

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.

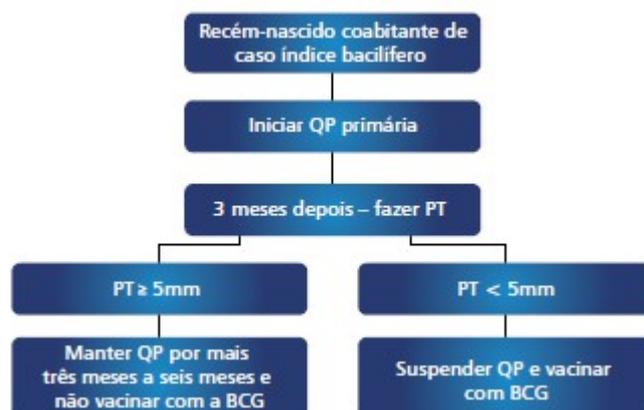
Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento. Destaca-se a infecção pelo HIV, doenças ou tratamentos imunodepressores, idade menor de 2 anos ou maior de 60 anos e desnutrição.

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 mellitus	
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

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS		TILT - Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (QUIMIOPROFILAXIA)		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	Código (CID10)		8) Data de Nascimento
	9) (ou) Idade	10) Sexo	11) Raça/Cor	12) Escolaridade
	13) Número do Cartão SUS	14) Nome da mãe		
DADOS DE RESIDÊNCIA	15) Logradouro (rua, avenida...)	Código		16) Número
	17) Complemento (apto, casa...)	18) Ponto de Referência		19) UF
	20) Município de Residência	Código (IBGE)		
	21) Bairro	Código (IBGE)		22) CEP
	23) (DDD) Telefone	24) Zona	25) País (se residente fora do Brasil)	
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO	26) EXCLUSÃO DE TB ATIVA			
	<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA NEGATIVA - ESCARRO <input type="checkbox"/> CULTURA NEGATIVA - ESCARRO 1. SIM 2. EXAME NÃO REALIZADO		RX TORAX <input type="checkbox"/> 1. NORMAL 2. OUTRA DOENÇA 3. TB CICATRICIAL (SEQUELA) 8. NÃO REALIZADO	
27) FATORES DE RISCO E ANTECEDENTES				
CONTATO COM TB BACILÍFERA <input type="checkbox"/> 1. SIM NOME DO CONTATO _____ SINAN _____ <input type="checkbox"/> 2. NÃO		BCG <input type="checkbox"/> 1. SIM, HÁ MENOS DE 2 ANOS <input type="checkbox"/> 2. SIM, HÁ MAIS DE 2 ANOS <input type="checkbox"/> 3. NÃO		
CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO <input type="checkbox"/> 1. NENHUMA <input type="checkbox"/> 2. HIV / AIDS <input type="checkbox"/> 3. DIABETES <input type="checkbox"/> 4. SILICOSE <input type="checkbox"/> 5. NEFROPATIA <input type="checkbox"/> 6. SARCOIDOSE <input type="checkbox"/> 7. LINFOMA <input type="checkbox"/> 8. USO DE IMUNODEPRESSOR <input type="checkbox"/> 9. OUTROS		TRATAMENTO PRÉVIO DE TB <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO		
28) TESTE TUBERCULÍNICO (PPD)				
RESULTADO _____ mm DATA ____/____/____		RESULTADO _____ mm DATA ____/____/____		
1.1.1 INDICAÇÃO DA QUIMIOPROFILAXIA				
29) <input type="checkbox"/>				
1. <b>Recém-nascido</b> coabitante de caso de tuberculose pulmonar (bacilífera não). A isoniazida é administrada por três meses e após esse período, faz-se Prova Tuberculínica (PT). Se PT for > 5mm, a quimioprofilaxia deve ser mantida por mais 3 meses. Se PT for < 5mm, suspender o uso da isoniazida e aplica-se a vacina BCG. 2. <b>Crianças menores de 10 anos</b> ( exceto recém-nascido), não vacinados com BCG, que tiveram contato com caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não), com radiologia pulmonar normal, sem sinais compatíveis de tuberculose doença, com PT > 5mm. 3. <b>Crianças menores de 10 anos</b> (exceto recém-nascido), vacinados com BCG a mais de 02 anos, que tiveram contato com caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não), com radiologia pulmonar normal, sem sinais compatíveis de tuberculose doença, com PT > 5mm. 4. <b>Crianças menores de 10 anos</b> (exceto recém-nascidos), vacinados com BCG a menos de 02 anos, que tiveram contato com caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não), com radiologia pulmonar normal, sem sinais compatíveis de tuberculose doença com PT > 10 mm. 5. <b>Indivíduos com viragem tuberculose recente</b> (até 12 meses), isto é, que tiveram um aumento na resposta á PT > 10 mm. 6. <b>Imunodeprimidos</b> por uso de drogas ou por doenças imunossupressoras, contatos ou não de caso bacilífero, sob criteriosa decisão médica (conforme critérios do Manual de Normas Tuberculose 2010. Especificar: 7. <b>Quimioprofilaxia em pacientes HIV+</b> - Com radiografia de tórax normal e: 1) assintomático e com PT > 5 mm ou 2) contatos intradomiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera, independente do PT ou 3) PT não reator à tuberculina ou com induração entre 0-4 milímetros, com registro documental de ter sido reator a prova tuberculínica e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião. - Com radiografia de tórax anormal e presença de cicatriz radiológica de tuberculose sem tratamento anterior (afastada possibilidade de tuberculose ativa através de exames de escarro e radiografias anteriores), independentemente do resultado da prova tuberculínica. 8. <b>Grávidas:</b> Se HIV positivo (contato e independente resultado PT ou não contato e com PT > 5 mm) tratamento ILTB após o 3º mês de gestação. Se HIV negativo, contato, com PT > 10 mm, tratamento ILTB após parto. 9. <b>Adultos e adolescentes (&gt;10anos):</b> que tiveram contato com caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não), com radiologia pulmonar normal, sem sinais compatíveis de tuberculose doença, com PT > 10 mm (com rigorosa análise custo-benefício). 10. <b>Outra:</b> Justificar situação clínica/epidemiológica. _____				
30 - ESQUEMA TRATAMENTO				
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).				
1.1.1.1 MÉDICO RESPONSÁVEL				
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