

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

1. CID – 10: Z20.1

2. Revisão das Alterações

DATA	Nº REVISÃO	ALTERAÇÃO
01/02/2023	01	Elaboração

3. Objetivos – Público Alvo

- **Objetivo:** Auxiliar os profissionais de saúde do Instituto de Infectologia Emílio Ribas na avaliação clínica, investigação e tratamento da Infecção Latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb).

- **Público alvo:** médicos residentes e assistentes do Instituto de Infectologia Emílio Ribas

4. Definição de ILTB

É a infecção pelo *M. tuberculosis* (TB) na ausência qualquer sinal ou sintoma de tuberculose doença, marcado pela presença de um exame imunológico positivo, que pode ser o PPD (Derivado Proteico Purificado) e/ou o IGRA (*Interferon-gama release assay*). A investigação e o tratamento da Infecção Latente pelo *M. tuberculosis* deve considerar 3 fatores: 1) Idade do paciente (menores de

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

2 anos e maiores de 60 anos); 2) Risco de adoecimento (condições clínicas e/ou vulnerabilidades); 3) Tempo entre a infecção e desenvolvimento de TB (risco maior nos 02 primeiros anos após a infecção).

No rastreio de ILTB é necessário excluir a presença de TB (ativa), questionando ativamente sobre sintomas e indicando Radiografia (RX) de tórax e, se houverem sinais e/ou sintomas da doença tuberculosa e a presença de escarro, deve ser solicitada baciloscopia e TRM-TB.

5. Fatores de Risco

5.1. Quais indivíduos têm maior probabilidade de ter ILTB ou maior risco de adoecimento por tuberculose e quem devemos investigar?

a) Contatos de casos índice de TB, que pode ser intradomiciliar ou extradomiciliar, considerar a permanência por 4 horas no mesmo espaço físico.

Crianças:

- i. RN filho de mãe com diagnóstico de tuberculose e isolamento do agente no escarro (bacilífera).
- ii. RN contato de familiar com diagnóstico de tuberculose e isolamento do agente no escarro (bacilífero).
- iii. Crianças menores de 5 anos contato de pessoa com TB ativa.
- iv. Crianças com imunodeficiência primária, independente de contato com indivíduo com TB.

b) Imunossuprimidos:

- i. Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV).
- ii. Transplantados ou candidatos a transplante.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

iii. Pessoas que iniciarão uso de imunobiológicos ou em uso de corticoide (> 15mg/dia de prednisona por mais de 30 dias).

iv. Indivíduos com doenças crônicas:

v. Doença renal crônica dialítica.

vi. Diabetes mellitus.

vii. Desnutrição.

viii. Neoplasias malignas.

c) Profissionais de saúde, considerando a exposição constante a pacientes com tuberculose e consequentemente maior risco de adoecimento.

Atenção!

➔ PVHIV, contato de pessoas com TB pulmonar ou laríngea, têm indicação de tratamento de ILTB independente do resultado da prova tuberculínica. Antes do tratamento da ILTB é necessário descartar tuberculose ativa.

➔ Em RN filho de mãe com TB ou contato de familiar com TB, inadvertidamente vacinado com BCG, recomenda-se o uso de isoniazida por 6 meses, e não está indicada a realização da Prova Tuberculínica (PT).

6. Diagnóstico

6.1. PPD ou PT (prova tuberculínica):

a) Realizada pela técnica de Mantoux, com a inoculação intradérmica de 0,1 ml de PPD (2UT) na face anterior do antebraço E.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

- b) A leitura da Prova Tuberculínica deve ser realizada entre 48 e 72 horas (no máximo 96 horas).
- c) A leitura da Prova Tuberculínica considera o máximo diâmetro transversal do endurecido:
- Se o resultado for < 5mm, considera-se que é não reator.
 - Se o resultado for ≥ 5mm, considera-se reator.

No Instituto de Infectologia Emílio Ribas o PPD é realizado no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), com aplicação nos seguintes dias: segunda-feira, terça-feira e sexta feiras das 8h as 11h, exceto em feriados e pontos facultativos.

Atenção:

- ➔ A repetição da PT é contraindicada, exceto em profissionais de saúde, incluindo profissionais de laboratório em contato com *M.tuberculosis*, trabalhadores de instituições de longa permanência, trabalhadores do sistema prisional, e contatos de pacientes com TB com PPD não reator no primeiro teste para avaliação de posterior conversão, com incremento de 10 mm em relação ao PPD anterior, repetido após 8 semanas.
- ➔ Falsos positivos da PT podem ocorrer em casos de vacinação prévia com BCG e infecção por micobactérias não-tuberculosas.
- ➔ Falsos negativos podem ocorrer em pessoas anérgicas ou imunossuprimidos, assim como gestantes, desnutridos, pessoas com sarcoidose e neoplasias, adultos com mais de 65 anos; crianças (< 3 meses), vacinadas com vírus vivo (como de sarampo, há menos de 15 dias), em pessoas com TB disseminada, ou infecção aguda grave.

A PT não deve ser repetida como avaliação de resposta ao tratamento ou acompanhamento de TB ou de ILTB

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

6.2 IGRA (*Interferon-Gama Release Assay*)

Resultados: Positivo, Indeterminado ou Negativo.

- ➔ O IGRA é um teste específico para *Mycobacterium tuberculosis*, dessa forma não sofre interferência da vacina BCG, mas tem reação cruzada com *M. kansasii*, *M. szulgai* e *M. marinum*.
- ➔ O IGRA atualmente é realizado no IIER (Anexo A – Orientação do laboratório para coleta; Anexo B – Formulário para solicitação do exame).
- ➔ O resultado pode ser falso negativo ou indeterminado em pessoas com contagem de linfócitos T CD4 < 200 células/mm³, sendo indicado repetir o exame.
- ➔ O resultado positivo indica a produção de INF-gama (Interferon -gama) por Linfócitos T após estímulo por antígenos específicos, indicando o reconhecimento desses antígenos.
- ➔ Em PVHIV, a positividade do IGRA está mais consistentemente associada a ILTB quando comparado à prova tuberculínica.

7. Indicações de Tratamento

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

QUADRO 1 • INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*

Tratamento	
Tratar sem PT e sem IGRA	Tratar se PT ≥ 10mm ou IGRA positivo
1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de TB pulmonar ou laríngea confirmado por critério laboratorial 2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar ou laríngea, com confirmação laboratorial 3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 células/ μ L 4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião 5) Pessoas vivendo com HIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB	11) Silicose 12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas 13) Neoplasias em terapia imunossupressora 14) Insuficiência renal em diálise 15) Diabetes <i>mellitus</i> 16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal) 17) Indivíduos tabagistas (> 1 maço/dia) 18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax

Tratar se PT ≥ 5mm ou IGRA positivo	Tratar se houver conversão tuberculínica (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)
6) Contatos de TB pulmonar ou laríngea, independentemente da vacinação prévia com BCG 7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 células/ μ L 8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB 9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF- α ou corticosteróides (> 15mg de prednisona por mais de um mês) 10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora	19) Indivíduos contatos de TB pulmonar ou laríngea confirmada por critério laboratorial 20) Profissionais de saúde 21) Trabalhadores de instituições de longa permanência

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

8. Tratamento: esquemas disponíveis

8.1. Isoniazida (H) + Rifapentina (P) (3HP)

a) Dose:

- a. Adultos e adolescentes com 14 anos e mais de 30kg: 900mg de Isoniazida/semana e 900mg de Rifapentina/semana.
- b. Crianças e adolescentes < 14 anos:
 - i. 10 a 15kg: 300mg H + 300mg R por semana
 - ii. 16 a 23kg: 500mg H + 450mg R por semana
 - iii. 24 a 30kg: 600mg R + 600mg R por semana
 - iv. >30kg: 750mg R + 700mg R por semana

b) Tempo de tratamento: 3 meses, uma dose semanal

c) EA: reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade, cefaleia, exantema, náuseas e coloração avermelhada em suor, lágrima e urina.

d) Contraindicações: sem estudos ainda em gestantes.

e) Vantagens desse esquema: tratamento total mais curto e com menor quantidade de medicamentos, permite Tratamento Diretamente Observado (TDO) na Unidade de Saúde e, dessa forma, menor taxa de abandono de tratamento.

8.2 Isoniazida 6H ou 9H

a) Dose:

- a. Adultos e crianças > 10 anos de idade: 5 a 10mg/kg/dia até dose máxima de 300mg/dia.
- b. Crianças < 10 anos: 10mg/kg/dia até dose máxima de 300mg/dia

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

- b) Tempo de tratamento: 6 meses (total de 180 doses tomadas em 6 a 9 meses) ou 9 meses (total de 270 doses tomadas em 9 a 12 meses).
- c) EA: hepatotoxicidade, neuropatia periférica, rash cutâneo, náuseas.
- d) Uso em gestantes: uso seguro, associar piridoxina na dose de 50 a 100mg/dia.
- e) Contraindicado em indivíduos que são contato de pacientes com monorresistência a INH

8.3 Rifampicina 4R

- a) Dose:
 - a. Adultos e crianças > 10 anos: 10mg/kg/dia até dose máxima de 600mg/dia.
 - b. Crianças < 10 anos: 15mg/kg/dia até dose máxima de 600mg/dia
- b) Tempo de tratamento: 4 meses, com total de 120 doses tomadas entre 4 a 6 meses.
- c) EA: reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade, plaquetopenia, rash cutâneo, náuseas, coloração avermelhada em lágrima, urina e suor.
- d) Interações: contraindicado uso com IP, NVP e TAF. Pode ser usada com DTG e RAL com dose ajustada: DTG (50mg 12/12h e RAL 800mg 12/12h).
- e) Uso em gestantes: uso seguro

9. Notificação

Todos os casos de ILTB em tratamento devem ser notificados no SITE -ILTB. Devem constar em prontuário: dados de investigação de TB, testagem de HIV, uso de TARV, contato de TB, investigação de ILTB (PPD ou IGRA), se tem BCG, Radiografia simples de tórax, data de início de tratamento e qual esquema utilizado. Na rede, as Supervisões de Vigilância em Saúde (Suvis) realizam a notificações e no IIER o setor de epidemiologia é o responsável.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB

ILTB

É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE.						
DADOS DE NOTIFICAÇÃO						
1) Tipo de entrada*: () Caso novo () Reentrada após mudança de esquema () Reingresso após abandono () Reexposição () Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento				2) Data da notificação*: ____/____/____		
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL						
3) Nome de registro*:			4) Nome social:			
5) Data de nascimento*: ____/____/____		6) CPF: _____-____		7) Sexo*: () Masculino () Feminino		
8) Gestante**: () Sim () Não sabe () Não () Ignorado			9) Raça/cor*: () Branca () Amarela () Indígena () Preta () Parda () Ignorado			
10) Cartão Nacional de Saúde: _____		11) Nacionalidade: () Brasileira () Outra. País: _____		12) Nome da mãe*: _____		
DADOS DE RESIDÊNCIA						
13) UF*:	14) Município de residência*:			15) Regional de Saúde:		
16) Logradouro*:			17) Nº*:		18) Bairro*:	
19) Complemento (apto., casa,...):			20) CEP: _____		21) (DDD) Telefone:	
INVESTIGAÇÃO						
22) Descartado TB ativa*: () Sim () Não		23) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:				
24) BCG*: () Sim () Não () Ignorado		25) Radiografia do Tórax*: () Normal () Alteração sugestiva de TB ativa () Alteração não sugestiva de TB ativa () Não realizada				
26) HIV*: () Positivo () Em andamento () Negativo () Não realizado		27) TARV**: () Sim () Não () Não sabe	28) IGRA*: () Positivo () Indeterminado () Negativo () Não realizado		29) Data da coleta do IGRA: ____/____/____	
30) Prova Tuberculínica (PT)*: () Sim () Não		31) Data da aplicação da última PT: ____/____/____		32) Resultado da última PT**: _____ mm		
33) Contato de TB*: () Sim () Não () Não sabe () Ignorado		34) Nome do caso fonte:			35) Número do Sinan: _____	
TRATAMENTO						
36) UF*:	37) Município de tratamento*:			38) Regional de Saúde:		
39) Unidade de saúde de tratamento*:				40) Código CNES:		
42) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____		43) Medicamento*: () Isoniazida () Rifampicina () Rifapentina + isoniazida		44) Data de início do tratamento*: ____/____/____		
PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.						

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

Fonte: SITE TB – Ficha de Notificação de ILTB

10. Observações importantes

Para crianças que tem dificuldade de deglutir o comprimido, a INH pode ser utilizada para o preparo da suspensão oral. O preparo deve ser realizado da seguinte forma: macerar 1 (um) comprimido de isoniazida 100mg em 5 mL de água potável. A concentração da suspensão

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

preparada a partir do comprimido de isoniazida 100mg é de 20 mg/mL. Aspirar, com auxílio de uma seringa, a quantidade prescrita ao paciente, conforme a Tabela abaixo.

A solução deve ser preparada imediatamente antes da sua utilização. A nota informativa nº 5/2021-CGDR/DCCI/SVS/MS, dispõe dessas informações e sobre atualização das Recomendações do Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* com a disponibilização da rifapentina.

Dose de Isoniazida para tratamento da ILTB em crianças menores de 10 anos.

Peso Corporal	Dose de Isoniazida prescrita	Volume (mL) da suspensão extemporânea
Até 20 kg	10 mg/kg/dia	0,5 mL/kg/dia
21 a 25 kg	200 mg/dia	10 mL
>25 kg	300 mg/dia	15 mL

- i. Em contatos de TB com monorresistência à Rifampicina, deve ser avaliada individualmente a efetividade da Rifampicina e da Isoniazida no caso fonte (teste de sensibilidade);
- ii. Contatos de TB MDR e de TB XDR não têm recomendação de tratamento de ILTB. É necessário acompanhar com reavaliação clínica e monitoramento de desenvolvimento de doença por 2 anos em centro de referência terciária.
- iii. Em gestantes sem HIV, o tratamento de ILTB pode ser iniciado preferencialmente após o parto. Em gestantes com HIV, o tratamento de ILTB deve ser iniciado após o 3º mês de gestação.
- iv. A investigação de ILTB em profissionais de saúde deve ser realizada em exames admissionais e periódicos ou fora desses momentos, quando for indicada.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

- v. Não repetir o tratamento da ILTB em quem já tratou TB no passado e quem já fez o tratamento completo da ILTB, exceto nova exposição de risco;
- vi. O tratamento da ILTB NÃO induz resistência. O risco de induzir resistência só existe se a TB ativa não for afastada.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

11. Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica. Ministério da Saúde, Brasília, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2021-CGDR/.DCCI/SVS/MS.São Paulo.

Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Nota informativa PMCT: 05/2020. Diagnóstico e Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose – ILTB. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_informativa_05_2020_diag_trat_tuberculose.pdf>. Acesso em: 5 de Setembro de 2022.

Ministério da Saúde. Coordenações Estaduais de Controle da Tuberculose, Coordenação Geral de Vigilância das Doenças Respiratórias de Condições Crônicas. Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB SITE ILTB. Disponível em<<http://sitetb.saude.gov.br/iltb/login.seam?cid=129437>>. Acesso em: 5 de Setembro de 2022.

Ministério da Saúde. Ficha de Notificação de ILTB. Disponível em <http://sitetb.saude.gov.br/download/ILTB_FICHA_DE_NOTIFICACAO_DA_PESSOAS_EM_TRATAMENTO_DA_ILTB.pdf>. Acesso em: 5 de Setembro de 2022.

Klautau GB, da Mota NVF, Salles MJC, Burattini MN, Rodrigues DS. Interferon- γ release assay as a sensitive diagnostic tool of latent tuberculosis infection in patients with HIV: a cross-sectional study. BMC Infect Dis. 2018;18(1):585.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

Anexo A. Critérios para coleta de IGRA no IIER e orientações do laboratório.



Comunicado de Realização de Teste IGRA no IIER

A partir de 20 de junho de 2022, o Laboratório Clínico do Instituto de Infectologia Emilio Ribas realizará o teste IGRA para investigação de diagnóstico de tuberculose latente, seguindo as diretrizes da Coordenação Estadual de Tuberculose, do Estado de São Paulo e do Programa de Controle de Tuberculose, do Ministério da Saúde do Brasil.

Princípio do método: O teste IGRA é usado para quantificação, *in vitro*, de produção de Interferon Gama (IFN-G) por linfócitos T à antígenos de *Mycobacterium tuberculosis*.

Amostra clínica usada: Sangue periférico

Critérios para solicitação:

1. Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com contagem de linfócitos T CD4 \geq 350 células/mm³ ou;
2. Crianças \geq 2 anos e \leq 10 anos, contactantes de casos com tuberculose ativa ou;
3. Candidatos a transplantes de órgãos sólidos.

Orientações para solicitação do teste IGRA:

1. Preencher devidamente todos os campos da ficha de solicitação para exame de tuberculose latente-IGRA; e,
2. Encaminhar o pedido de solicitação médica disponível no sistema S4SP, mnemônico IGRA.

Orientações para coleta de sangue:

1. Deverá ser coletado 9 mL de sangue periférico em tubo contendo heparina, disponibilizado no setor de coleta do hospital; e,
2. Após a coleta, encaminhar o tubo contendo sangue para a central de recebimento de exames do laboratório do IIER.

Dias e horários de coleta: De terça à quinta-feira, das 7:00 às 11:00 horas

Obs.: Nos dias em que for véspera de feriado, não haverá coleta de sangue.

Resultado do exame: Será disponibilizada no sistema GAL, em até 21 dias após a coleta do sangue.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

Anexo B. Formulário para solicitação do IGRA no IIER (disponível na pasta do laboratório nos documentos da Intranet).



SOLICITAÇÃO DE TESTE PARA DETECÇÃO DE TUBERCULOSE LATENTE
IGRA (Interferon-Gamma Release Assays)

UNIDADE SOLICITANTE: INSTITUTO INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS	MUNICÍPIO: SÃO PAULO
MÉDICO SOLICITANTE:	CRM:

DADOS DO PACIENTE

NOME:		SEXO: () MAS () FEM	
DATA NASC:	CIDADE:	UF:	
CARTÃO SUS:			
RG:	CPF:		
GESTANTE: () SIM () NÃO	SEMANAS DE GESTAÇÃO:		
MÃE:			
ENDEREÇO:			
Nº	COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CIDADE DE RESIDÊNCIA:			UF:
Paciente pertence a qual grupo de risco?			
<input type="checkbox"/> Pessoas vivendo com HIV: Data último teste CD4 ___/___/___ Qual valor de CD4? _____		<input type="checkbox"/> Candidatos a transplantes de órgãos sólidos <input type="checkbox"/> Profissionais da Saúde/ Sistema Prisional <input type="checkbox"/> Usuário de drogas <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Imigrante	
<input type="checkbox"/> População prisional <input type="checkbox"/> População em situação de rua <input type="checkbox"/> Internados/institucionalizados <input type="checkbox"/> crianças ≥ 2 anos e ≤ 10 anos, contactantes de casos de tuberculose ativa			
Paciente já realizou tratamento para TB?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Período: _____			
Paciente já teve contato com TB Droga Resistente?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

DADOS DO MATERIAL

DATA COLETA DA AMOSTRA:	HORA COLETA:
MATERIAL COLETADO:	

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Infecção Latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>: Critérios de investigação e tratamentos disponíveis	Código PCDM – 014 – V1	Início Vigência 15/02/23	Término Vigência 15/02/25	
	Elaborador (es): Ana Angélica Bulcão Portela Lindoso; Evelyn Lepka de Lima; Giselle Burlamaqui Klautau Jussemara Souza da Silva; Yu Ching Lian				

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.