

on of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evaluation of coct-effectiveness. *Lancet* 1999; 354: 210-15.

23. HUGHEC JR, GOLDATEIN MG, HURT RD, Shiffman S.

Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 1999; 281: 72- 76.

24. HENNINGFI ELD JE, BENOWITZ NL, SLADE J et al. Reducing the addictiveness of cigarettes. *Tobacco Control* 1998; 7: 281- 293.

## A tuberculose nos profissionais de saúde. Panorama nacional. Estratégias de prevenção da transmissão nosocomial aos profissionais

A. PIMENTA DE CASTRO<sup>1</sup>, A. FONSECA ANTUNES<sup>2</sup>

### Panorama nacional

Em Portugal, o risco de contrair tuberculose entre os funcionários hospitalares na década de 1987-1997 foi superior em 50% ao da população geral, não se registando diferenças significativas entre os vários grupos profissionais, sendo difícil em muitos casos comprovar a transmissão nosocomial. O risco relativo neste grupo profissional (1,5), é porem muito inferior ao de outros grupos: contactos de doentes em distritos de alta incidência (28), contactos em distritos de média incidência (15), reclusos (10) e imigrantes (9). As taxas de conversão tuberculínica observadas em vários hospitais sugerem um nível de transmissão maior do que o indiciado pelo número de casos notificados.

### Factores determinantes da transmissão nosocomial

Os principais factores fundamentam-se nos estudos de avaliação dos riscos e são os seguintes:

- Incidência da tuberculose na comunidade onde está inserido o hospital e a carga da tuberculose

sobre as camas hospitalares (número de casos na comunidade/número de camas).

- Demora média dos internamentos por tuberculose.
- Número de internamentos por ano.
- Existência de áreas de procedimento de diagnóstico e terapêutica (broncologia, tosse induzida etc.).
- Condições de isolamento.

### Medidas de controlo

As medidas de controlo da infecção tuberculosa nos hospitais tem-se revelado, quando implementadas, altamente eficazes. São basicamente de dois tipos:

Medidas de engenharia para reduzir a concentração e propagação de partículas infecciosas: sistemas de exaustão e ventilação locais, controlo dos fluxos aéreos, tratamento do ar através de filtros de alta eficácia.

Medidas de engenharia para reduzir a concentração e propagação de partículas infecciosas: sistemas de escritos para a identificação rápida dos casos de tuberculose contagiosa, implementação das boas práticas de protecção individual como o uso de máscaras, informação dos profissionais relativamente à

<sup>1</sup> ARS Norte

<sup>2</sup> DGS

tuberculose e criação de um programa de vigilância a nível da instituição e de uma política de internamento.

### Programa de vigilância institucional

Despiste da doença activa nos funcionários essencialmente através da sintomatologia respiratória e rápido estudo diagnóstico.

Despiste da infecção tuberculosa entre os funcionários através do rastreio tuberculínico periódico o qual só deve ter lugar se o risco for moderado ou alto. Considera-se risco moderado ou alto se a avaliação epidemiológica sugere a ocorrência de transmissão nosocomial, identifica um conglomerado de conversões tuberculínicas, ou identifica a transmissão hospitalar do *M. tuberculosis* de através de técnicas de tipagem do DNA. Não deve ser implementado se o risco for mínimo ou baixo: incidência baixa na comunidade, ausência ou reduzido número de internamentos por tuberculose contagiosa no ano anterior, taxa de conversão tuberculínica nos funcionários inferior a 0,5%.

Vigilância sobre a transmissão entre doentes, a qual pode ser indiciada se existe uma proporção elevada de casos com história de internamento hospitalar no ano anterior ou um surto de tuberculose multirresistente com o mesmo padrão de resistência.

### Política de internamento

Deve ser diminuído ao máximo o número e tempo de permanência dos doentes tuberculosos particularmente dos contagiosos nos hospitais, pois a tuberculose é uma doença essencialmente de ambulatório devendo o internamento ser reservado a:

- Casos graves com patologias associadas (Tb/SIDA)
- Casos de diagnóstico diferencial difícil, exigindo estudo diagnóstico complexo.
- Casos com graves reacções tóxicas aos fármacos antibacilares.

- Para ajuste terapêutico em multirresistentes.
- Situações de tratamento compulsivo.

Devem ser seguidos alguns princípios básicos:

- O internamento deve durar o mínimo tempo possível.
- Implica o uso de meios de protecção respiratória individual (mascaras adequadas).
- A circulação de doentes ou suspeitos deve ser restringida a espaços próprios.
- Implica o isolamento possível dos doentes, de acordo com as condições do hospital.

O número de internamentos com o diagnóstico principal de tuberculose pulmonar nos nossos hospitais foi de 1857 correspondendo a 44.404 dias de internamento (excluídos os doentes com SIDA e o Hospital Dr. José Maria Antunes), com uma demora média de 24 dias, o triplo da das outras patologias. Tendo em conta as precárias condições de isolamento destes doentes em muitos hospitais, o tempo de internamento e a susceptibilidade acrescida de muitos dos outros doentes contactantes, podemos estar perante um problema epidemiológico grave e muito mal estudado.

### Conclusões

Reforço do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose a todos os níveis.

Repensar em muitas instituições a política de internamento destes doentes. Continuar a investir em isolamentos adequados em hospitais seleccionados.

Implementar os serviços de saúde ocupacional em todas as instituições de saúde (hospitais e serviços de ambulatório).

Criar instituições para internamento intermédio que sirvam de tampão entre o ambulatório e o internamento hospitalar.