

Tuberculose na infância no Brasil — atualização 2026

DC SBP nº 40 (23/04/2026) comparado com OMS, AAP/CDC/ATS-IDSA, NICE, SEIP/AEP, SITIP, Harvard (Sentinel Project) e Johns Hopkins.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Pneumologia
Atualização SBP: DC nº 40 de 23/04/2026 · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e AAP, NICE, AEP, Sociedade Italiana de Pediatria, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins Children's Center. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) · [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. O que a SBP recomenda | 3. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição das referências internacionais | 4. Síntese |
| | 5. Fontes |

EM RESUMO

O DC nº 40 consolida em um só documento as Notas Informativas do Ministério da Saúde de 2022–2024 que atualizaram o Manual de Recomendações de 2019: investigação de contatos < 10 anos com PT ou IGRA (reagente **ou indeterminado**) e radiografia; quatro esquemas de tratamento preventivo (3RH dispersível, 3HP ≥ 2 anos, 4R suspensão para < 4 kg, 6H/9H); escore clínico-radiológico para tratar sem confirmação; Xpert MTB/RIF Ultra em escarro, lavado gástrico, gânglio, LCR e **fezes**; e o **esquema encurtado de 4 meses (2RHZ/2RH) para TB não grave de 2 a 16 anos**, com 12 meses para as formas meningoencefálica e osteoarticular. Nesses pontos o Brasil está alinhado à OMS 2022–2025 e à diretriz ATS/CDC/ERS/IDSA 2025, e à frente do NICE, que ainda prescreve 6 meses e não adota 3HP. As lacunas do DC estão na TB resistente (bedaquilina e delamanida liberadas pela OMS para todas as idades; BPaLM ≥ 14 anos), na profilaxia de contatos de TB-MDR (levofloxacino pela OMS; observação clínica no Brasil), nas doses em mg/kg e no corticoide na meningite.

1. O que a SBP recomenda

Documento: DC nº 40, 23/04/2026, 14 p. DC de Pneumologia (pres. Débora Carla Chong e Silva; sec. Luciana de Freitas Velloso Monte; relatores Clémax Couto Sant'Anna e Maria de Fátima Pombo Sant'Anna). Consolida as NI 7/2022 (escore), 5/2024 (esquema encurtado), 6/2024 (TPT) e 15/2024 (contatos) do MS.

Epidemiologia 2024: 84.308 casos novos no Brasil; < 15 anos 4,1% (3.468), < 10 anos 2,4%, < 4 anos 1,4%; determinantes sociais; meta de eliminação da OMS para 2035.

Recomendações

TEMA	POSIÇÃO DA SBP / MS
Contatos < 10 anos	Avaliação clínica + PT ou IGRA + RX; ILTB = PT ≥ 5 mm ou IGRA reagente ou indeterminado (2–10 anos); repetir PT/IGRA em 8 semanas se negativo. RN coabitante de TB pulmonar/laríngea: não vacinar BCG, rifampicina 10 mg/kg/dia por 4 meses, depois BCG. ≥ 10 anos: PT (sem IGRA) + RX
TPT — 4 esquemas	3RH comprimidos dispersíveis 75/50 mg (< 10 anos, 4–25 kg, 90 doses); 3HP 12 doses semanais (≥ 2 anos, sem HIV, capaz de deglutir); 4R suspensão 20 mg/mL (< 4 kg); 6H/9H quando os demais não são possíveis. Monorresistência: H-resistente → 4R; R-resistente → 6–9H. Contatos de TB-MDR: acompanhamento clínico por 2 anos sem medicamento. PVHIV: TPT independente de PT/IGRA se contato; ajustar TARV com rifampicina
Diagnóstico < 10 anos sem confirmação	Escore do MS: clínica ≥ 2 semanas 15; RX sugestivo 15; contato 10; PT ≥ 10 mm ou IGRA reagente/indeterminado 10 (5–9 mm: 5); desnutrição grave 5; melhora com antibiótico –10; RX normal –5. ≥ 40 tratar; 30–35 tratar a critério; ≤ 25 investigar
Microbiologia	Xpert MTB/RIF Ultra em escarro, lavado gástrico, ganglio, LCR e fezes (não em sangue); útil sobretudo em adolescentes; Ultra negativo não retarda tratamento com forte evidência clínico-radiológica. CAD (IA em RX) promissor, sem padrões pediátricos
Tratamento	4 meses (2RHZ/2RH; + E ≥ 10 anos) para TB não grave em 2–16 anos (adenopatia periférica, intratorácica sem obstrução, paucibacilar não cavitária em 1 lobo, pleural não complicada); ≤ 3 meses de idade ou < 4 kg: 2RHZ/4RH; grave: 6 meses; meningoencefalite e osteoarticular: 12 meses (2 + 10). Comprimidos dispersíveis RHZ 75/50/150 e RH 75/50 por faixa de peso (4–24 kg: 1–4 cp); ≥ 25 kg individualizado; ≥ 10 anos RHZE DFC
Extrapulmonar	Pleural, meningoencefálica (hidrocefalia, realce basal, infartos), ganglionar, osteoarticular

Não aborda: doses em mg/kg (OMS: H 10, R 15, Z 35, E 20); corticoide na TB meníngea; piridoxina; TB-MDR pediátrica (bedaquilina, delamanida, BPaLM); rastreio pré-natal e TB congênita; BCG (revacinação, vacinas M72); LAM urinário em HIV; monitorização hepática.

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
OMS	Módulo 5 — TB em crianças e adolescentes (2022) ; Módulo 1 — Tratamento preventivo, 2ª ed. (2024) ; Módulo 4 — TB resistente, atualização 2025 ; Notas sobre bedaquilina e delamanida em crianças (2023)	Xpert Ultra em aspirado gástrico, nasofaríngeo e fezes como teste inicial; algoritmos de decisão terapêutica com/sem RX. 2HRZ(E)/2HR para TB não grave dos 3 meses aos 16 anos ; meningite: 12 meses ou 6HRZEto em altas doses. TPT: 6H/9H, 3HP , 3HR (fortes); 1HP só ≥ 13 anos ; 4R condicional; levofloxacino 6 meses para contatos de TB-MDR (inclui crianças). TB resistente: bedaquilina e delamanida em todas as idades (formulações dispersíveis, desde 3 kg); BPaLM ≥ 14 anos; novo esquema BDLLfxC de 6 meses (2025). FDC dispersíveis RHZ 75/50/150 e RH 75/50.
AAP / CDC / ATS-IDSA	ATS/CDC/ERS/IDSA — Treatment of drug-susceptible and drug-resistant TB, 2025 update ; CDC — TB clinical care for children (2025) ; CDC — Latent TB infection treatment (2025) ; AAP Red Book 2024–2027	Incorpora o SHINE: 4 meses (2HRZ(E)/2HR) para TB não grave dos 3 meses aos 16 anos (forte, certeza moderada); TB grave 2HRZE/4HR; meningite 9–12 meses com especialista. < 5 anos: PT preferencial; ≥ 5 anos com BCG prévia: IGRA. ILTB: 3HP ≥ 2 anos , 4R e 3HR em todas as idades (preferidos), 6H/9H alternativos; 1HP não consta . TB-MDR: BPaL(M) ≥ 14 anos; < 14 anos esquemas mais longos com bedaquilina (perfil pediátrico favorável).
NICE / UKHSA (Reino Unido)	NICE NG33 — Tuberculosis (2016; atualizações 2019 e 02/2024)	< 2 anos contato próximo → Mantoux (IGRA seletivo); 2–17 anos → Mantoux, IGRA se positivo/inconclusivo. ILTB: 3HR ou 6H. TB ativa 2HRZE/4HR (6 meses) — não adota o esquema de 4 meses ; TB do SNC 12 meses (2HRZE/10HR) + corticoide. BCG neonatal seletiva (pais/avós de país com incidência ≥ 40/100.000). Não adota 3HP. A ERS coassinou a diretriz de 2025, mas não há adoção britânica formal do encurtamento pediátrico.
SEIP / SENP / AEP (Espanha)	Baquero-Artigao F et al. Actualización del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. An Pediatr 2023	< 2 anos e imunodeprimidos → PT + IGRA combinados ; ≥ 5 anos → PT ou IGRA (IGRA se BCG prévia). Xpert Ultra em aspirado gástrico (3 dias), escarro induzido e fezes . SHINE 4 meses para < 16 anos, não grave, baciloscopia negativa; padrão 6 meses; TB do SNC 12 meses. ILTB: 3HR, 4R ou 6–9H. TB-MDR: ≥ 9–12 meses com ≥ 4 fármacos do grupo A (fluoroquinolona + bedaquilina + linezolida).
SITIP / SIP (Itália)	Linee guida SITIP — Tuberculosis (2015–2016, 7 documentos) ; SITIP — update sobre 6HRZEto na meningite (2022) ; SIMRI/Bambino Gesù — Novità sulla tubercolosi (2024)	Diretrizes formais de 2015–2016 (diagnóstico, 1ª linha, TB resistente, vacinação, imunodeprimidos, TB neonatal, isolamento), sem atualização nacional. Notas e revisões recentes endossam a OMS 2022: Xpert Ultra em fezes, 4 meses para TB não grave, 6HRZEto opcional na meningite.
Harvard — Boston Children's / Sentinel Project	Sentinel Project on Pediatric Drug-Resistant TB — Field Guide, 5ª ed. (2021/2022) ; Boston Children's TB Program	Bedaquilina e delamanida em todas as idades (dose desde 3 kg); esquemas totalmente orais de 6–9 meses para TB-MDR pediátrica; pretomanida só ≥ 14 anos; tratamento de contatos de TB-MDR com levofloxacino. Sem guideline institucional pública do Boston Children's.
Johns Hopkins — Center for TB Research / SMART4TB	JHU Center for TB Research; SMILE-TB — 2 meses para TB não grave (Zâmbia)	Foco em pesquisa: ensaio SMILE-TB testa 2 meses para TB não grave partindo do padrão SHINE de 4 meses; estudo diagnóstico pediátrico global em curso. Prática clínica segue CDC/ATS-IDSA.

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP/MS	OMS	AAP/CDC/ATS-IDSA	NICE	SEIP/AEP	SITIP	HARVARD/SENTINEL	J. HOPKINS	LEITURA
4 meses para TB não grave	Sim (2–16 a)	Sim (3 m–16 a)	Sim (forte)	Não (6 m)	Sim (< 16 a)	Endosso informal	Sim	Sim (pesquisa 2 m)	Concordância; NICE diverge ; Brasil exclui < 2 anos
3HP	≥ 2 anos	≥ 2 anos	≥ 2 anos	Não adota	Não destacado	Não adota	Segue OMS	—	Concordância Brasil–OMS–EUA
1HP	Não consta	≥ 13 anos	Não recomenda	Não	Não	Não	—	—	Só OMS
3RH dispersível	Sim (esquema preferencial < 10 a)	Sim (forte)	Sim	Sim	Sim	—	—	—	Concordância
IGRA em < 2 anos	PT ou IGRA (2–10 a); IGRA indeterminado conta como positivo	PT ou IGRA	PT preferido < 5 a	Mantoux	PT + IGRA combinados	PT	—	—	Divergência de método; SBP singular ao valorizar o indeterminado
Xpert Ultra em fezes	Sim	Sim (inicial)	Não formalizado	Não	Sim	Endosso	Sim	Sim	Concordância Brasil–OMS–Espanha
Escore para tratar sem confirmação	Sim (escore MS)	Algoritmos de decisão	Julgamento clínico	Julgamento	Julgamento	Julgamento	—	—	Brasil e OMS formalizam
TB meningea	12 meses	12 m ou 6HRZEto	9–12 m	12 m + corticoide	12 m	Reporta OMS	12 m	—	Concordância; SBP omite corticoide
Contatos de TB-MDR	Observação 2 anos sem fármaco	Levofloxacino 6 m	Especialista	Especialista	—	—	Levofloxacino	—	Divergência Brasil–OMS
TB-MDR pediátrica	Não aborda	Bdq/Dlm todas as idades; BPaLM ≥ 14 a	Bdq; BPaL(M) ≥ 14 a	Especialista	Grupo A	2016	Bdq/Dlm todas as idades	—	Lacuna da SBP
BCG	Dose única ao nascer; sem revacinação	Idem	Não rotineira	Seletiva	Não rotineira	Não rotineira	—	—	Concordância entre países de alta carga

4. Síntese

Ao consolidar as notas do Ministério da Saúde, o DC nº 40 coloca o Brasil no grupo que adotou as inovações da OMS de 2022–2024 — esquema de 4 meses para TB não grave, 3HP a partir de 2 anos, 3RH em comprimidos dispersíveis, Xpert Ultra em fezes e algoritmo/escore para tratar sem confirmação —, o mesmo conjunto incorporado pela diretriz ATS/CDC/ERS/IDSA de 2025 e pela SEIP espanhola. O NICE é a referência dissonante: mantém 6 meses e não adota 3HP. As particularidades brasileiras são três e merecem discussão: (1) a exclusão dos **menores de 2 anos** do esquema encurtado (OMS e EUA o aplicam a partir de 3 meses); (2) a valorização do **IGRA indeterminado** como marcador de infecção, sem paralelo internacional; (3) a **observação sem medicamento dos contatos de TB-MDR**, quando OMS e Sentinel Project recomendam levofloxacino por 6 meses. A lacuna mais relevante do DC é a TB resistente na criança — bedaquilina e delamanida já são recomendadas pela OMS para todas as idades, com formulações dispersíveis, e o BPaLM a partir de 14 anos —, além de omissões práticas (doses em mg/kg, corticoide na meningite, piridoxina).

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Doses (OMS 2022):** H 10 mg/kg (7–15), R 15 mg/kg (10–20), Z 35 mg/kg (30–40), E 20 mg/kg (15–25); os comprimidos dispersíveis por faixa de peso já embutem essas doses até 24 kg.
2. **TB meníngea:** dexametasona ou prednisolona por 4–8 semanas com desmame é padrão em todas as diretrizes internacionais e deve acompanhar o esquema de 12 meses.
3. **Contatos de TB-MDR:** discutir com referência terciária a profilaxia com levofloxacino (15–20 mg/kg/dia por 6 meses), especialmente em < 5 anos e PVHIV, em que o risco de adoecimento é maior.
4. **< 2 anos com TB não grave:** o Brasil mantém 6 meses; a evidência do SHINE incluiu crianças a partir de 3 meses — o pediatra deve aplicar a norma nacional, mas conhecer a diferença.
5. **Piridoxina** 5–10 mg/dia em lactentes amamentados, desnutridos e PVHIV em uso de isoniazida.
6. **IGRA indeterminado** deve motivar repetição do teste e avaliação de imunossupressão antes de ser tomado como positivo.

5. Fontes

- SBP. Tuberculose na infância no Brasil: atualização. Documento Científico nº 40, Departamento de Pneumologia, 23/04/2026. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019); Notas Informativas 7/2022, 5/2024, 6/2024 e 15/2024 — CGTM/DATHI/SVSA.
- WHO. Consolidated guidelines on tuberculosis. Module 5: management of TB in children and adolescents (2022); Module 1: preventive treatment, 2nd ed. (2024); Module 4: drug-resistant TB treatment, 2025 update.
- Nahid P et al. Treatment of drug-susceptible and drug-resistant TB: ATS/CDC/ERS/IDSA clinical practice guideline 2025 update. Am J Respir Crit Care Med 2025;211:15–33.
- CDC. Clinical care of children with TB disease (2025); Treatment of latent TB infection (2025). AAP. Red Book 2024–2027 — Tuberculosis.
- NICE. NG33 Tuberculosis (2016, updated 2024).
- Baquero-Artigao F et al. Actualización del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. An Pediatr (Barc) 2023;98:460–9.
- SITIP. Linee guida sulla tubercolosi in età pediatrica (2015–2016). SIMRI. Novità sulla tubercolosi (2024).
- The Sentinel Project on Pediatric Drug-Resistant Tuberculosis. Management of MDR-TB in children: a field guide, 5th ed. (2021).
- Johns Hopkins Center for Tuberculosis Research. SMART4TB — SMILE-TB trial.
- Turkova A et al. Shorter treatment for nonsevere tuberculosis in African and Indian children (SHINE). N Engl J Med 2022;386:911–22.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.