

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Av. Anhanguera, 5195 – Setor Coimbra – Goiânia – GO
Fone: (62) 3201-4542 FAX: (62) 3201-4545

NOTA TÉCNICA Nº 01 CDCT/GVEDT/SUVISA/2013

Assunto: *Orientações sobre a conduta e procedimentos do setor saúde frente aos casos de Tuberculose no Sistema Prisional*

A Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis através da Coordenação de Doenças Crônicas Transmissíveis - Programa de Controle da Tuberculose, no uso de suas atribuições, considerando a importância da vigilância e controle da tuberculose nas prisões do Estado, orienta sobre as ações a serem desenvolvidas nestes locais, pelo setor saúde.

INTRODUÇÃO

A tuberculose – TB nas prisões constitui um importante problema de saúde, especialmente nos países de alta e muita endemicidade (JITTIMANEE, et al., 2007; LAROUZÉ, SÁNCHEZ, A.; DIJANA, 2008). A frequência de formas resistentes e multirresistentes é também particularmente elevada nas prisões (STUCKLER, et al., 2008) e está relacionada ao tratamento irregular e à detecção tardia de casos de resistência.

A prevalência de TB foi avaliada por meio de inquérito radiológico em prisões do estado do Rio de Janeiro, que mostrou prevalências entre 4,6% e 8,6% na população já encarcerada (SÁNCHEZ, et al., 2007) e 2,7% no momento do ingresso no Sistema Penitenciário (SÁNCHEZ, et al., 2009).

Dos casos notificados no Estado de Goiás em 2010 e 2011, na população prisional corresponde a 8 e 7% respectivamente.

Para um efetivo controle da disseminação da tuberculose, devem-se eliminar as fontes de infecção, interrompendo assim, a cadeia de transmissão da doença. Tanto a doença quanto a sua disseminação predominam nas populações mais vulneráveis e nos locais com más condições de vida, pouco ventilados, com aglomerados de pessoas, dificuldades de informação e de acesso à saúde.

As fontes de infecção são aqueles doentes com tuberculose pulmonar, em especial os bacilíferos, ou seja, com exame de escarro positivo. Estes se não forem reconhecidos e imediatamente colocados sob tratamento diretamente observado, além de adoecerem, transmitem o bacilo causador da doença às pessoas suscetíveis, pelo ar, através da tosse, fala ou espirro. Sabe-se que quanto maior a quantidade de bacilos presentes no ar que respiramos, maior a chance de adoecimento.

A melhor estratégia é priorizar a busca dos casos com sintomas respiratórios, aqueles suspeitos de serem portadores de tuberculose (**tosse por duas ou mais semanas - tempo diferenciado do padrão, por especificidades da população**) ou portadores de doença febril. A realização do diagnóstico precoce e início de tratamento correto e adequado até a cura, é, portanto a melhor estratégia para combater a doença.

Situações preocupantes:

- Os freqüentes casos de transferências de uma unidade prisional para outra, facilita o abandono ao tratamento, que podem levar ao surgimento de formas resistentes além da transmissão da doença.
- O número de casos multirresistentes e de multirresistência primária entre a população carcerária, assinalando diagnóstico tardio e tratamentos irregulares.
- A falta de profissionais de saúde, principalmente médico, ficando sob responsabilidade do próprio doente ou do agente prisional evitar a transmissão através do uso adequado da medicação.
- O atendimento na maioria das unidades prisionais é realizado pelos Programas Municipais de Controle da Tuberculose, ou seja, fora das prisões o que não é adequado.
- A falta de prioridade frente ao problema da tuberculose, que é crônico, dificulta o controle da doença nas prisões, gerando insegurança e receio para a comunidade em geral.

2. DETECÇÃO DOS CASOS (DIAGNÓSTICO)

O estabelecimento de rotinas e fluxos para exames diagnósticos devem ser definidos com a área da saúde do sistema penitenciário, com os programas estaduais e municipais de controle da tuberculose e com a rede laboratorial, de forma a garantir o fluxo das amostras, o retorno do resultado da baciloscopia em 24 horas (ideal) ou no máximo de 3 dias e o início imediato do tratamento.

A) Busca ativa dos casos:

- No momento do ingresso: Exame médico, baciloscopia de escarro e cultura nos que apresentam tosse, RX de tórax PA e Perfil. Oferecer e aconselhar teste HIV, Hepatite B e Hepatite C.
- Rastreamento com base na existência de tosse entre os ingressos ou indivíduos já encarcerados por meio de entrevista individualizada; com baciloscopia e cultura para BAAR com Teste Sensibilidade (TSA).
- Rastreamento radiológico para os pacientes sintomáticos com baciloscopia negativa.
- Toda consulta médica por qualquer problema de saúde considerar a possibilidade de Tuberculose e se indicado realizar baciloscopia de escarro e/ou RX de tórax.
- O encaminhamento dos exames deverá seguir o fluxo estabelecido entre os Programas Municipais de Controle da Tuberculose e laboratórios.

B) Controle dos contatos (População Privada de Liberdade exposta a paciente com diagnóstico de tuberculose pulmonar)

- Sintomáticos: Baciloscopia de escarro, cultura, TSA, RX e HIV.
- Assintomáticos: orientar e acompanhar o aparecimento de sintomas.
- Portador conhecido de HIV ou identificado na ocasião: Encaminhamento para tratamento de TB latente, independente da Prova Tuberculínica (PT), desde que afastado tuberculose ativa no RX, baciloscopia de escarro 2 amostras e cultura TSA.
- Familiares: Orientação e encaminhamento para a unidade de saúde próxima de sua residência.

OBS: NÃO está indicada a Prova Tuberculínica para os contatos em ambiente prisional, pois em ambiente onde a probabilidade de ocorrência de reinfecções em curto prazo de tempo é muito alta, a indicação de tratamento da ILTB é duvidosa.

C) Isolamento dos casos (Por 15 dias após início de tratamento ou até a negativação do escarro)

- Casos identificados no momento do ingresso.
- Casos de retratamento por recidiva ou retorno pós-abandono.
- História de resistência e ou contato com casos de tuberculose multirresistente.

Obs.: Não há necessidade de isolamento dos casos detectados tardiamente, em que o detento esteja recluso por vários dias nas celas.

TRATAMENTO

- Os esquemas de tratamento são padronizados e deverão seguir o preconizado no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2011.
- Esquema Básico para adultos e adolescentes (>10anos): 2RHZE/4RH.
- Realizar Tratamento Diretamente Observado (TDO) em todos os casos de tuberculose com supervisão diária da tomada dos medicamentos, em regime ambulatorial.
- Consulta mensal e realização de baciloscopias de controle nos 2º,4º,6º meses de tratamento (nos casos bacilíferos).

SAÚDE OCUPACIONAL

- Exame admissional, incluindo PT em todos os funcionários.
- Exame anual conforme o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2011, páginas 150 e 158 a 160.
- Oferecer tratamento para infecção latente da tuberculose em caso de viragem tuberculínica.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (Monitoramento dos casos):

- Todo caso confirmado de tuberculose deverá ser notificado e digitado no SINAN.
- Organizar fluxo junto aos Programas de Controle da Tuberculose municipais e estadual para encaminhamento dos formulários de notificação, registro e encerramento dos casos.
- A medicação para as unidades prisionais deverá ser liberada pela Vigilância Epidemiológica de cada Secretaria Municipal de Saúde.
- Os programas municipais deverão monitorar estoque dos medicamentos, validade e esquemas de tratamento.
- Comunicação prévia com outras unidades prisionais antes da transferência do detento, preenchimento da ficha de transferência e liberação da medicação para 15 dias.
- Garantir a continuidade do tratamento, realizando contato prévio com a unidade de saúde, preenchimento da ficha de transferência e liberação da medicação para 15 dias na ocasião do alvará de soltura.
- A tomada diária do medicamento deverá ser observada por um profissional de saúde capacitado.
- Participar de capacitações e atualizações sobre tuberculose.

IMPORTANTE:

Esta Nota visa orientar os técnicos, reduzir e controlar os riscos, garantir medidas necessárias para a qualidade dos serviços de saúde dentro das unidades prisionais, bem como organizar fluxo das principais ações de controle da tuberculose.

BIBLIOGRAFIA:

Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2011