



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE  
SCS-Quadra 04-Bloco A –Ed. Principal -1º Andar-Brasília-DF-70304-000  
(061)32138234/8231

## NOTA INFORMATIVA Nº 08, DE 2014

### CGPNCT/DEVEP/SVS/MS

Recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do *Derivado Proteico Purificado*.

1. Conforme informado no Ofício Circular 25/CGPNCT/DEVIT/SVS/MS divulgado em 27 de junho de 2014 há dificuldades na aquisição do *Derivado Proteico Purificado* – PPD RT23 2UT/0,1mL frasco ampola de 1,5mL, pelo Ministério da Saúde (ofício em anexo), ainda sem previsão para abastecimento da rede. Nesse sentido a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT) vem por meio deste, fazer recomendações para o controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTB) nesse período transitório da indisponibilidade do insumo PPD.
2. O PPD é utilizado para o diagnóstico da ILTB nas situações previstas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.
3. O tratamento da ILTB não é uma urgência e poderá ser adiado, a depender da avaliação individual de cada caso.
4. Apesar de o PPD ser utilizado na atividade de controle de contatos para o diagnóstico da infecção latente, é importante salientar que esta atividade tem como principal finalidade a busca de casos de tuberculose e não deve ser negligenciada diante da falta do insumo.

### Recomendações específicas:

Conforme descrito no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil recomenda-se o tratamento da infecção latente da tuberculose, mesmo sem prova tuberculínica (PT), nas seguintes situações:

<b>Tratar ILTB independentemente da PT</b>	
✓	Recém-nascido coabitante de caso índice bacilífero (tratar com isoniazida 6 meses e depois desse período vacinar para BCG);
✓	Pessoa vivendo com HIV/aids com cicatriz radiológica sem tratamento prévio da infecção latente da tuberculose;
✓	Pessoas vivendo com HIV/aids contato de caso de tuberculose pulmonar;
✓	Pessoa vivendo com HIV/aids com registro documental de ter tido PT $\geq$ 5mm e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião.

Para o controle de contatos na indisponibilidade do PPD recomendamos:

Proceder com a investigação de todos os contatos (tuberculose sensível e multidrogarresistente) com avaliação clínica e radiológica, com vistas a identificar casos de tuberculose ativa.

<b>Contatos de tuberculose sensível</b>
<b>Contatos sintomáticos</b> - proceder com a investigação de tuberculose, caso exclua TB proceder conforme orientações abaixo:
• <b>Contatos <math>\leq</math> 15 anos assintomáticos</b> - após exclusão da tuberculose, tratar a ILTB sem a PT, prioritariamente em crianças menores de 5 anos.
• <b>Contatos <math>&gt;</math> 15 anos assintomáticos</b> - após exclusão da tuberculose, avaliar individualmente a indicação de profilaxia com isoniazida sem a PT. Levar em consideração o grau de exposição, a presença de comorbidades e o risco e benefício.

- **Grau de exposição:** contatos domiciliares geralmente apresentam maior exposição quando comparados a outros ambientes.
- **Comorbidades:** proceder com o tratamento da ILTB sem a PT em contatos nas seguintes situações:
- Pessoas em uso de inibidores de TNF- $\alpha$ , portadores de *diabetes mellitus*, transplantados em uso de terapia imunossupressora, neoplasias hematológicas, neoplasias de cabeça e pescoço, uso de corticosteroides ( $>$ 15mg de prednisona por mais de 1 mês) em maiores de 65 anos, insuficiência renal em diálise e outras doenças imunossupressoras
- **Risco e benefício:** Avaliar junto com o grau de exposição e a presença de comorbidades, as interações medicamentosas e efeitos adversos à isoniazida.

<b><u>Contatos de tuberculose multirresistente</u></b>
Não se recomenda o tratamento da ILTB em contatos de tuberculose multirresistente
<b>Contatos sintomáticos-</b> proceder com a investigação de tuberculose.
<b>Contatos assintomáticos-</b> após exclusão de tuberculose acompanhar mensalmente o paciente durante dois anos, com avaliação clínica e radiológica semestral a procura de sinais e sintomas de tuberculose. Não fazer profilaxia com isoniazida.

### **Pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA)**

Como a tuberculose é a principal causa de óbito por doença infecciosa definida em PVHA, essa população é prioritária para o tratamento da ILTB. Assim, recomenda-se:

- Afastar tuberculose ativa de todas as PVHA através do questionamento dos quatro sintomas prioritários: tosse (independentemente do tempo), febre, emagrecimento e sudorese noturna. Na presença de qualquer alteração, considerar a possibilidade de TB ativa e proceder com investigação diagnóstica.

Uma vez descartada tuberculose ativa, oferecer tratamento da infecção latente para toda PVHA que apresente um ou mais dos critérios abaixo:

- a) Risco epidemiológico acrescido: locais com alta carga da doença, como presídios ou albergues;
- b) Pacientes com LT-CD4+ < 350cel/mm<sup>3</sup>
- c) Pacientes sem Tratamento Antirretroviral (TARV) ou em TARV com carga viral detectável (desde que afastada a dificuldades na adesão e elevação transitória da carga viral)

Em casos que não se apresentem nas situações descritas acima, deve-se individualizar a decisão de iniciar o tratamento da ILTB sem a PT, considerando-se riscos e benefícios da estratégia.

### **Outras populações com risco acrescido**

Pessoas em uso de inibidores de TNF- $\alpha$ , portadores de *diabetes mellitus*, transplantados em uso de terapia imunossupressora, neoplasias hematológicas, neoplasias de cabeça e pescoço, uso de corticosteroides (>15mg de prednisona por mais de 1 mês) em maiores de 65 anos, insuficiência renal em diálise e outras doenças imunossupressoras. Afastada a possibilidade de tuberculose ativa, individualizar a indicação do tratamento da ILTB sem a PT. Levar em consideração o risco e benefício, risco epidemiológico acrescido (locais com alta carga da doença) e do tratamento da ILTB nessas situações.

5. Pessoas que já fizeram um curso completo de isoniazida não devem ser tratadas novamente, exceto quando ocorrer uma nova exposição.

6. Nos casos em que a Unidade de Saúde receber pessoas com indicação de tratamento da ILTB baseado no IGRA (Quantiferon), o tratamento da infecção latente da tuberculose deverá ser disponibilizado.
7. Lembramos que o tratamento da ILTB se faz com a isoniazida na dose de 5 a 10 mg/kg/dia com dose máxima de 300mg/dia, no mínimo por 6 meses (180 doses), e idealmente 9 meses (270 doses).
8. Para o diagnóstico de tuberculose em crianças menores de 10 anos adotar o sistema de pontuação (escore clínico) contido no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, levando em consideração as demais variáveis presentes no escore. Avaliar individualmente a necessidade de início de tratamento da tuberculose ou o acompanhamento clínico em casos que não atinjam o número de pontos preconizados para o diagnóstico.
9. Na disponibilidade de PPD dar prioridade às seguintes situações, nessa ordem: diagnóstico de tuberculose em crianças menores de 10 anos, avaliação de contatos menores de 15 anos e para pessoas que vivem com HIV/aids.
10. Para maiores informações consultar o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil <[www.saude.gov.br/tuberculose](http://www.saude.gov.br/tuberculose)>.

Brasília, 10 de setembro de 2014.



Draurio Barreira  
Coordenador Geral  
Programa Nacional de Controle da Tuberculose