

Todas as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) devem ser rastreadas para Tuberculose (TB) ativa **em todas as consultas**. Com TB ativa descartada, avaliar a indicação de tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT).

- A TB continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade em PVHA^{1,2}
- O TPT reduz o risco de evolução para TB ativa^{1,2}
- O TPT é tão importante quanto as profilaxias para criptococose e toxoplasmose¹
- A TARV, embora essencial, não é suficiente para prevenir a TB¹

O uso do TPT reduz a incidência da TB em PVHA⁴⁻¹³

A redução da incidência de TB ativa tem efeito protetor prolongado⁸⁻¹³, em especial quando associado ao uso de TARV^{6-8, 10-13} e independente do valor de CD4⁵⁻⁸⁻¹⁰⁻¹³

O uso do TPT reduz a mortalidade em PVHA^{12,14-16}

Estudo mostrou redução de 37% na mortalidade do grupo de pessoas que receberam o TPT de isoniazida durante os 6 anos de acompanhamento¹³

O TPT é uma medida econômica para se chegar à eliminação da TB¹⁷⁻²⁰

A associação do tratamento de TB ativa e o TPT contribui para a redução significativa dos casos e mortes por TB²¹

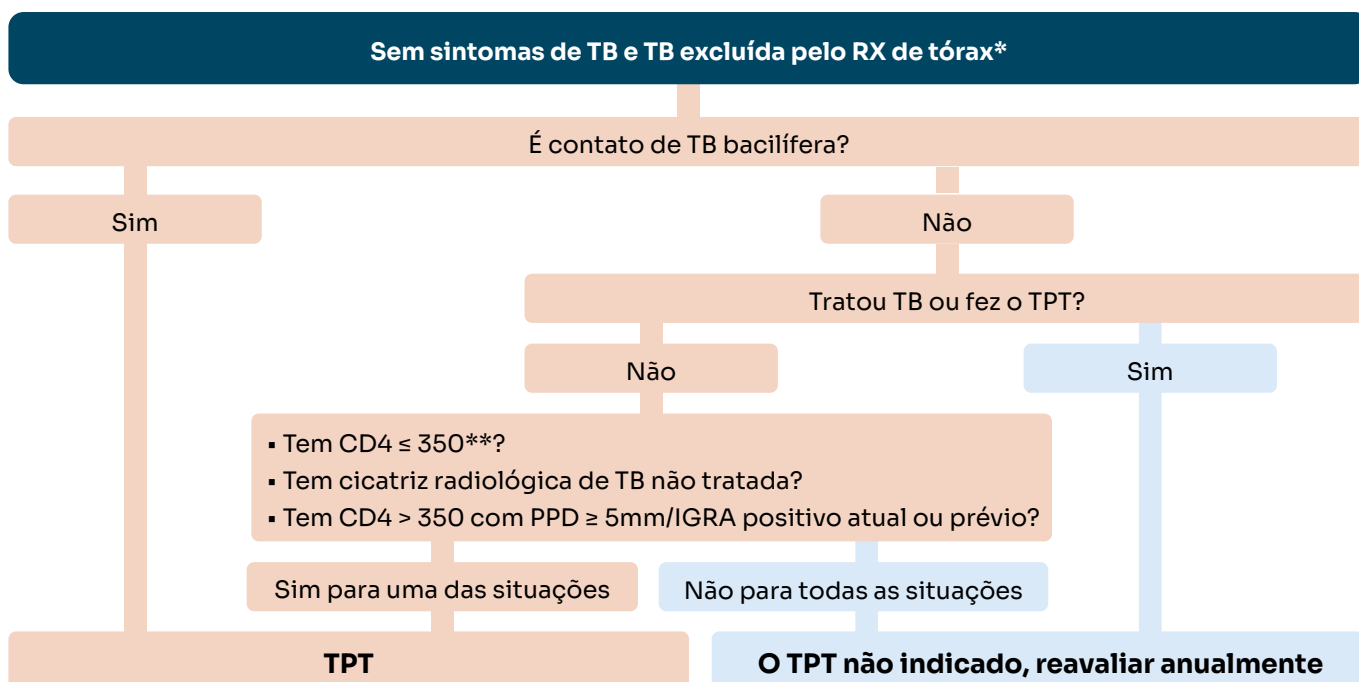


A REGRA GERAL É INDICAR O TPT!

TODAS as PVHA sob seu cuidado precisam fazer anualmente:

- Avaliação para TB ativa.
- Avaliação da indicação do TPT.

FLUXO DE AVALIAÇÃO DA INDICAÇÃO DO TPT PARA PVHA ADULTAS



* Realizar LF-LAM se CD4 ≤ 100 (ambulatorial) ou CD4 ≤ 200 (internado): se positivo, trate TB

** PVHA assintomáticas com CD4 ≤ 350 ou contato de pessoas TB bacilíferas não necessitam de PPD ou IGRA para o TPT

O novo esquema preferencial do TPT tornou-se mais simples, curto e tolerável.³ Diante dessas vantagens e das evidências científicas, gestores e profissionais de saúde devem intensificar o acesso ao TPT.

ESQUEMAS DO TPT DISPONÍVEIS ATUALMENTE NO SUS:

ISONIAZIDA + RIFAPENTINA (HP)



PREFERENCIAL

- Apresentação P – 150mg
- Apresentação H – 100 ou 300mg
- Dose de P: 900mg/1x semana (6cps)
- Dose de H: 900mg/1x semana (3-9cps)
- **Duração 12 doses (12 a 15 semanas)**
- **NÃO INDICADO** em gestantes
- Se perdeu ≥ 3 doses ou 3 semanas, reinicie
- Contraindicado com:
 - **IP e NVP**
- Sem necessidade de ajuste de dose de TARV

RIFAMPICINA (R)



- Apresentação 300 mg
- Adultos 600mg/dia (2cps)
- **Duração 120 doses (4 a 6 meses)**
- Preferencial para hepatopatas, >50 anos e <10 anos de idade
- Se perdeu ≥ 60 doses ou 2 meses, reinicie
- Contraindicado com:
 - **IP e NVP**
- Necessidade de ajuste de dose com DTG e RAL
 - DTG 50mg 12-12h
 - RAL 800mg 12-12h

ISONIAZIDA (H)



- Apresentação 100 e 300 mg
- Dose adultos 300mg/dia (1 a 3cps)
- **Duração 270 doses (9 a 12 meses)***
- **PODE** ser usado em gestantes
- Sem contraindicação de TARV ou necessidade de ajuste de dose
- Se perdeu ≥ 90 doses ou 3 meses, reinicie
- Prescrever Piridoxina (Vit B6) na dose de 50 a 100mg/ dia para prevenção de neurite periférica.

* Considerar o regime de 180 doses (6 a 9 meses) em casos individuais após avaliação da adesão. O esquema de 270 doses tem melhor eficácia se comparado ao esquema de 180 doses.

Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil



Repositório contendo publicações técnicas, ofícios, boletins, notas técnicas, notas informativas, resoluções e outros materiais da CGTM/DATHI/SVSA/MS:



REFERÊNCIAS

- 1 WHO consolidated guidelines on tuberculosis: tuberculosis preventive treatment. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://impact4tub.org/wp-content/uploads/2020/03/WHO-Consolidated-Guidelines-on-TB-Preventative-Therapy-2020.pdf>
- 2 Ford N, Matteelli A, Shubber Z, Hermans S, Meintjes G, Grinsztejn B, et al. TB as a cause of hospitalization and in-hospital mortality among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. Journal of the International AIDS Society. 2016 Jan;19(1):20714. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4712323/>
- 3 Boletim Epidemiológico: Tratamentos da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil, 2018-2023. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde. Volume 56 | N.º 1 | 10 jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2025/boletim-epidemiologico-volume-56-n-1.pdf/view>
- 4 Akolo C, Adetifa I, Shepperd S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;2010(1):CD000171. doi: 10.1002/14651858.CD000171.pub3. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7043303/>
- 5 Ayele HT, Mourik MSM van, Debray TPA, Bonten MJM. Isoniazid Prophylactic Therapy for the Prevention of Tuberculosis in HIV Infected Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. PLoS One. 2015 Nov 9;10(11):e0142290. doi: 10.1371/journal.pone.0142290. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4638336/>
- 6 Golub JE, Saraceni V, Cavalcante SC, et al. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. AIDS. 2007 Jul 11;21(11):1441-8. doi: 10.1097/QAD.0b013e328216f441. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3063947/>
- 7 Golub JE, Pronyk P, Mohapi L, et al. Isoniazid preventive therapy, HAART and tuberculosis risk in HIV-infected adults in South Africa: a prospective cohort. AIDS. 2009 Mar 13;23(5):631-6. doi: 10.1097/QAD.0b013e328237964f. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3063949/>
- 8 Golub JE, Cohn S, Saraceni V, et al. Long-term Protection From Isoniazid Preventive Therapy for Tuberculosis Incidence in HIV-Infected Patients in a Medium-Burden Tuberculosis Setting: The TB/HIV in Rio (THIR) Study. Clin Infect Dis. 2015 Feb 15;60(4):639-45. doi: 10.1093/cid/ciu849. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4366579/>
- 9 Dowdy DW, Golub JE, Saraceni V, et al. Impact of isoniazid preventive therapy for HIV-infected adults in Rio de Janeiro, Brazil: an epidemiological model. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014 Aug 15;66(5):552-8. doi: 10.1097/QAI.0000000000000219. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4257469/>
- 10 Chaisson L, Saraceni V, Cohn S, Cavalcante S, Chaisson RE, Golub J, et al. CD4 count-based guidelines for tuberculin skin testing and tuberculosis preventive therapy in people living with HIV. In Mexico; 2019 [cited 2019 Oct 4]. Disponível em: <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract3724>
- 11 Rangaka MX, Wilkinson RJ, Boule A, Glynn JR, Fielding K, van Cutsem G, et al. Isoniazid plus antiretroviral therapy to prevent tuberculosis: a randomised double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet. 2014 Aug;384(9944):682-90. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4233253/>
- 12 The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. N Engl J Med. 2015 Aug 27;373(9):808-22. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1507198?>
- 13 Badje A, Moh R, Gabillard D, Guéhi C, Kabran M, Ntakpé J-B, et al. Effect of isoniazid preventive therapy on risk of death in west African, HIV-infected adults with high CD4 cell counts: long-term follow-up of the Temprano ANRS 12136 trial. Lancet Glob Health. 2017 Nov;5(11):e1080-9. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(17\)30372-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30372-8.pdf)
- 14 Charalambous S, Grant AD, Innes C, et al. Association of isoniazid preventive therapy with lower early mortality in individuals on antiretroviral therapy in a workplace programme. AIDS. 2010 Nov;24 Suppl 5(S5):S5-13. doi: 10.1097/01.aids.0000391010.02774.6f. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3724406/>
- 15 Chaisson RE, Golub JE. Preventing tuberculosis in people with HIV—no more excuses. Lancet Glob Health. 2017 Nov;5(11):e1048-e1049. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30390-X. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6352306/>
- 16 Hakim J, Musiime V, Szubert AJ, et al. Enhanced Prophylaxis plus Antiretroviral Therapy for Advanced HIV Infection in Africa. N Engl J Med. 2017 Jul 20;377(3):233-45. doi: 10.1056/NEJMoa1615822. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5603269/>
- 17 Matteelli A, Sulis G, Capone S, et al. Tuberculosis elimination and the challenge of latent tuberculosis. Press Med. 2017 Mar;46(2 Pt 2):e13-e21. doi: 10.1016/j.lpm.2017.01.015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498217300556?via%3Dihub>
- 18 Getahun H, Matteelli A, Chaisson RE, Raviglione M. Latent Mycobacterium tuberculosis Infection. N Engl J Med. 2015 May 28;372(22):2127-35. doi: 10.1056/NEJMra1405427. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1405427?>
- 19 Raviglione M, Marais B, Floyd K, et al. Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control: progress and new developments. Lancet. 2012 May 19;379(9829):1902-13. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60727-2. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612607272?via%3Dihub>
- 20 Schito M, Hanna D, Zumla A. Tuberculosis eradication versus control. Int J Infect Dis. 2017 Mar;56:10-13. doi: 10.1016/j.ijid.2016.11.007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971216312243?via%3Dihub>
- 21 Dye C, Glaziou P, Floyd K, Raviglione M. Prospects for Tuberculosis Elimination. Annu Rev Public Health. 2013;34(1):271-86. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114431. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/docserver/fulltext/publhealth/34/1/annurev-publhealth-031912-114431.pdf?>

