



**SGD: 2019/30559/110176**  
**NOTA TÉCNICA - 7/2019/SES/SVS**

Palmas, 26/08/2019.

**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis**  
**Gerência de Doenças Transmissíveis**  
**Área Técnica da Tuberculose**

**ATUALIZAÇÃO DA CONDOTA E PROCEDIMENTOS DO SETOR SAÚDE FRENTE AOS CASOS DE TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DO TOCANTINS**

**Assunto:** Atualização da conduta e procedimentos do setor saúde frente aos casos de tuberculose no sistema prisional do Estado do Tocantins

**Autores:** **Rosângela Bezerra Brito Guimarães** - Diretora da Vigilância das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis; **Janaina de Sousa Menezes** - Gerente de Doenças Transmissíveis; **Rhonner Macílio Lopes Uchôa** – Assessor da Área Técnica da Tuberculose; **Vandecleia Luciano da Silva** - Técnico da Área Técnica da Tuberculose; **Werenna Alves Moura** - Técnico da Área Técnica da Tuberculose.

**Introdução**

A Tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas.

A tuberculose é uma doença de transmissão aérea, ocorre a partir da inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas, expelidos pela tosse, espirro ou fala de doentes com tuberculose pulmonar ou laríngea. Somente pessoas com essas formas de tuberculose ativa transmitem a doença. A forma pulmonar, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, especialmente a positiva à baciloscopia, pois é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença.

Entretanto, não raramente, a tuberculose manifesta-se sob diferentes apresentações clínicas, que podem estar relacionadas com a idade, imunodepressão e órgão acometido. Dessa forma, além da tosse, outros sinais e sintomas podem ocorrer, e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada.

SVS/DVDTN/GDT





Diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença.

A presença da tuberculose no sistema prisional tem sido descrita como uma ameaça, pois sem o controle da tuberculose nos presídios, sugere-se que não seria possível controlar a doença fora delas. Assim, as penitenciárias são importantes na origem e transmissão da tuberculose.

A incidência de tuberculose é maior entre os privados de liberdade do que na população geral. Mesmo antes da prisão, muitos detentos estão expostos a fatores de alto risco para a doença, como desnutrição, higiene escassa e condições de vida inadequadas. Além disso, as penitenciárias impõem um risco adicional para a transmissão: a superlotação e a pouca ventilação são dois fatores que frequentemente coexistem nas unidades prisionais, juntamente com condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico e uso de drogas.

### Busca ativa dos casos

- **Busca ativa:** é a atividade de saúde pública (conceito programático) orientada a identificar precocemente pessoas suspeitas de tuberculose pulmonar, que apresentam tosse por tempo igual ou superior a duas semanas (**Sintomático Respiratório – SR**), visando a descoberta dos casos bacilíferos. A busca ativa do **SR** deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde (níveis primário, secundário e terciário) e tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente.

- **Sistema prisional:** é **NECESSÁRIO** que a busca ativa de casos seja realizada em dois momentos: no ingresso na unidade prisional (UP), no prazo máximo de sete dias, e por meio de busca ativa periódica, no mínimo uma vez ao ano, entre toda a população já encarcerada. Dois métodos podem ser utilizados para selecionar, de forma sistemática, aqueles com maior probabilidade de terem tuberculose, a saber:

- Entrevistar individualmente todas as pessoas privadas de liberdade para identificar aquelas que apresentam tosse de qualquer tempo de duração, independentemente de outras manifestações clínicas, e em seguida submeter o sintomático respiratório identificado aos exames para diagnóstico (baciloscopia/teste rápido molecular para tuberculose –TRM -TB, cultura com identificação de espécie, Teste de Sensibilidade e exames de imagem);

- Realizar radiológico de tórax, **independentemente da existência de sintomas**, para identificar os que apresentam qualquer tipo de anormalidade radiológica (pulmonar, pleural ou mediastinal). A triagem radiológica é uma estratégia importante para essa população, pois permite a identificação de

SVS/DVDTN/GDT





casos assintomáticos ou de casos com baciloscopia negativa. As pessoas com imagens sugestivas de tuberculose serão submetidas aos exames para diagnóstico (baciloscopia/Teste Rápido Molecular – TB, cultura com identificação de espécie e Teste de Sensibilidade).

- O encaminhamento dos exames deverá seguir o fluxo estabelecido entre os Programas Municipais de Controle da Tuberculose e laboratórios.

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

Ocorrendo um caso de tuberculose **É NECESSÁRIO EXAMINAR TODOS OS CONTATOS**. Em grandes prisões, com celas coletivas e/ou naquelas onde há permanência de grande número de Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) em espaços comuns, todas as PPL de uma mesma cela ou galeria devem ser consideradas como contato.

O principal objetivo da investigação de contatos em ambientes prisionais é a procura de outros casos de tuberculose ativa. Indica-se realizar baciloscopia de escarro ou também Teste Rápido Molecular – TB para **TODOS OS CONTATOS QUE TIVEREM EXPECTORAÇÃO**, independentemente da duração da tosse, dada a alta incidência da doença nessa população. E, quando possível, realizar também exame radiológico de tórax.

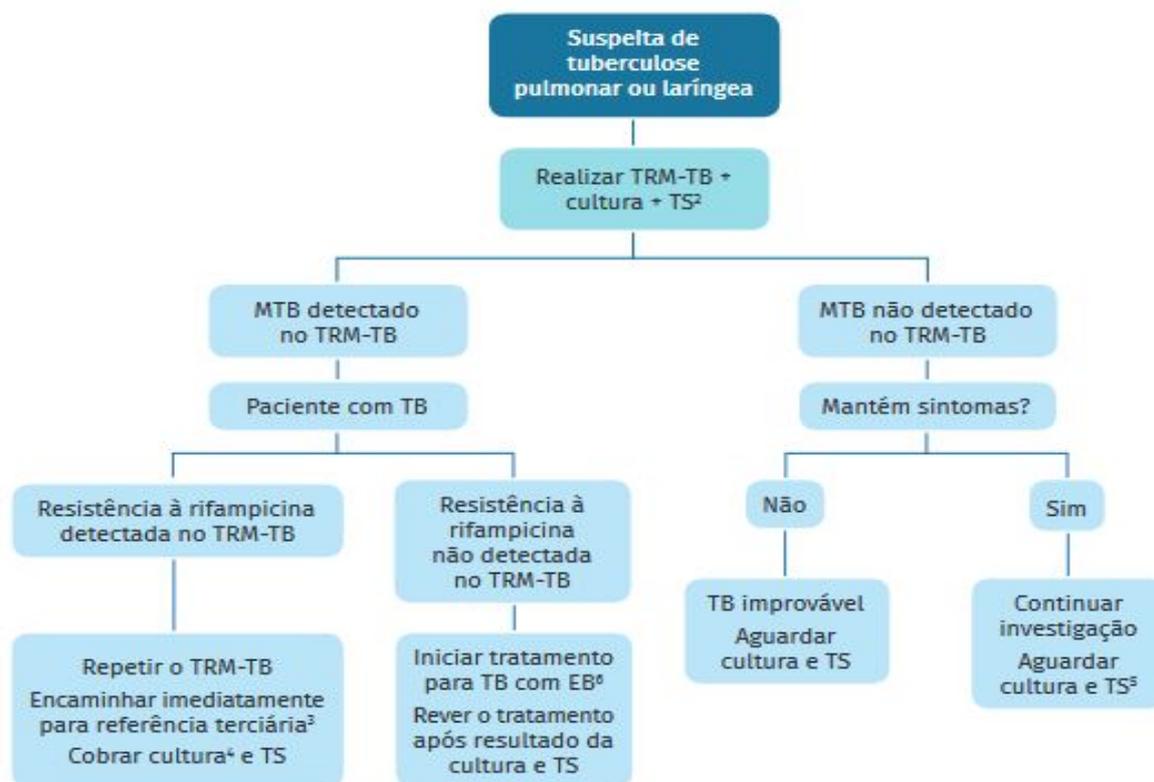
Os contatos coinfetados pelo HIV/AIDS, desde que descartada a tuberculose ativa, devem realizar tratamento da infecção latente (quimioprofilaxia).

**Não está indicada prova tuberculínica para os contatos em ambiente prisional, pois em ambientes onde a probabilidade de ocorrência de reinfecções em curto espaço de tempo é muito alta, a indicação de tratamento da infecção latente é duvidosa.**

Os familiares das PPL com TB ativa devem ser orientados a procurar serviço de saúde extramuros para a caracterização do contato e realização dos exames necessários, se estabelecidos critérios de contatos recomendados pelo Programa Nacional de Controle a Tuberculose.

### Algoritmo do diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes de populações com maior vulnerabilidade<sup>1</sup> baseado no TRM-TB





Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

1. Populações consideradas de maior vulnerabilidade: profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV/Aids, população privada de liberdade, população em situação de rua, povos indígenas, contatos de tuberculose resistente.

2. TS – Teste de Sensibilidade.

3. Referência terciária – ambulatório de referência para tratamento de tuberculose resistente. O paciente deve chegar à referência terciária imediatamente, sem que se aguardem os resultados dos novos exames solicitados. Nesse serviço, a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TSA deverá ser encaminhado à referência terciária.

4. Resgatar resultado de cultura previamente realizada, nos casos com resistência à rifampicina detectada, realizar cultura preferencialmente pelo método automatizado.

5. Investigar micobacteriose não tuberculosa (MNT) e outros diagnósticos diferenciais.

6. EB – Esquema Básico.

## Ambiente adequado para coleta de escarro

As coletas devem ser realizadas em locais abertos, preferencialmente ao ar livre, onde o paciente disponha de privacidade.

**Observação:** quando não houver um espaço adequado para coleta de escarro na unidade prisional, a coleta pode ser realizada dentro da unidade, desde que o ambiente possua condições adequadas de biossegurança, tanto para o privado de liberdade, quanto para o profissional de saúde (boa ventilação e fluxo de

SVS/DVDTN/GDT





ar corretamente direcionado, o que pode demandar o uso de exaustores, ventiladores, entre outros).

### Tratamento da tuberculose

- Os esquemas de tratamento são padronizados e deverão seguir o preconizado no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019;
- Esquema Básico para adultos e adolescentes (>10 anos): 2RHZE/4RH;
- Realizar **Tratamento Diretamente Observado (TDO)** em todos os casos de tuberculose com supervisão diária da tomada dos medicamentos, em regime ambulatorial. A supervisão, no contexto carcerário, deve ser feita **exclusivamente** por profissional de saúde;
  - Consulta mensal e realização de baciloscopias de acompanhamento do tratamento mensalmente (nos casos bacilíferos).

O tratamento da Tuberculose tem duração de 6 meses, é GRATUITO no SUS e se dá da seguinte forma:

Quadro 1 – Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg <sup>1</sup> ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

<sup>1</sup>A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

### Tratamento durante o encarceramento

SVS/DVDTN/GDT





O tratamento recomendado tanto para as PPL quanto para a população geral deve ser **DIRETAMENTE OBSERVADO**. A supervisão, no contexto carcerário, deve ser feita exclusivamente por profissional de saúde e, não deve ser delegada aos profissionais da segurança ou outras PPL.

O acompanhamento do tratamento para as PPL, assim como para a população livre, deve constar de consulta mensal com a realização de baciloscopias, aferição de peso e aconselhamento, visando à adesão ao tratamento. E, para evitar a interrupção do tratamento, um sistema de informação/comunicação ágil entre os serviços de saúde das diversas unidades prisionais deve ser estabelecido em razão das frequentes transferências das PPL (o paciente em tratamento supervisionado deve ser transferido para unidade prisional que possua ações de controle da tuberculose implantadas).

O serviço de saúde da UP de origem **DEVE COMUNICAR** à coordenação de saúde do sistema penitenciário e à UP receptora sobre a transferência do paciente. O serviço de saúde da UP receptora deverá realizar consulta nos sete primeiros dias após o ingresso do paciente na unidade para dar continuidade ao tratamento. Como preconizado pela legislação, o prontuário de saúde deve sempre acompanhar o paciente por ocasião das transferências entre as unidades prisionais.

**Para garantir o tratamento após o livramento a UP deverá comunicar o livramento do paciente à vigilância epidemiológica do município.**

### **Vigilância de contatos dos casos de tuberculose em unidades prisionais**

Os contatos de cela de um caso devem ser investigados para tuberculose ativa. A existência de sintomas, independentemente do tempo de duração e/ou RX sugestivo, indicam a necessidade de realização de baciloscopia ou TRM-TB, cultura e TS.

Não está indicada prova tuberculínica para os contatos em ambiente prisional, pois nestes locais há alta probabilidade de ocorrência de reinfecções em curto espaço de tempo. Para os contatos infectados pelo HIV, desde que descartada a tuberculose ativa, deve-se realizar tratamento da ILTB.

### **Vigilância de tuberculose em unidades prisionais**

O isolamento respiratório no sistema prisional está indicado, por um período de 15 dias, apenas para os casos de tuberculose identificados no momento do ingresso, casos suspeitos ou confirmados de resistência aos fármacos antituberculose e casos de falência de tratamento.

SVS/DVDTN/GDT

6





Todos os casos de tuberculose identificados entre as pessoas privadas de liberdade devem ser notificados no SINAN, mencionando-se a origem prisional. É importante utilizar os instrumentos de registro para detecção e acompanhamento dos casos pela UP (Unidade Prisional), de modo a se permitir:

- a localização dos pacientes na própria UP e, por ocasião de transferências, entre unidades prisionais, a fim de se garantir a continuidade do tratamento;
- o monitoramento da detecção, acompanhamento, supervisão e avaliação do tratamento;
- a provisão de medicamentos para o conjunto do sistema penitenciário e para cada UP;
- a identificação das UP's com maiores incidências de TB, onde as ações de controle devem ser reforçadas.

Deve ainda ser organizado fluxo dos boletins de acompanhamento do SINAN, para envio ao município que sedia a Unidade Prisional. Quando ocorrerem transferências entre UPs, a unidade de origem é responsável por informar à unidade de destino os dados referentes ao diagnóstico e tratamento.

As informações referentes à avaliação do desempenho de cada unidade prisional em relação à detecção e desfecho de tratamento deverão ser utilizadas por ocasião de reuniões periódicas com os profissionais de saúde das UPs e servir de base para definição de indicadores, metas e estratégias de intervenção.

### **Isolamento respiratório dos casos de tuberculose nas prisões**

O isolamento respiratório dos casos de tuberculose se impõe nas seguintes situações:

- Casos identificados no momento do ingresso na prisão, pelo período de 15 dias, após o início do tratamento antituberculose;
- Casos suspeitos ou confirmados de resistência;
- Quando ocorre a falência de tratamento.

De modo similar à população livre, a internação hospitalar para tratamento da tuberculose está justificada nos casos de hemoptise, mal estado geral e/ou presença de comorbidades, grave intolerância e hepatite medicamentosa.

O isolamento do paciente identificado durante o encarceramento não está indicado porque:

- Nas semanas que precedem o diagnóstico, as pessoas em contato com os pacientes já foram largamente expostas ao risco de infecção;
- A contagiosidade tende a diminuir rapidamente nas primeiras semanas de tratamento;

SVS/DVDTN/GDT





- O isolamento contribui para estigmatização dos doentes e tende a desestimular a busca pelo diagnóstico por parte de outras PPL pelo temor à discriminação e à limitação de circulação.

**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.

### Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2ª ed. Atualizada - Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde : volume 2** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Orientações para Coleta de Escarro**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016

**PERCILIANA JOAQUINA BEZERRA DE CARVALHO**  
Superintendente de Vigilância em Saúde

SVS/DVDTN/GDT

8

