

POSICIONAMENTOS CIENTÍFICOS DO GEDIIB

# Tratamento da Tuberculose Infecção

**GEDIIB**  
ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE DOENÇA DE CROHN E COLITE



***Editores/Revisores***

Eduardo Garcia Vilela

Rogério Saad Hossne

**Tratamento da Tuberculose Infecção**



São Paulo/SP – 2026



 [WWW.GEDIIB.ORG.BR](http://WWW.GEDIIB.ORG.BR)

Copyright © 2026 por Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite (GEDIIB).

**Todos os direitos reservados ao GEDIIB.**  
**Av. Brigadeiro Faria Lima, 239 - 10º andar**  
**CEP 01452-000 - São Paulo – SP**  
**wwwgediib.org.br • contato@gediib.org.br**

**Coordenação Editorial**

Fátima Lombardi

**Projeto Gráfico e Produção**

Roberta Kawashima

*É expressamente proibida a reprodução desta obra,  
no todo ou em partes, sem a autorização do GEDIIB.  
Este livro é subsídio científico exclusivamente para médicos.*

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

**GEDIIB**  
ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE DOENÇA DE CROHN E COLITE

 [WWW.GEDIIB.ORG.BR](http://WWW.GEDIIB.ORG.BR)

**Autoras: Genoile Oliveira Santana Silva e  
Vanessa Teixeira Martins Campos**

Revisores: *Eduardo Garcia Vilela e Rogerio Saad Hossne*

## 1) Introdução

A tuberculose (TB) pode ser causada por sete espécies de bacilo, porém o principal agente no nosso meio é o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. A TB está presente em diversos países ao redor do mundo e representa importante problema de saúde pública global, motivo pelo qual foi criado um programa internacional de controle, considerando-se sua elevada morbimortalidade, especialmente em indivíduos imunocomprometidos. Em 2024, foram notificados no Brasil 85.936 novos casos, número maior quando comparado aos 84 mil casos de 2023. Desde 2021, mais de 5000 óbitos anuais têm sido atribuídos a esta infecção, concentrados principalmente em populações vulneráveis.(1,2)

O controle e tratamento da TB é responsabilidade de cada país. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) é a Instituição responsável por estas ações, por meio de publicação e divulgação das normas, distribuição e dispensação do tratamento, até o treinamento da equipe de profissionais, que atendem os usuários nas Unidades de Saúde. A notificação de todos os casos é compulsória. O médico assistente é responsável pela emissão do relatório informando o histórico da doença e seu tratamento, critério diagnóstico da TB, além da prescrição do tratamento indicado.(3)

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da TB, tem 30% de chance de infectar-se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais. Os indivíduos infectados, em geral, permanecem saudáveis por muitos anos, pois há imunidade parcial ao bacilo. Essa condição é atualmente conhecida como infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (TBi), antigamente denominada infecção latente pela TB. São assintomáticos e não transmitem a doença, mas são reconhecidos por testes diagnósticos. Antes de se afirmar que um indivíduo tem TBi, é fundamental excluir TB doença (TBd), antigamente denominada TB ativa, por meio da anamnese, exame clínico, laboratorial e radiografia de tórax (por vezes tomografia computadorizada de tórax). A TBi, é caracterizada pela presença do bacilo viável, no entanto não ocorre o desenvolvimento da doença pois há resposta imunológica adequada. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primoinfecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em

consequência de exposição a uma nova fonte de infecção. Diabetes mellitus, uso de terapia biológica e indivíduos convivendo com HIV e desnutrição também são considerados fatores de risco para TBd.(3-5).

## **2) Diagnóstico de Tuberculose infecção**

Pacientes com doença inflamatória intestinal (DII) frequentemente necessitam de terapias imunossupressoras, incluindo corticosteroides sistêmicos e terapias biológicas. Essas medicações estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de TBd, sendo mandatória a investigação sistemática da TBI antes do início de tais tratamentos e, quando indicado, deve ser realizado o tratamento da TBI.(2) A partir da nota informativa do MS de 2023, foi indicado o rastreamento da TBI não apenas para pacientes com indicação de corticoterapia e terapia anti-TNF alfa, mas também em pacientes que poderão ser submetidos a tratamento com imunossupressores e demais imunobiológicos.(6)

Para o diagnóstico de TBI é necessário realizar o “purified protein derivative” (PPD) ou “Interferon-Gamma Release Assay” (IGRA), além da radiografia de tórax. Não há superioridade do IGRA sobre o PPD e vice-versa. O PPD sofre influência da vacina bacilo de Calmette-Guérin (BCG) até dois anos depois de sua aplicação. No caso do IGRA, existe a possibilidade de resultado indeterminado, especialmente em condições de moradia em região endêmica, tratamento com corticoide ou imunossupressor, atividade de doença, idade avançada, baixos níveis de albumina, linfopenia e altos níveis de proteína C reativa.(7) o exame deve ser repetido o mais breve possível, e se o resultado for mantido, é recomendado considerar o tratamento de TBI.

## **3) Tratamento da Tuberculose infecção**

Segundo o Protocolo de Vigilância da Infecção Latente (TBI) pelo Mycobacterium tuberculosis do Brasil, devem receber tratamento para TBI indivíduos com PPD maior ou igual a 5 mm e IGRA positivo, que estejam em uso ou iniciarão terapia biológica com ação anti-TNF alfa ou uso de dose acima de 15 mg/dia de prednisona por período superior a um mês. Além disso, todos os indivíduos com PPD maior ou igual a 5 mm e IGRA positivo e que tenham alterações radiológicas pulmonares fibróticas sugestivas de sequelas de TB, independe de ter alguma doença ou estar em tratamento, também tem indicação de tratamento da TBI. No mesmo protocolo, estão

incluídos os pacientes com PPD maior ou igual a 5mm ou IGRA positivo em pré-transplante em uso de terapia imunossupressora (8).

A partir de 2020, os esquemas recomendados pelo Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis do Brasil e republicados na nota informativa do MS número 4/2024 são:

- a) Isoniazida 900 mg + Rifapentina 900 mg, indicada para adultos  $\geq 50$  kg, uma vez por semana, por 3 meses (total de 12 doses), havendo possibilidade de completar o esquema em até 15 semanas, conforme adesão do tratamento. O protocolo prevê ajuste de dose por peso corporal;
- b) Rifampicina (600 mg/dia), indicada para adultos  $\geq 50$  kg, administrada diariamente por 4 meses, totalizando 120 doses; que podem ser completadas no período de 4 a 6 meses, conforme adesão ao tratamento.
- c) Esquemas pediátricos incluem isoniazida (10 mg/kg/dia; dose máxima: 300 mg/dia) administrada diariamente por 6 meses (totalizando 180 doses, a serem completadas em 6 a 9 meses) ou por 9 meses (270 doses, a serem completadas em 9 a 12 meses), bem como rifampicina (dose: 15 mg/kg/dia; dose máxima: 600 mg/dia) administrada diariamente por 4 meses. O esquema de isoniazida por 9 meses apresenta maior eficácia quando comparado ao esquema de 6 meses.(9)

Durante o tratamento de Tbi é importante levar em consideração o número de doses utilizadas e não apenas o tempo de tratamento. A rifampicina é o tratamento de escolha para hepatopatas e pessoas acima de 50 anos. É recomendado o acompanhamento regular para avaliação clínica, seguimento da adesão ao tratamento e de eventos adversos, sendo que no esquema com INH e rifapentina estão indicadas avaliações mensais.(8,9)

#### **4) Informações Adicionais**

Em nota informativa do MS, publicada em 2023, foi recomendado que pacientes com DII em uso contínuo de terapia com ação imunossupressora (sem indicação prévia de tratamento para Tbi ou TBd) realizem rastreio anual para Tbi por meio do PPD e/ou IGRA. Caso o resultado seja positivo, está indicado o tratamento sem repetição de novos exames de rastreio. Vale salientar que, pacientes em uso de terapia com

potencial imunossupressor devem ser triados em cada consulta, quanto a novos contatos com TBd.(6)

Em 2025, foi publicado um consenso que abordou o manejo de TB em pacientes com doenças imunomediadas e contou com participação de entidades médicas, incluindo a Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite (GEDIIB). Neste artigo, os autores recomendam a triagem de TBI também em pacientes com doenças imunomediadas em uso de pequenas moléculas. O consenso recomendou que o diagnóstico de TBI deve ser considerado nos pacientes com doenças imunomediadas contactantes de TB pulmonar ou laríngea e seu tratamento instituído. Além disso, foi recomendado que pacientes sem tratamento prévio de TB realizem exames para triagem de TBI anuais durante o período de 3 anos e, em caso de mudança da terapia, a triagem está recomendada por um período de mais 3 anos. (7) Desde então, não houve publicação de novo protocolo do MS com as condutas recomendadas no consenso.

Estudo realizado em nosso meio demonstrou aumento significativo do risco de TBd em pacientes com DII em tratamento. O uso de tiopurinas aumentou o risco em 5,85 vezes, anti-TNF em 3,93 vezes e a combinação azatioprina + anti-TNF em 9,03 vezes. (10) Vale salientar que estudos realizados em pacientes com DII de outros países demonstraram risco variável de desenvolvimento de Tbd, baseado na endemicidade de cada local estudado.(11)

Mesmo após o tratamento da TBI, o paciente imunocomprometido pode desenvolver TBd. Pacientes com DII que desenvolvem TBd durante uso de terapia com potencial imunossupressor, representam um desafio clínico, especialmente pela localização atípica da doença. Em outro estudo realizado no Brasil em pacientes com DII acompanhados em centro terciário registrou tuberculose disseminada em 50% dos casos.(12)

O MS recomenda que o tratamento da TBI seja iniciado 30 dias antes do uso da terapia imunossupressora. Quando diagnosticada a TBI durante o tratamento da DII, recomenda-se tratamento da TBI, além de vigilância e monitoramento, devido ao risco de desenvolvimento de TBd.(5) O Consenso Europeu que aborda infecções em DII, recomenda aguardar 4 semanas para início do tratamento imunossupressor, exceto em casos de maior urgência clínica após aconselhamento especializado.(13)

A escassez de ensaios clínicos randomizados, avaliando estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB em pacientes com DII, dificulta a construção de um posicionamento científico baseado em evidências científicas robustas. As orientações citadas são baseadas em publicações nacionais e internacionais e nos protocolos clínicos e notas informativas do MS. Em situações especiais, a decisão deve ser individualizada e compartilhada, considerando sempre os riscos e benefícios de acordo com a realidade local e acesso ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2024. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240061729>. Acesso em: 02 fev. 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Tuberculose, 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 03 abr. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/view>. Acesso em: 03 fev. 2026.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
4. Coussens AK, Zaidi SMA, Allwood BW, Dewan PK, Gray G et al. Classification of early tuberculosis states to guide research for improved care and prevention. *The Lancet Respiratory Medicine* 2024; 12: 484–498.
5. Campbell J, Winters N, Menzies D. Absolute risk of tuberculosis among untreated populations with a positive tuberculin skin test or interferon-gamma release assay result. *BMJ* 2020; 368: m549.
6. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 4/2023 – Investigação e tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
7. de Souza VA, Caparroz ALMA, Trevisani VFM, Gomes Tavares ACFM et al. Brazilian recommendations for the management of tuberculosis infection in immune-mediated inflammatory diseases. *Advances in Rheumatology* 2025; 65 (1): 18.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 4/2024 – Recomendações técnicas para o tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
10. Kedia S, Mouli VP, Kamat N, Sankar J et al. Risk of tuberculosis in inflammatory bowel disease patients. *World Journal of Gastroenterology* 2020; 26 (42): 6583–6596.
11. Kedia S, Mouli VP, Kamat N, Sankar J, Ananthakrishnan A, et al. Risk of Tuberculosis in Patients With Inflammatory Bowel Disease on Infliximab or Adalimumab Is Dependent on the Local Disease Burden of Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 2020; 115(3): 340-349.
12. Freitas Cardoso de Azevedo M, Barros LL, Fernandes Justus F, Oba J et al. Active tuberculosis in inflammatory bowel disease patients: a case-control study. *Therap Adv Gastroenterol.* 2023;16:17562848231179871.
13. Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, Rahier JF, et al. ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis.* 2021;15(6):879-913.