **coletar o escarro, preferencialmente, em jejum** (para evitar resíduos alimentares na amostra de escarro); **aos pacientes que já estão em tratamento da TB, ingerir os medicamentos após a coleta de escarro; higienizar as mãos com água e sabão antes de manipular o pote.**

**ESCORE CLÍNICO PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES COM BACILOSCOPIA NEGATIVA OU TRM-TB NÃO DETECTADO**

Quadro clínico-radiológico		Contato de adultos com tuberculose	Prova tuberculínica	Estado nutricional
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese, por 2 semanas ou mais - 15 pontos	Adenomegalia hilar ou padrão miliar e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por 2 semanas ou mais e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por 2 semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns - 15 pontos	Próximo, nos últimos 2 anos - 10 pontos	PT entre 5-9 mm - 5 pontos	Desnutrição grave (peso <percentil 10) - 5 pontos
Assintomático ou com sintomas há menos de 2 semanas - 0 ponto	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas - 5 pontos		PT ≥ 10 m - 10 pontos	
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos - 10 pontos	Radiografia normal - 5 pontos		PT < 5 mm - 0 ponto	
Interpretação				
≥40 pontos (diagnóstico muito provável): recomenda-se iniciar o tratamento da tuberculose.				
30 a 35 pontos (diagnóstico possível): indicativo de tuberculose, orienta-se iniciar o tratamento, ficando a critério médico;				
≤25 pontos (diagnóstico pouco provável): deve-se prosseguir com a investigação na criança. Logo, deverá ser realizado um diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares, podendo ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como a baciloscopias, cultura de escarro induzido ou de lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e/ou outros exames de métodos rápidos.				

TRATAMENTO

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM ADULTOS E ADOLESCENTES (>10 ANOS DE IDADE)

Esquema	Faixa de peso	Unidade/dose	Duração
RHZE 150/75/400/275mg (comprimido em dose fixa combinada)	20kg a 35kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36kg a 50kg	3 comprimidos	
	51kg a 70kg	4 comprimidos	
	Acima de 70kg	5 comprimidos	
RH 300/150mg ou 150/75mg (comprimido em dose fixa combinada)	20 a 35kg	1 comprimido de 300/150mg ou 2 comprimidos de 150/75mg	4 meses (fase de manutenção)
	36kg a 50kg	1 comprimido de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 3 comprimidos de 150/75mg	
	51kg a 70kg	2 comprimidos de 300/150mg ou 4 comprimidos de 150/75mg	
	Acima de 70kg	2 comprimidos de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 5 comprimidos de 150/75mg	

Fonte: Brasil, 2019a.

Legenda: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol.

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS (<10 ANOS DE IDADE) E COM PESO INFERIOR A 25 KG)

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

Fonte: Brasil, 2020.

Legenda: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida.

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS (<10 ANOS DE IDADE) E COM PESO IGUAL OU SUPERIOR A 25 KG)

Fármacos	Peso da criança					Duração do tratamento
	≥25 kg a 30 kg	≥31 kg a 35 kg	≥36 kg a 40 kg	≥40 kg a 45 kg	≥45 kg	
	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	
Rifampicina	450	500	600	600	600	2 meses (fase intensiva)
Isoniazida	300	300	300	300	300	
Pirazinamida ¹	900 a 1.000		1.500	1.500	2.000	
Rifampicina	450	500	600	600	600	4 meses (fase de manutenção)
Isoniazida	300	300	300	300	300	

Fonte: Brasil, 2020.

¹Na faixa de peso de 25 a 35 kg, usar os comprimidos dispersíveis de pirazinamida 150 mg.

Observação:

Para crianças com menos de 4kg, utilizar os medicamentos individualizados nas seguintes doses: R 15(10-20) mg/kg/dia, H 10 (7-15) mg/kg/dia e Z 35(30-40) mg/kg/dia e 4 meses, R 15(10-20) mg/kg/dia, H 10(7-15) mg/kg/dia.

SEGUIMENTO DO TRATAMENTO

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	
Baciloskopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares quando houver facilidade na coleta de escarro.
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente no 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.

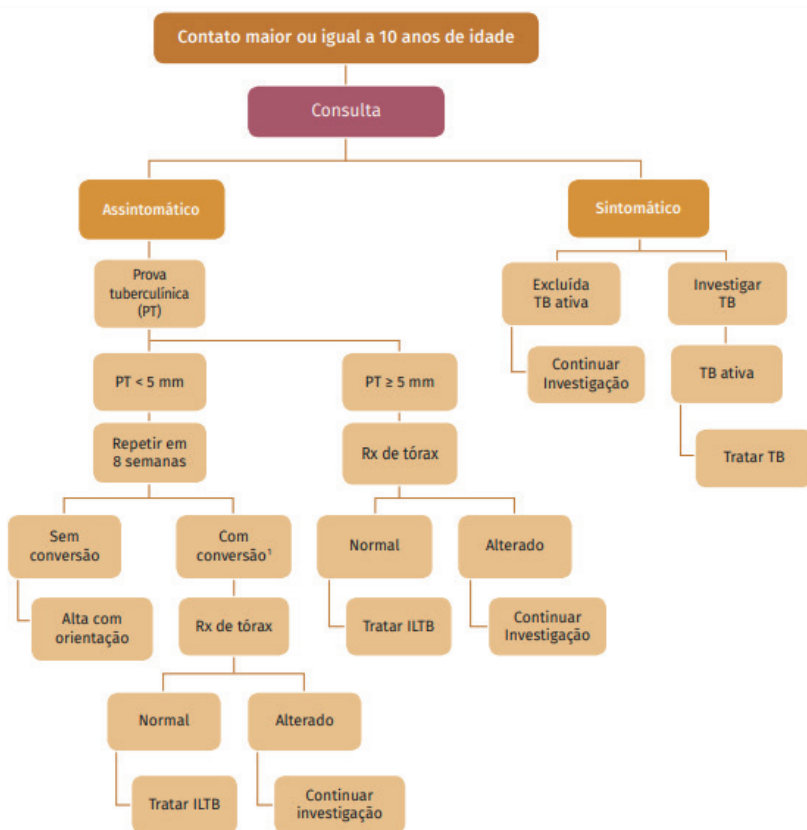
Fonte: Ministerio da Saúde

CONTROLE DE CONTATOS

- A avaliação dos contatos consiste na realização criteriosa de anamnese, exame físico e exames complementares nos contatos, de acordo com a presença ou ausência de sintomas. Nesse caso, consideram-se:

- Contatos sintomáticos:** crianças, adolescentes (≥ 10 anos de idade) ou adultos (incluindo PVHIV) **deverão realizar o exame de escarro** (baciloscopia ou TRM-TB), radiografia de tórax e/ou outros exames, de acordo com a sintomatologia.
- Contatos assintomáticos:** crianças, adolescentes (≥ 10 anos de idade) e adultos **deverão realizar a investigação com PT e radiografia de tórax e tratar ILTB**, quando indicado.
- Contatos assintomáticos vivendo com HIV:** devem **realizar o tratamento da ILTB**, independentemente da prova tuberculínica.

FLUXOGRAMA - INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS ADULTOS E ADOLESCENTES (≥ 10 ANOS DE IDADE)



Fonte: Ministério da Saúde

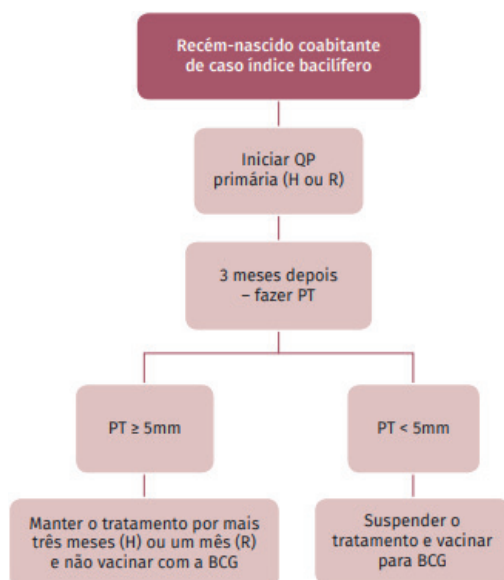
FLUXOGRAMA - INVESTIGAÇÃO DE CRIANÇAS CONTATO (< 10 ANOS DE IDADE)



Fonte: Ministério da Saúde

TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO M. TUBERCULOSIS (ILTb)

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO M. TUBERCULOSIS OU QUIMIOPROFILAXIA PRIMÁRIA



Recém-nascidos (RN) expostos a casos de TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo M. tuberculosis (MTB) e desenvolver formas graves da doença. Nessas situações, recomenda-se a prevenção da infecção pelo MTB.

O RN não deverá ser vacinado com a BCG ao nascer.

Recomenda-se utilizar a isoniazida (H) por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica (PT).

Fonte: Ministério da Saúde

Caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado, recomenda-se o uso de H por seis meses e não está indicada a realização da PT. Dessa forma, avaliar individualmente a necessidade de revacinar para BCG após esse período, já que a H é bactericida e pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG efetuada.

OBSERVAÇÕES:

Pela facilidade posológica, pode-se utilizar a rifampicina (R) suspensão pediátrica em vez da H. Nessa situação, usar a R por três meses e aplicar a PT. Caso o resultado for $\geq 5\text{mm}$, a R deve ser mantida por mais um mês, caso $< 5\text{mm}$, suspender a R e vacinar com BCG.

Antes de iniciar a quimioprofilaxia (QP) primária, afastar tuberculose no RN e, quando o caso fonte for a mãe, avaliar a possibilidade de TB congênita.

Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. Nesse caso, é recomendável o uso de máscara cirúrgica ao amamentar e ao cuidar da criança enquanto a baciloscopia do escarro se mantiver positiva.

TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE

I Indicações:

1. Crianças (< 10 anos de idade):
 - PT $\geq 5\text{mm}$ ou IGRA positivo, independentemente do tempo decorrido da vacinação por BCG.
2. Adultos e adolescentes:
 - PT $\geq 5\text{mm}$ ou IGRA positivo
 - ✓ PVHIV;
 - ✓ Contatos adultos e adolescentes (≥ 10 anos);
 - ✓ Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequelas de TB;
 - ✓ Uso de inibidores do TNF- α (preferencialmente antes da sua utilização);
 - ✓ Uso de corticosteroides (equivalente a >15 mg/dia de prednisona por mais de 1 mês);
 - ✓ Pré-transplante que fará uso de terapia imunossupressora.
 - PT $\geq 10\text{mm}$ ou IGRA positivo:
 - ✓ Silicose;
 - ✓ Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas;
 - ✓ Insuficiência renal em diálise;
 - ✓ Neoplasias com quimioterapia imunossupressora;
 - ✓ Diabetes mellitus;
 - ✓ Baixo peso ($< 85\%$ do peso ideal);

- ✓ Tabagistas (> 20 cigarros/dia);
- ✓ Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia.
- Conversão (2ª PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT):
 - ✓ Contatos de TB confirmada por critério laboratorial;
 - ✓ Profissional de saúde;
 - ✓ Profissional de laboratório de microbactéria;
 - ✓ Trabalhador do sistema prisional e de instituições de longa permanência.

ATENÇÃO: Recomenda-se postergar o tratamento da ILTB em gestantes para após o parto. Em gestantes com infecção pelo HIV, tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação. Utilizar o mesmo algoritmo de diagnóstico, incluindo as indicações para realização da radiografia de tórax.

REGIMES TERAPÊUTICOS E TEMPO DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO M. TUBERCULOSIS

I Regime com isoniazida (H):

- **Indicação para utilização do fármaco:** a H deve ser o esquema preferencial para tratamento da ILTB, considerando a longa experiência da sua utilização no país. Em hepatopatias, crianças (<10 anos de idade), pessoas acima de 50 anos de idade e no caso de intolerância à H, deve-se dar prioridade a outros regimes.
- **Dose:**
 1. **Adultos e adolescentes (≥10 anos de idade):** 5 a 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 300mg/dia;
 2. **Crianças (<10 anos de idade):** 10 mg/Kg/dia de peso até dose máxima de 300mg/dia.
- **Tempo de tratamento:** 6 ou 9 meses.

I Regime com rifampicina (R):

- **Indicação para utilização do fármaco:** o regime com R é preferencial em indivíduos com mais de 50 anos de idade, crianças (<10 anos de idade), hepatopatias, contatos de monorresistentes à H e intolerância à H. Nessa situação, a R está contraindicada nas PVHIV em uso de inibidores de protease ou de Dolutegravir, nesse caso, preferir a utilização da H.
- **Dose:**
 1. **Adultos e adolescentes (> 10 anos de idade):** 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia;

2. **Crianças (< 10 anos):** 15 (10-20) mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia.

– **Tempo de tratamento:** 4 meses.

I Regime com rifapentina + isoniazida (3HP):

– **Indicação para tratamento com o 3HP:** pode ser utilizado por todas as pessoas com diagnóstico de ILTB e/ou com indicação de tratamento da ILTB, incluindo as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), atentando-se para eventuais interações medicamentosas.

– **Posologia:**

1. **Adultos (>14 anos ≥30kg):** 900mg de isoniazida/semana + 900mg de rifapentina/semana.

2. **Crianças (2 a 14 anos)**

Peso	Isoniazida	Rifapentina
10 a 15kg	300mg/semana	300 mg/semana
16 a 23kg	500 mg/semana	450 mg/semana
24 a 30kg	600 mg/semana	600 mg/semana
>30kg	700 mg/semana	750 mg/semana

– **Tempo de tratamento:** estará completo quando ocorrer a tomada de 12 doses de isoniazida + rifapentina por 12 semanas. Dependendo do caso, esse prazo pode ser prorrogado para 15 semanas.

– **Atenção:**

1. Não é recomendado o uso do esquema 3HP em gestantes.
2. Os medicamentos devem ser tomados sempre no mesmo dia da semana. Por exemplo, todas as quartas-feiras.
3. O esquema 3HP não deve ser utilizado em caso de contato com monorresistência à isoniazida ou a rifampicina, como também efeitos adversos graves a qualquer dos medicamentos do 3HP.
4. Será considerado abandono do tratamento o paciente que deixar de tomar dose supervisionada por mais de 15 dias. Nesse caso, o tratamento deverá ser reiniciado com o mesmo esquema.