

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC	Emissão: 21/08/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 21/08/2025

1. AUTORES

- Jorge Luiz Nobre Rodrigues
- Evelyne Santana Girão
- Matheus Alves de Lima Mota
- Roberto da Justa Pires Neto
- Ruth Maria Araújo
- Marcus Vinicius Dantas da Nobrega
- Fernanda Santiago Gomes

2. SIGLAS E CONCEITOS

- Aids: Síndrome da imunodeficiência adquirida
- BAAR: bacilo álcool-ácido resistente
- BCG: Bacilo de Calmette e Guérin
- CH-UFC: Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará
- DNA: Ácido desoxirribonucleico
- HIV: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- IGRA: *Interferon Gamma Release Assay* (Ensaio de liberação de interferon-gama)
- LF-LAM: Teste de fluxo lateral para detecção de Lipoarabinomanano em urina
- MS: Ministério da saúde
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PCR: *Polymerase chain reaction* (Reação em cadeia da polimerase)
- PS: Profissionais de saúde
- PVHA: Pessoas vivendo com HIV/aids
- RH: Rifampicina e isoniazida
- RHZE: Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol
- TARV: Terapia antirretroviral
- TB: Tuberculose
- TRM-TB: Teste rápido molecular para tuberculose

3. OBJETIVO

- ✓ Orientar sobre o diagnóstico, o tratamento e medidas de isolamento da tuberculose (TB) no CH-UFC.

4. DESCRIÇÃO

Globalmente, estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram por TB em 2019, um número que tem diminuindo muito lentamente nos últimos anos. Havia uma estimativa de 1,2 milhões de mortes por tuberculose entre pessoas HIV-negativas em 2019, e um adicional de 208.000 mortes entre pessoas HIV-positivas (1).

O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e TB- Vírus da Imunodeficiência



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC	Emissão: 21/08/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 21/08/2025

Humana (HIV) considerados prioritários pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle da doença no mundo. Em 2015, o percentual de detecção da tuberculose no país, segundo a OMS, foi de 87%. Nos últimos 10 anos, foram diagnosticados, em média, 71 mil casos novos da doença no país. A TB é a 4ª causa de morte por doenças infecciosas no Brasil e a primeira nos pacientes com aids . Apesar da importância da co-infecção HIV/TB, apenas metade dos casos novos de TB realizam sorologia para HIV.

O Ceará possui taxa de incidência superior à média nacional e, em relação ao Nordeste, está abaixo somente de Pernambuco. No estado, foram diagnosticados 3.943 casos novos de TB em 2019, correspondendo a um coeficiente de incidência de 43,2 casos/100 mil habitantes, enquanto em 2020 houve 3.287 casos novos diagnosticados, reduzindo sua incidência para 36,0

A maioria dos casos de TB é diagnosticada e tratada ambulatorialmente. Contudo, é significativo o número de casos de TB diagnosticados e tratados em emergências e em enfermarias de hospitais, em parte pela desorganização do sistema de saúde em algumas regiões ou cidades, mas também pela associação da TB à infecção por HIV e a outras doenças imunossupressoras, o que , representa risco de exposição para profissionais de saúde (PS) e outros pacientes (3,4).

4.1. Etiologia, Transmissão e Risco Ocupacional

O agente etiológico da TB é o *Mycobacterium tuberculosis*, uma micobactéria alcool-ácido resistente de crescimento lento e fastidioso. A TB é transmitida de indivíduo para indivíduo por meio de aerossóis infectantes eliminados no ar através da tosse ou da fala. Pacientes com TB pulmonar bacilífera são as principais fontes de transmissão da doença. Sabe-se que o elevado risco de exposição à TB em ambiente hospitalar relaciona-se com falhas no reconhecimento, isolamento e manejo de pacientes com TB pulmonar. Apesar deste risco já ser conhecido entre os PS, verifica-se uma baixa adesão destes às medidas de prevenção e controle da doença (5).

É necessário atentar para a importância da necessidade do isolamento respiratório de pacientes com TB pulmonar e/ou laríngea presumida ou confirmada. O fluxo adequado do paciente dentro de uma instituição hospitalar é um dos pontos mais importantes para a redução do risco da transmissão de *M. tuberculosis*. Para a redução do risco de exposição nosocomial, PS devem estar preparados para reconhecer precocemente todo paciente com suspeita de TB pulmonar desde o momento da admissão e, para isso, é determinante o conhecimento de aspectos epidemiológicos e clínicos da TB (5).

Pela possibilidade de transmissão nosocomial, todo paciente com TB pulmonar e/ou laríngea confirmada ou presumida deve ser admitido em isolamento respiratório (precauções para aerossóis), isto é, em quartos individuais e, de preferência, com pressão negativa. A retirada do isolamento de um caso suspeito somente dever ser autorizada após pelo menos duas baciloskopias diretas negativas. Para os pacientes com TB pulmonar confirmada e bacilífera, a retirada do isolamento respiratório somente deve ser autorizada após 14 a 21 dias de tratamento efetivo e, idealmente, após negativação documentada da bacilosкопия do escarro de boa qualidade ou outra amostra respiratória (aspirado traqueal ou lavado



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC	Emissão: 21/08/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 21/08/2025

broncoalveolar), de acordo com o contexto clínico (6).

Vale ressaltar que em casos de TB extrapulmonar, o isolamento também está indicada apenas se houver exsudato que não possa ser contido por drenagem fechada e/ou curativos oclusivos. Nestes casos, sugere-se avaliação individualizada.

5. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A TB pode se manifestar das mais diversas formas, acometendo praticamente qualquer órgão ou tecido corporal. A apresentação mais comum é a pulmonar, seguida pela pleural e ganglionar. A TB pulmonar se apresenta com tosse produtiva, febre vespertina, perda de peso, hiporexia e astenia. Com a progressão da doença, escarros hemoptóicos, ou mesmo franca hemoptise, assim como dispneia costumam aparecer (7).

Nos pacientes imunossuprimidos a TB se manifesta de forma atípica de acordo com o grau de imunossupressão. São mais frequentes as formas disseminadas e extrapulmonares. A TB pulmonar toma um curso mais brando pela ineficiência do sistema imunológico. A tosse nem sempre é produtiva, cavitações pulmonares são menos comuns e sintomas como febre e perda de peso podem ser confundidos com o próprio diagnóstico da aids, tornando o diagnóstico mais complexo (8).

6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

6.1. Exames Laboratoriais

O diagnóstico da TB nem sempre é simples. Muitas vezes não é possível isolar o agente etiológico. A leitura de esfregaços de escarro ou outros materiais de focos infecciosos corados pela técnica de Ziehl-Neelsen é o exame diagnóstico mais utilizado. Entretanto, em crianças ou imunocomprometidos, a coleta adequada do material e a chance de positividade do mesmo são mais difíceis (9).

No Brasil, a pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) em escarro tem elevado valor preditivo positivo (maior que 95%), mas baixa sensibilidade (40-60%), sendo necessárias pelo menos duas coletas para aumentar a chance de diagnóstico (10). O diagnóstico padrão-ouro é o isolamento das colônias em meios de cultura apropriados. A cultura para micobactérias deve ser realizada em meios seletivos e não seletivos. As formulações seletivas mais utilizadas são Löwenstein-Jensen e Middlebrook.

Nesses meios de cultura, o tempo médio de crescimento das colônias é de seia a oito semanas, o que retarda o diagnóstico levando a maior extensão e gravidade da enfermidade e maior tempo de exposição dos contactantes. A cultura permite a identificação da micobactéria e a realização do teste de sensibilidade, além de aumentar o rendimento diagnóstico em 20-40% (10). Métodos mais novos com meios de cultura líquidos oferecem um diagnóstico mais rápido, num tempo de sete-14 dias, por antecipar o crescimento através da leitura de níveis de dióxido de carbono marcado.

O teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) é um teste de amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção de DNA dos bacilos do complexo *M. tuberculosis* e



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC	Emissão: 21/08/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 21/08/2025

triagem para resistência à rifampicina com sensibilidade para tal girando em torno de 95% pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real. O teste apresenta o resultado em aproximadamente duas horas em ambiente laboratorial, sendo necessária somente uma amostra de escarro e sua sensibilidade em amostras de escarro de adultos é de cerca de 90% sendo superior à da baciloscoopia. Amostras recomendadas para realização do TRM-TB são escarro, escarro induzido, lavado broncoalveolar, lavado gástrico, líquor, gânglios linfáticos e outros tecidos (11). É possível ainda a realização do teste molecular em outros espécimes clínicos, como líquido cefalorraquidiano, líquido pleural, líquido ascítico, etc., contanto que não tenham sangue.

A aferição da resposta celular à inoculação de antígenos micobacterianos, através do teste tuberculínico é de baixo valor diagnóstico para distinguir doença ativa, uma vez que resultados falsos positivos (infecção latente, infecção por outras micobactérias com reação cruzada, vacinação com BCG) e resultados falso-negativos (imunossupressão, ineficiência da resposta celular, técnica de aplicação mal executada) são comuns (10).

6.2. Exames de Imagem

Exames de imagem, apesar de não específicos, podem auxiliar sobremaneira na vigência de quadro clínico compatível, no diagnóstico da TB. A radiografia simples de tórax pode oferecer informações importantes para o diagnóstico de TB pulmonar e/ou pleural. A ultrassonografia de tórax auxilia na confirmação da presença de líquido pleural. A ultrassonografia de abdome pode auxiliar no diagnóstico de ascite, linfadenopatia retroperitoneal ou em hilo hepático, além de alterações renais. A ultrassonografia cervical pode auxiliar na identificação de linfadenopatia cervical. Exames de imagem mais precisos, como tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética podem ser úteis para diagnósticos mais difíceis como TB meníngea, TB vertebral, TB medular.

6.3. Outros

A TB em gânglios ou estruturas corporais internas, muitas vezes necessita de biópsia com estudo histopatológico, análise a fresco e cultura. Raras são as vezes em que a histopatologia identifica os bacilos álcool-ácido resistentes, entretanto podem favorecer o diagnóstico ao evidenciar granulomas com necrose caseosa central.

Para as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) com contagem de linfócitos T CD4+ menor que 200 células/mm³ ou PVHA gravemente doente com manifestações clínicas compatíveis com TB OU PVHA gravemente doente (qualquer um dos achados: frequência respiratória \geq 30 respirações/minuto; frequência cardíaca \geq 120 batimentos/minuto; incapacidade de deambular sem auxílio; temperatura corporal \geq 39°C, considerando a epidemiologia local e julgamento clínico), o teste de fluxo lateral para detecção de Lipoarabinomanano em urina (LF-LAM) pode ser utilizado para rastreamento e diagnóstico de tuberculose ativa.

O ensaio de liberação de interferon-gama (IGRA), que *in vitro* podem mostrar a resposta dos linfócitos T de memória à apresentação de antígenos específicos do *M. tuberculosis*, têm maior especificidade para o diagnóstico e não têm interação com a vacinação com BCG. Trata-se de exame usado para diagnóstico de TB latente.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC	Emissão: 21/08/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 21/08/2025

7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O esquema de tratamento da tuberculose é padronizado, deve ser realizado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) e compreende duas fases: a intensiva (ou de ataque), e a de manutenção. A fase intensiva tem o objetivo de reduzir rapidamente a população bacilar e a eliminação dos bacilos com resistência natural a algum medicamento, por conseguinte, diminuindo a contagiosidade. A fase de manutenção tem o objetivo de eliminar os bacilos latentes ou persistentes e a redução da possibilidade de recidiva da doença.

Atualmente, o tratamento para casos novos, recidivas e retratamento pós-abandono se faz com quatro drogas: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol em fase de ataque por dois meses, seguido de rifampicina e isoniazida em fase de manutenção por quatro meses. Nos casos de meningite tuberculosa ou osteoarticular, a fase de manutenção deve se estender por dez meses, conforme orientação do MS (11).

Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição. O tratamento das formas extrapulmonares (exceto a meningoencefálica e óssea) terá a duração de seis meses. Em casos individualizados, cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória, o tratamento poderá ser prolongado(11).

Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

Esquema	Faixas de peso	Unidade/dose	Duração
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Esquema Básico para o tratamento da TB meningoencefálica e osteoarticular em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

Esquema	Faixas de peso	Unidade/dose	Duração
RHZE 150/75/400/275 mg	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC		Emissão: 21/08/2023	Próxima revisão: 21/08/2025
			Versão: 1	
(comprimidos em doses fixas combinadas)	51 a 70 Kg	4 comprimidos		
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos		
RH 300/150 mg ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg		
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg		10 meses (fase de manutenção)
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg		
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg		

Quanto ao tratamento da TB nos portadores de HIV, não há recomendações especiais, seguem-se as mesmas recomendações dos não infectados. Deve-se, entretanto, ter cuidado com a interação medicamentosa com os antirretrovirais (11). Nos casos de concomitância entre tuberculose meningoencefálica e qualquer outra localização, usar o esquema para a forma meningoencefálica.

Na meningoencefalite tuberculosa deve ser associado corticosteróide ao esquema anti-TB: prednisona oral (1 a 2 mg/kg /dia) por quatro semanas ou dexametasona intravenoso nos casos graves (0,3 a 0,4 mg /kg /dia), por 4 a 8 semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.

Excetuando a TB meningoencefálica, em todas as outras coinfecções TB-HIV deve-se iniciar a terapia antirretroviral (TARV) em até 14 dias após o início do tratamento para TB. Para a TB meningoencefálica, a TARV deve ser iniciada apenas após 8 semanas do início do tratamento para TB.

7.1. Complicações

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: (1) reações adversas menores, em que normalmente não é necessária a suspensão do medicamento anti-TB; (2) reações adversas maiores, que normalmente causam a suspensão do tratamento.

A maioria dos pacientes completa o tratamento sem qualquer reação adversa relevante. Nesses casos, não há a necessidade de interrupção ou substituição do Esquema Básico. Reações adversas “maiores” que determinaram alteração definitiva no esquema terapêutico variam de 3% a 8%. Os fatores de risco mais referidos para o desenvolvimento de tais efeitos são:

- (a) Idade (a partir da quarta década);
- (b) Dependência química ao álcool (ingestão diária de álcool > 80 g);
- (c) Desnutrição (perda de mais de 15% do peso corporal);
- (d) História de doença hepática prévia;
- (e) Cinfecção pelo vírus HIV, em fase avançada de imunossupressão (11).



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC	Emissão: 21/08/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 21/08/2025

As reações adversas mais frequentes ao esquema com RHZ, utilizado por muitos anos no Brasil, são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%). Deve ser ressaltado que quando a reação adversa corresponde a uma reação de hipersensibilidade grave como, por exemplo, plaquetopenia, anemia hemolítica, insuficiência renal, etc., o medicamento suspeito não pode ser reiniciado após a suspensão, pois na reintrodução a reação adversa é ainda mais grave.

Informações detalhadas acerca da conduta frente às reações adversas podem ser obtidas no Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, 2019 (11).

8. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

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

- (a) Meningoencefalite tuberculosa;
- (b) Intolerância aos medicamentos anti-TB incontrolável em ambulatório;
- (c) Estado geral que não permita tratamento em ambulatório;
- (d) Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não à TB que necessitem de tratamento e/ou procedimento em unidade hospitalar;
- (e) 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 (11).

9. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

9.1. Critérios de alta hospitalar

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

9.2. Recomendações ao paciente pós-alta

O paciente com TB deverá receber alta hospitalar tendo sido devidamente esclarecido quanto ao tratamento e a necessidade de adesão. Medicação deve ser prescrita para uso por pelo menos 1 mês após a alta. Consulta em um serviço de referência ou unidade de atenção básica deve ser agendada antes da alta. Relatório com todas as informações do internamento deve ser entregue ao paciente.

10. REFERÊNCIAS

1. Global strategy for tuberculosis research and innovation (WHA73.3), Seventy-third



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC	Emissão: 21/08/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 21/08/2025

World Health Assembly Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R3-en.pdf, accessed 1 September 2020).

2. Ceará. Secretaria da Saúde. Informe Epidemiológico Tuberculose 2021. Fortaleza, 2021.

3. Kriski AL, Ruffino-Netto A. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. Int J Tuberc Lung Dis. 2000;4:622-6.

4. Resende MR, Sinkoc VM, Garcia MT, Moraes EO, Kriski AL, Papaiordanou PMO. Indicadores relacionados ao retardo no diagnóstico e na instituição das precauções para aerossóis entre pacientes com tuberculose pulmonar em um hospital terciário. J Bras Pneumol. 2005;31(3):225-30.

5. Pires Neto RJ, Costa CO, Bastos Filho JBB, Lins JMM, Feitosa RGF, Leitão TMJS, et al. Tuberculosis in hospital environment: clinical profile in a tertiary hospital from Ceará and level of knowledge of health personnel about control measures. RBPS. 2010;23(3): 260-67.

6. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health care facilities. Morb Mortal Wkly Rep. 1994;43(RR13):1-131.

7. Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis. In: MANDELLI, G. L.; BENNETT, J. E.; DOLIN, R. Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia: Elsevier, 2005. cap. 248 , p. 2852-2886.

8. De Jong BC et al. Clinical management of tuberculosis in the context of HIV infection. Annu.Rev.Med., v. 55, p. 283-301, 2004.

9. Lalvani A, Pareek M. A 100 year update on diagnosis of tuberculosis infection. Br Med Bull. 2010;93:69-84.

10. Conde MB et al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. 2009;35:1018-48.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Circuito da aids avançadas – fluxogramas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SCIH-CHUFC.007	
Título do Documento	CONDUTA COM PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE ATIVA NO CH-UFC	Emissão: 21/08/2023	Próxima revisão: 21/08/2025 Versão: 1

ELABORAÇÃO	
Jorge Luiz Nobre Rodrigues Evelyne Santana Girão Matheus Alves de Lima Mota Roberto da Justa Pires Neto Ruth Maria Araújo Marcus Vinicius Dantas da Nobrega Fernanda Santiago Gomes	
VALIDAÇÃO	
Paula Manuela Rodrigues Pinheiro Bertoncini Unidade de Gestão da Qualidade	
Conforme Processo SEI nº 23533.029584/2023-87 , assinado eletronicamente.	
APROVAÇÃO	
Jorge Luiz Nobre Rodrigues Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde	Conforme Processo SEI nº 23533.029584/2023-87 , assinado eletronicamente..
Emeline Moura Lopes Chefe do Setor de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.029584/2023-87 , assinado eletronicamente..

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2023,
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebsrh.gov.br*