

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis

## NOTA TÉCNICA Nº. 01 CDCT/GVEDT/SUVISA/2014

**Assunto:** *Orientações sobre a conduta e procedimentos do setor saúde frente aos casos de Infecção Latente da Tuberculose (ILTb).*

A suscetibilidade à infecção é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na seqüência da primo-infecção. Outros 5% apesar de bloquearem a infecção nesta fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção.

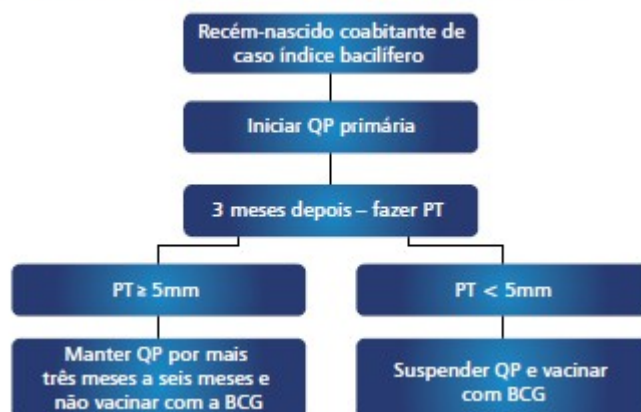
Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento. Destaca-se a infecção pelo HIV, doenças ou tratamentos imunodepressores, idade menor de 2 anos ou maior de 60 anos e desnutrição.

Em Goiás poucos são os dados referentes a indivíduos que são submetidos ao Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose.

### QUIMIOPROFILAXIA PRIMÁRIA

Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero. Nestes casos, o recém-nascido não deverá ser vacinado ao nascer. A Isoniazida (H) é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a Prova Tuberculínica (PT). Se o resultado for maior do que 5 mm, a quimioprofilaxia deve ser mantida por mais três a seis meses, caso contrário interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG.

Fluxograma para quimioprofilaxia primária em recém-nascidos



SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis

**QUIMIOPROFILAXIA SECUNDÁRIA**

O tratamento da ILTB com isoniazida 5mg/kg a 10mg/kg de peso até a dose máxima de 300mg/dia, reduz em 60% a 90% o risco de adoecimento.

Deve ser realizado por um período mínimo de 6 meses. O uso por 9 meses protege mais do que o uso por 6 meses, porém, a quantidade de doses tomadas é mais importante do que o tempo do tratamento.

Além do resultado da PT, a indicação do uso da isoniazida para tratamento da ILTB e risco de adoecimento.

Indicações:

*Crianças contatos de casos bacilíferos*

- PT igual ou maior do que 5 mm- em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora.
- PT igual ou maior a 10 mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos.

Crianças que adquiriram ILTB até os 5 anos- grupo prioritário para tratamento de ILTB.

*Adultos e Adolescentes*

A relação risco-benefício do tratamento com isoniazida deve ser criteriosamente avaliada. A idade é um dos fatores de risco para hepatotoxicidade causada pela isoniazida. Recomenda-se o tratamento conforme quadro a seguir.

Risco	PT ≥ 5mm	PT ≥ 10mm	Conversão*
Maior (indicado tratamento em qualquer idade)	HIV/aids**	Silicose	Contatos de TB bacilífera
	Contatos adultos*** e contatos menores de dez anos não vacinados com BCG ou vacinados há mais de dois anos****	Contato com menos de 10 anos vacinados com BCG há menos de dois anos	Profissional de saúde
	Uso de inibidores do TNF-α	Neoplasia de cabeça e pescoço	Profissional de laboratório de micobactéria
	Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB	Insuficiência renal em diálise	Trabalhador de sistema prisional
	Transplantados em terapia imunossupressora		Trabalhadores de instituições de longa permanência
Moderado (indicado tratamento em < 65 anos)	Uso de corticosteróides (> 15mg de prednisona por > 1 mês)*	Diabetes <i>mellitus</i>	
MENOR**** (indicado tratamento em < 50 anos)		Baixo peso (< 85% do peso ideal)	
		Tabagistas (≥ 1 maço/dia)	
		Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia	

Notas: \* Conversão do PT - segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT.  
 \*\* Especificidades na condução do paciente com HIV/aids, ver situações especiais abaixo.  
 \*\*\* Ver capítulo de controle de contatos.  
 \*\*\*\* Estas recomendações se aplicam às populações indígenas.  
 \*\*\*\*\* O PCT deve avaliar a viabilidade operacional para disponibilizar PT a esta população, garantindo, porém, acesso ao tratamento em casos referenciados.

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis**

Em grávidas recomenda-se postergar o tratamento da ILTB para após o parto. Em gestante com infecção pelo HIV, recomenda-se tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação.

HIV/AIDS tratar quando:

1. Rx de tórax normal e:
  - PT  $\geq$ 5 mm
  - Contatos intradomiciliares ou institucionais de pacientes bacilíferos, independente do PT;
  - PT <5 mm com registro documental de ter tido PT >5 mm e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.
2. Rx de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (afastado possibilidade de TB ativa), independente do resultado da PT.

### **PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Os profissionais de saúde – PS e os estudantes da área de saúde possuem maiores risco de infecção e adoecimento por TB. As categorias de profissionais de saúde mais vulneráveis quanto ao risco de infecção tuberculosa em comparação a população geral são: (SEPKOWITZ, 1995; MENZIES, et al., 1995; MALASKI, 1990; SILVA, CUNHA, KRITSKI, 2002).

- ✓ Equipe de enfermagem, três a 20 vezes.
- ✓ Patologistas clínicos, seis a 11 vezes.
- ✓ Técnicos de laboratório de bacteriologia, duas a nove vezes.
- ✓ Tisio-pneumologistas, seis vezes.
- ✓ Estudantes de Medicina/Enfermagem/Fisioterapia, quatro a oito vezes.

O PS portador de alguma condição que afete sua resposta imunológica tem risco mais elevado de desenvolver TB. Algumas dessas condições são: infecção por HIV, silicose, insuficiência renal crônica, ser receptor de órgão transplantado etc, existe no Brasil legislação que permite incluir a TB como doença ocupacional (Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991) e, portanto, a doença, quando ocorre em PS, deve ser notificada seguindo os fluxos de atendimento a saúde do trabalhador no município.

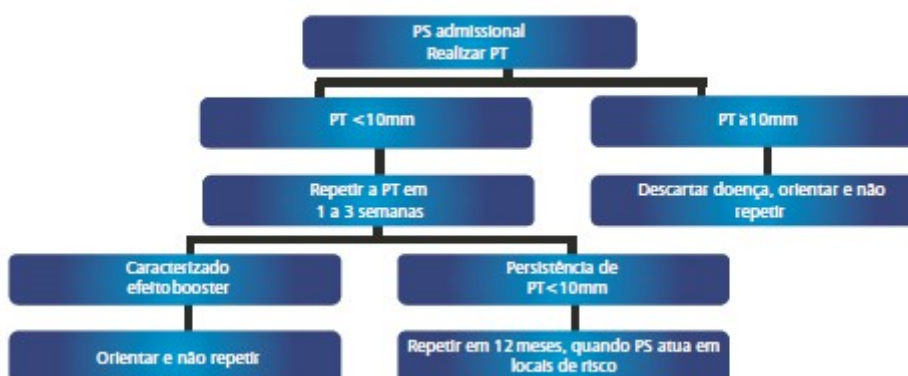
A investigação da infecção latente por TB – ILTB em PS deve ser realizada nos exames admissionais e periódicos por meio da prova tuberculínica que devesse ter sua avaliação conforme fluxo abaixo:

- ✓ Caso a PT seja < 10 mm, repeti-la em uma a três semanas para avaliação do efeito *booster* (TRAJMAN, TEIXEIRA, STEFFEN, 2009; MENZIES, 1999).
- ✓ Efeito *booster* positivo – não repetir a PT.

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis**

- ✓ Persistência de PT < 10 mm – repetir a PT a cada 12 meses, quando o PS atuarem locais de elevado risco de transmissão por *M. tb*. Será considerada ILTB recente quando ocorrer conversão da PT, caracterizada por incremento de 10 mm em relação ao valor encontrado na última PT realizada – nesse caso, considerar tratamento de ILTB.
- ✓ Caso a PT seja  $\geq 10$  mm, documentar essa informação, afastar TB ativa. Nesses casos, não será necessária a repetição da PT.

Fluxograma para avaliação da infecção latente em profissionais de saúde



### ATENÇÃO

A aplicação e leitura da Prova Tuberculínica (PT), deve ser realizado por profissional habilitado para tal, para isso os municípios devem se organizar e planejar referências para realização do mesmo, garantindo uma aplicação e leitura fidedigna.

### NOTIFICAÇÃO

O tratamento da Infecção Latente deve ser notificado em ficha específica definida pelo Estado de Goiás encaminhada a Regional de Saúde e Logo após a Coordenação Estadual de Tuberculose, segue ficha a seguir.

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis

ESTADO DE GOIÁS		SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS		TILT - Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (QUIMIOPROFILAXIA)		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO Nº _____	
DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação 2- Individual			2	Data da Notificação	
	3	Município de Notificação			Código (IBGE)		
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		
DADOS DO CASO	5	Agravamento TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (QUIMIOPROFILAXIA)			6	Data de Início de Tratamento	
	7	Nome			8	Data de Nascimento	
	9	(ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11	Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
	12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1- Nenhuma 2- De 1 a 3 3- De 4 a 7 4- De 8 a 11 5- De 12 e mais 6- Ignorado					
DADOS DE RESIDÊNCIA	13	Número do Cartão SUS		14	Nome da mãe		
	15	Logradouro (rua, avenida...)			16	Número	
	17	Complemento (apto, casa...)			18	Ponto de Referência	
	19			19	UF		
	20	Município de Residência			Código (IBGE)		
	21	Bairro			22	CEP	
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO	23	(DDD) Telefone		24	Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Urbana/Rural 9- Ignorado		
	25	País (se residente fora do Brasil)		Código			
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO	26	EXCLUSÃO DE TB ATIVA					
	27	FATORES DE RISCO E ANTECEDENTES					
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO	28	TESTE TUBERCULÍNICO (PPD)					
	29	INDICAÇÃO DA QUIMIOPROFILAXIA					
<p>30 - ESQUEMA TRATAMENTO</p> <p>Isoniazida, VO, 5-10 mg/kg/dia (dose máxima: 300 mg/dia) por seis meses consecutivos (ou até nove meses com mínimo 180 e máximo 270 doses).</p>							
31 - NOME				32 - CARIMBO/ASSINATURA			



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis

**REFERENCIAS:**

- Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil – 2011;
- Manual do Protocolo de Enfermagem em Tratamento Diretamente Observado na Atenção Básica.

**Elaboração:**

Coordenação Estadual de Controle da Tuberculose/CDCT/GVEDT/SUVISA/SES-GO