

Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu

**O Controle da Tuberculose nos Presídios: Atuação
das Equipes de Saúde na Região (DRS VI) de
Bauru/SP**

Walter Vitti Junior

Botucatu – SP
2013

Walter Vitti Junior

**O Controle da Tuberculose nos Presídios: Atuação
das Equipes de Saúde na Região (DRS VI) de
Bauru/SP**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luana Carandina

Botucatu – SP
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Vitti Junior, Walter.

O controle da tuberculose nos presídios : atuação das equipes de saúde na região (DRS VI) de Bauru/SP / Walter Vitti Junior. – Botucatu : [s.n], 2013

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Luana Carandina

Capes: 40602001

1. Tuberculose – Prevenção. 2. Pulmões – Doenças. 3. Saúde Pública.
4. Prisões.

Palavras-chave: Controle da tuberculose; Prisões; Tuberculose; Tuberculose em presos.

Walter Vitti Junior

O Controle da Tuberculose nos Presídios: Atuação das Equipes de Saúde na Região (DRS VI) de Bauru/SP

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Banca Examinadora:

Professora Doutora Luana Carandina – *Orientadora* – Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Professora Doutora Helenice Bosco de Oliveira – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Professora Doutora Marli Teresinha Cassamassimo Duarte – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Professor Doutor Péricles Alves Nogueira – Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública – USP

Professor Doutor Valdemar Pereira de Pinho – Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Botucatu, 28 de fevereiro de 2013

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração à professora Luana pela orientação, pela dedicação, pela paciência, pelo incentivo e por ter acreditado em mim, mesmo nos momentos mais difíceis em que eu mesmo não acreditava.

Exercer a medicina vendo em cada paciente um ser humano em sofrimento e em busca não só de um diagnóstico, mas antes de tudo de um ouvido atento, de uma frase de alento e da dedicação como principal medicamento.

Exercer a docência vendo em cada aluno um ser humano sedento de conhecimento e em busca não só de um professor, mas de uma mão amiga que com paciência e sabedoria o leve a trilhar o caminho da ciência.

Com você reaprende-se a ser médico e professor...

Agradeço...

À Maria Laura e aos profissionais das equipes de saúde das penitenciárias, sem os quais esta pesquisa não teria sido possível.

Aos mestres Helenice, Marli, Péricles e Pinho pelas correções e contribuições para aperfeiçoar este trabalho.

Aos meus filhos Vinícius, Pedro, Tamarah e Isadora, que com paciência e resignação entenderam a minha ausência temporária. Em vocês encontro forças para enfrentar os desafios.

Meu reconhecimento e carinho a todos vocês que me ajudaram!

"Dê a quem você ama: asas para voar, raízes para voltar e motivos para ficar" (Dalai Lama)

Resumo

RESUMO

VITTI JUNIOR, W. *O controle da tuberculose nos presídios: atuação das equipes de saúde na região (DRS VI) de Bauru/SP*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2013.

A morbimortalidade da tuberculose entre as pessoas privadas de liberdade é mais elevada do que na população livre, sendo esta situação mais grave nos países em desenvolvimento. Precárias condições de vida no cárcere, associadas ao perfil desta população, contribuem para manter as condições de transmissão entre os presos e destes para a população livre e facilitam o surgimento de formas resistentes à medicação. Para controlar esta situação vem-se investindo em programas de controle, em níveis internacional, nacional e estadual, buscando diagnosticar precocemente, aumentar as taxas de cura e oferecer melhores condições de vida na prisão. O objetivo deste estudo foi analisar a implementação das ações de controle da tuberculose nas Unidades Prisionais da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária de São Paulo localizadas na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI) e verificar se as diretrizes e recomendações oficiais estão sendo seguidas. Foi realizado estudo descritivo, de avaliação de programa, sendo as informações obtidas através de entrevista não-diretiva com profissionais de saúde coordenadores das ações de controle nas unidades prisionais. Obteve-se taxa de ocupação média de 1,7 presos por vaga e prevalência média pontual de tuberculose de 528,7 casos por 100 mil presos, sendo maior nas unidades de regime fechado. O rastreamento de casos entre os presos ingressantes e a busca periódica duas vezes ao ano são baseiam-se na queixa de tosse. Há dificuldade de acesso ao exame radiográfico de tórax e algumas unidades têm restrição para solicitação de exame baciloscópico e não dispõem de local adequado para coleta de escarro. Atendimento às intercorrências ou às consultas programadas nem sempre é garantido, pois muitas equipes de saúde não contam com médico e/ou enfermeiro, há resistência por parte das unidades de saúde de referência e insuficiência de viaturas e/ou escolta. É feito controle de contatos entre companheiros de cela, mas não entre os funcionários da segurança. Tratamento diretamente observado está implantado em todas as unidades, com a participação dos Agentes de Segurança Penitenciária. Adota-se isolamento dos casos suspeitos e dos confirmados no início do tratamento. Atividades educativas e de conscientização são desenvolvidas nos momentos de busca ativa periódica. Observou-se que, de forma geral, as equipes de saúde seguem a maior parte das normas e recomendações, com maior envolvimento dos profissionais de enfermagem. Diferenças quanto ao regime de cumprimento de pena, do modelo de reinserção socioeducativa e de perfil dos presos precisam ser consideradas para a implementação de ações em contextos diversos. Frente à grande mobilidade dos presos é preciso investir em medidas que garantam a continuidade do tratamento. Combate à tuberculose ocupacional precisa ser priorizado. Todos os envolvidos na cadeia epidemiológica da doença, como funcionários da segurança, familiares e visitantes devem ser alvo de ações efetivas de controle e não apenas os presos. São feitas recomendações no sentido de melhorar o acesso ao atendimento e aos meios diagnósticos, ampliar as ações educativas e garantir às pessoas privadas de liberdade o direito à saúde.

Palavras-chave: Controle da tuberculose; Prisões; Tuberculose; Tuberculose em presos.

Abstract

ABSTRACT

VITTI JUNIOR, W. *Tuberculosis control in penitentiary establishments: healthcare teams work (DRS VI) in the region of Bauru/SP*. 2013. Dissertation (Doctorate in Public Health) – Botucatu Medical School, São Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2013.

Tuberculosis morbimortality among inmates is higher than among free people, and this situation is more serious in developing countries. Precarious living conditions in detention facilities associated to these persons profile contribute to maintaining the transmission conditions among prisoners and those for the free population, and facilitate the emergence of resistant forms of medication. Keeping a hold of this situation, it has been investing in control programs, at an international, national and state scope, seeking to diagnose it in advance, increasing cure rates and offering better living conditions in prison. Analyze the implementation of control of tuberculosis in correctional facilities of the state board of prison administration in São Paulo located in the area covered by the Regional Health Department in Bauru (DRS VI) and verify that official recommendations and guidelines are being followed. It has been accomplished a descriptive study of program evaluation and information has been obtained through non-directive interviews with health professionals coordinators of control actions in each prison unit. It has been obtained the average occupancy rate of 1.7 prisoners per vacancy and an average point prevalence of tuberculosis of 528,7 cases per 100 thousand prisoners, being greater in the units closed regime. Searching cases among entering prisoners and periodic search twice a year are made based on complaints of cough. There is limited access to radiographic examination of the chest and some units have restriction to request bacteriological examination and have no place for sputum collection. Attendance to occurrences or appointments is not always guaranteed as many teams do not have a physician and/or a nurse. There is resistance on the part of the health units of reference and insufficient vehicles and/or escorts. Contacts control is done between cellmates, but with the participation of Penitentiary Security agents. It has been adopted isolation of suspected cases and of confirmed ones in the beginning of the treatment. Educational activities and awareness are developed in times of periodic active search. It has been observed that, in general, health teams follow the measures outlined in the standards and recommendations, with greater involvement of nursing professionals. Differences in the regime of imprisonment, the model of socio-educational rehabilitation and the prisoners profile need to be considered for the implementation of actions in different contexts. Knowing the great mobility of prisoners is necessary to invest in measures to ensure continuity of care. Fight against the occupational tuberculosis needs to be prioritized. Everyone involved in the epidemiological chain of the disease, as security officials, family members and visitors should be targeted in effective control, not just prisoners. Recommendations are made to improve access to care and diagnostic tools, expand educational actions and guarantee to persons deprived of liberty the right to health.

Key-words: Tuberculosis control; prisons; Tuberculosis; Tuberculosis in prisoners.

Lista de Tabelas e Figura

LISTA DE TABELAS E FIGURA

Tabela 1 – Taxas de encarceramento (número de presos por 100 mil habitantes) em diferentes regiões nos anos de 2011/2012.....	23
Tabela 2 – Razões de incidência da tuberculose pulmonar nas pessoas privadas de liberdade e na população livre, em diferentes Estados. Brasil, 2000 a 2010.	27
Tabela 3 – Localização, tipo, ano de inauguração, regime e capacidade das Unidades Prisionais. Região do DRS VI - Bauru, 2012.....	50
Tabela 4 – Capacidade, população e taxa de ocupação das Unidades Prisionais para população masculina. Região do DRS VI - Bauru, 2012.....	58
Tabela 5 – Número de casos e prevalência da tuberculose na população masculina, percentagem de TB-MDR e prevalência de HIV/AIDS nas Unidades Prisionais. Região do DRS VI - Bauru, 2012.....	59
Tabela 6 – Número de profissionais, por categorias, que compõem as equipes de saúde das Unidades Prisionais para presos do sexo masculino. Região do DRS VI - Bauru, 2012.	61
Tabela 7 – Atividades educativas realizadas pelas equipes de saúde. Região do DRS VI - Bauru, 2012.....	69
Tabela 8 – Ações de controle da tuberculose nas Unidades Prisionais – principais resultados. Região do DRS VI - Bauru, 2012.....	72
Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde da DRS VI Bauru - SP e RRAS – 09, com a divisão política municipal, 2012	48

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

AME	Ambulatório Médico Especializado
APP	Ala de Progressão Penitenciária
ASP	Agente de Segurança Penitenciária
CDP	Centro de Detenção Provisória
CEP/SAP	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Administração Penitenciária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CPP	Centro de Progressão Penitenciária
CR	Centro de Ressocialização
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DOTS	<i>Direct Observed Treatment Strategy</i>
DRS	Departamento Regional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRW	<i>Human Rights Watch</i>
ILTB	Infecção Latente por TB
MS	Ministério da Saúde
NAS	Núcleo de Atendimento à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAP	Secretaria Estadual da Administração Penitenciária
SR	Sintomáticos respiratórios
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multirresistente
TDO	Tratamento diretamente observado
TT	Teste tuberculínico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UP	Unidade Prisional
WHO	<i>World Health Organization</i>

Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	A Prisão e o Adoecer.....	20
1.2	Tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade.....	24
1.3	Tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade no Brasil	26
1.4	Atenção à Saúde nas Prisões: Situação no Brasil	29
1.5	Controle da Tuberculose nas Prisões	32
1.6	Avaliação de Programas e Serviços de Saúde	38
1.7	Avaliação de Programas de Controle da Tuberculose para Pessoas Privadas de Liberdade	40
2	OBJETIVOS	44
2.1	Objetivo Geral	44
2.2	Objetivos Específicos	44
3	MATERIAL E MÉTODO	46
3.1	Área de Estudo	47
3.2	População de Estudo	51
3.3	Levantamento dos Dados	51
3.4	Análise dos Dados.....	52
3.5	Aspecto Ético.....	53
4	RESULTADOS	55
4.1	Perfil das Unidades	55
4.2	Taxa de Ocupação.....	56
4.3	Prevalência de Tuberculose	57
4.4	Equipe de Saúde.....	60
4.5	Perfil do Entrevistado.....	62
4.6	Inclusão – Avaliação de Saúde e Rastreamento.....	62
4.7	Diagnóstico	63
4.8	Isolamento.....	65
4.9	Tratamento e Seguimento.....	66
4.10	Controle de Contatos	67
4.11	Sistema de Informação	68
4.12	Saídas	69
4.13	Atividades Educativas.....	69
4.14	Participação dos Agentes de Segurança Penitenciária (ASP)	70
4.15	Cuidados com os Funcionários	71
4.16	Dificuldades	73

5	DISCUSSÃO.....	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	95
	ANEXOS	103
	Anexo 1 – Aprovação do CEP da Universidade Estadual Paulista – FMB .	103
	Anexo 2 – Parecer do CEP da Secretaria da Administração Penitenciária	
	de São Paulo.....	104
	Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
	Anexo 4 – Roteiro de Entrevista	117
	Anexo 5 – Formulário Entrevista de Inclusão.....	119

Introdução

1 INTRODUÇÃO

*"Falar somente uma linguagem rouca,
Um português cansado e incompreensível,
Vomitar o pulmão na noite horrível
Em que se deita sangue pela boca!
Expulsar aos bocados, a existência
Numa bacia autômata de barro
Alucinado, vendo em cada escarro
O retrato da própria consciência..."
(Os doentes, Augusto dos Anjos)*

Passados 130 anos da descoberta do bacilo de Koch como seu causador e 70 anos da descoberta da estreptomicina para seu tratamento, a tuberculose (TB) continua, na segunda década do século XXI, a causar sofrimento e morte.

Na década de 90 do século passado constatou-se uma tendência crescente da doença em todo o mundo devido, basicamente, ao impacto da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em 1993 a doença foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "emergência mundial de saúde pública". No Plano Global para Combate da Tuberculose 2011-2015, proposto pela OMS, definiram-se como metas a serem alcançadas: a redução em 50% na prevalência e na mortalidade até 2015 e sua eliminação como problema de saúde pública até 2050 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Desde 1990, no mundo, a taxa de mortalidade pela TB decresceu 41% e desde 2002 a taxa de prevalência diminuiu 45% nos 22 países com maior número absoluto de casos. Entre 2010 e 2011 a incidência teve uma redução de 2,2%. Apesar destes dados serem animadores, a situação ainda é grave. A OMS estima que em 2011, no mundo, tenham sido notificados 8,7 milhões de casos novos de TB (taxa de incidência de 125 casos por 100 mil habitantes) e 1,4 milhões de óbitos, sendo 30% destes em portadores de HIV. A África e a Ásia concentram 85% dos casos (WHO, 2012).

O Brasil, um dos países com maior número absoluto de casos de TB, em 2011 registrou 69245 novos casos, aproximadamente 3,5% a menos do que em 2010. Em 2010 foram registrados 4603 óbitos pela doença, 4% a menos do que em 2009. Nos últimos dez anos a taxa de incidência caiu 16% e a de mortalidade 23% (BRASIL, 2012 b,c).

Dos casos novos notificados no país em 2011, aproximadamente 24% referem-se ao Estado de São Paulo. A taxa de incidência em 2010 acompanhou a média nacional – 39 casos por 100 mil habitantes. Enquanto a taxa de mortalidade no Estado apresentou um declínio de 51% a partir de 1997, a incidência teve uma redução de apenas 21% desde 1998, queda esta insuficiente para que se atinja a meta de redução de 50% até 2015 (SÃO PAULO, 2012a).

Na Macrorregião de Saúde de Bauru-SP, composta por 68 municípios do centro-oeste paulista, foram notificados 391 casos em 2011, com taxa incidência de 23,5 casos por 100 mil habitantes, abaixo das taxas do Estado e do país (SÃO PAULO, 2012a).

O Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) está dividido em seis componentes: expandir a estratégia *Direct Observed Treatment* (DOTS) com qualidade e comprometimento político, financeiro e administrativo; priorizar e capacitar o sistema de saúde baseado na atenção básica; conscientizar e fortalecer politicamente as pessoas com tuberculose e a sociedade civil organizada; envolver, através de parcerias, todos os prestadores responsáveis pela atenção aos portadores de tuberculose; promover pesquisas e, por fim, dirigir ações à TB/HIV, à tuberculose multirresistente (TB-MDR) e às populações pobres e vulneráveis (DARA et al., 2009).

Exclusão social e miséria estão diretamente relacionadas com a tuberculose, afetando principalmente pessoas submetidas a condições inadequadas de moradia, alimentação, educação e saneamento básico. O abuso de álcool, drogas ilícitas e tabaco também contribuem para um maior risco de infecção e doença, assim como a coinfeção com o HIV. Neste contexto, algumas populações são consideradas mais vulneráveis para a TB e vêm sendo priorizadas nas políticas e programas de controle da doença – pessoas em situação de rua, povos indígenas, portadores de HIV, usuários de drogas, pacientes mantidos em instituições fechadas (asilos, casas de repouso, hospitais psiquiátricos e albergues) e pessoas privadas de liberdade (PPL) (DARA et al., 2009; BRASIL, 2011).

1.1 A Prisão e o Adoecer

Existem diversas formas de privação da liberdade, entre elas, a prisão.

Para Foucault (1984, p. 207), a prisão, no sentido que hoje se considera, teria surgido no fim do século XVIII e início do século XIX, constituindo-se fora do sistema judiciário, no momento em que:

"... se elaboraram, por todo o corpo social, os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo, e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacunas, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e notações, constituir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza. A forma geral de uma aparelhagem para tornar os indivíduos dóceis e úteis, através de um trabalho preciso sobre seu corpo, criou a instituição-prisão, antes que a lei a definisse como a pena por excelência".

Desta forma, a prisão passa a ser reconhecida como local legítimo para punição dos criminosos e sua reabilitação, cabendo ao Estado afastar estas pessoas do meio em que vivem, temporária ou definitivamente, em tempo parcial ou diuturnamente, privando-as de liberdade. Isoladas em presídios, são tuteladas pelo Estado que arroga para si o dever de fazer cumprir tanto as penalidades impostas pelas faltas cometidas, quanto o de garantir condições adequadas de vida, recuperação e capacitação para a reinserção social destas pessoas (FOUCAULT, 1984). Independente da época e do local, as pessoas encarceradas sempre estiveram e estão submetidas a condições nem sempre mínimas para sua sobrevivência, sujeitas a diferentes formas de vitimização, como precárias condições de vida e higiene, tortura e outras formas de violência, estresse físico e mental, entre outras. Assim, a privação da liberdade é a principal forma de punição empregada pelos danos cometidos contra a ordem social vigente e, através do isolamento e de trabalhos forçados e castigos, busca-se regenerar o indivíduo, acreditando-se que seja possível com isso sua transformação e recuperação social (FOUCAULT, 1984). Como Foucault (1984, p. 209) bem sintetiza: "Em suma, o encarceramento penal, desde o início do século XIX, recobriu ao mesmo tempo a privação de liberdade e a transformação técnica dos indivíduos".

A sociedade delega às instituições prisionais uma difícil tarefa que ela própria tem grande dificuldade de enfrentar. Além de legitimar, a sociedade é conivente com este sistema de punição social, pouco questionando seus métodos e

aceitando sua inacessibilidade e a invisibilidade de suas ações (FOCAULT, 1984). Assim, as ações do sistema prisional passam a gozar de autonomia crescente. Como resultado desse processo define-se o perfil que, de forma geral, caracteriza o sistema prisional no mundo na atualidade e que decorre também de questões legais, como a lentidão do poder judiciário e de questões sociais, como a própria vitimização que caracteriza a população que ingressa nos presídios. Os presos, frequentemente, provêm de setores mais vulneráveis da sociedade: os jovens, os pobres, os doentes mentais, os alcoolistas, os dependentes de drogas ilícitas. Estas pessoas têm um risco maior de adquirir doenças como a TB. Nas prisões tais problemas são exacerbados pelas péssimas condições de vida, pela violência e pelo confinamento. Superlotação, estresse resultante do encarceramento e da violência, atividades ilícitas, como o uso de drogas, acesso limitado aos direitos de cidadania, são apenas alguns dos problemas enfrentados, em diferentes graus, mundialmente. A assistência à saúde torna-se mais difícil, sendo esquecida ou considerada de baixa prioridade, principalmente em países com recursos escassos (DARA et al., 2009).

No mundo, estima-se que aproximadamente 11 milhões de pessoas estejam presas (taxa de encarceramento de 156 presos por 100 mil habitantes), quase metade delas em apenas três países: Estados Unidos, China e Rússia. As maiores taxas de encarceramento – razão entre o número de presos e a população geral – apontadas pelo International Center for Prison Studies, para 2011, são encontradas nos Estados Unidos (743 presos por 100 mil habitantes), em Ruanda (595 presos por 100 mil habitantes), na Rússia (568 presos por 100 mil), na Geórgia (547 presos por 100 mil habitantes) e nos países do Caribe (422 a 495 presos por 100 mil habitantes). Para a América do Sul, em 2011, a taxa média foi de 191 presos por 100 mil habitantes (WALMSLEY, 2011).

Apesar do moderado índice de encarceramento – 288 presos por 100 mil habitantes em junho de 2012 – o Brasil possui a quarta maior população encarcerada do mundo (quase 550 mil presos) (BRASIL, 2012a). Entre 1995 e 2005 a população carcerária do Brasil teve crescimento de 144% (taxa anual de crescimento entre 10 e 12%), mas nos últimos anos observa-se uma queda, com taxa de crescimento de 5 a 7% ao ano). O país conta com 1420 estabelecimentos penais, entre: cadeias públicas, centros de detenção provisória, penitenciárias, colônias agrícolas, casas de albergados, hospitais de custódia e tratamento

psiquiátrico e patronatos¹. Aproximadamente 80% das vagas destinam-se ao regime fechado, ficando 20% para os regimes aberto e semiaberto (BRASIL, 2008a,b, 2012).

O sistema penal brasileiro não é centralizado, ficando a cargo de cada Estado gerir seu próprio conjunto de estabelecimentos penais, havendo assim estruturas administrativas e organizacionais distintas, polícias independentes e, até mesmo, leis de execução penal suplementares. De forma geral, as Secretarias Estaduais de Justiça administram as penitenciárias, enquanto as Secretarias de Segurança Pública encarregam-se das cadeias públicas e delegacias de polícia (BRASIL, 2008a).

A superlotação é um dos principais problemas no sistema carcerário do país – há um déficit de 200 mil vagas. Enquanto as penitenciárias têm lotação média de 1,6 presos/vaga, com grande variação entre os Estados; as cadeias e CDP têm lotação de 4,0 presos/vaga. Ao invés de serem usadas, conforme suas finalidades, para detenções de curta duração para suspeitos, logo após a prisão inicial, estas unidades acabam mantendo detentos por longos períodos (BRASIL, 2008b).

Com taxas de encarceramento comparáveis às dos países com maiores índices do mundo, o Estado de São Paulo (463 presos por 100 mil habitantes) possui aproximadamente metade das unidades prisionais do Brasil e detinha 35% das pessoas privadas de liberdade no país, em junho de 2012. Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça, os presos no Estado de São Paulo são em sua maioria: homens (94%), jovens (55% com 18 a 29 anos), com baixa escolaridade (59% analfabetos ou com formação fundamental incompleta), negros e pardos (54%), detidos por furtos/roubos (64%) ou envolvimento com drogas (30%) e com tempo de pena até 15 anos (73%). A superlotação também ocorre nos presídios paulistas, com taxa de ocupação média de 186% (BRASIL, 2012a,b).

¹ Segundo a Lei de Execução Penal (Lei 7.210, de 11 de julho de 1984), a cadeia pública destina-se ao recolhimento de presos provisórios; a penitenciária destina-se ao condenado à pena de reclusão, em regime fechado; a colônia agrícola, industrial ou similar destina-se ao cumprimento da pena em regime semiaberto; a casa do albergado destina-se ao cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime aberto, e da pena de limitação de fim de semana; o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis; o patronato público ou particular destina-se a prestar assistência aos albergados e aos egressos.

A Tabela 1 apresenta as taxas de encarceramento para a América do Sul, Brasil, Estado de São Paulo e região de Bauru-SP, a partir de dados do International Centre for Prison Studies e do Departamento Penitenciário Nacional, para os anos de 2011/2012 (WALMSLEY, 2011; BRASIL, 2012a).

Tabela 1 – Taxas de encarceramento (número de presos por 100 mil habitantes) em diferentes regiões nos anos de 2011/2012.

Região	Taxa de encarceramento (por 100 mil)
América do Sul	191
Brasil	288
Estado de São Paulo	463
Bauru-SP	1326

No Estado de São Paulo, o sistema prisional conta, desde 1993, com uma secretaria própria, a Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), que administra 152 unidades (incluindo todas as penitenciárias), enquanto a Secretaria de Segurança Pública responsabiliza-se por 338 cadeias públicas e distritos policiais².

São flagrantes e notórias as condições sub-humanas de vida nos cárceres brasileiros. A Human Rights Watch (2012), organização não governamental dedicada à proteção dos direitos humanos e à investigação e divulgação de violações em diferentes países, aponta em seu relatório anual, como principais problemas do sistema penitenciário brasileiro: a superlotação, os longos períodos de prisão provisória e as torturas. Destaca ainda que as condições desumanas nas prisões brasileiras facilitam a disseminação de doenças e que o atendimento médico continua inadequado.

Nesta situação de total insalubridade nas condições de vida, associada a outras práticas comuns nos presídios, como o uso de drogas ilícitas, o tabagismo ativo e passivo e a nutrição inadequada quantitativa e qualitativamente, as pessoas privadas de liberdade, expostas constantemente a variados fatores de risco, são acometidas por diferentes agravos à saúde, sendo os mais incidentes e prevalentes:

² A Secretaria de Administração Penitenciária administra 80% das vagas, enquanto a Secretaria de Segurança Pública é responsável por 20%. Informações obtidas no site da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo: www.sap.sp.gov.br

as infecções sexualmente transmissíveis, com destaque para o HIV/Aids; a pediculose e a escabiose, as dermatoses, a pneumonia, as hepatites, as diarreias infecciosas e a TB (DARA et al., 2009).

1.2 Tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade

A TB, como problema de saúde na população carcerária, vem sendo tema de diversos estudos apresentados na literatura mundial. Em ordem decrescente de frequência, as principais linhas de pesquisas publicadas referem-se a: morbidade de Infecção Latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB) e TB doença, fatores de risco associados em presos e funcionários de Unidades Prisionais (UP), tratamento da TB e TB-MDR, rastreamento para identificação de suspeitos e casos e, por fim, avaliação de programas de controle. É interessante observar que enquanto nos países em desenvolvimento os estudos referem-se, principalmente, a levantamentos de prevalência e avaliação de fatores de risco; em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, a tendência atual é de desenvolvimento de pesquisas de avaliação dos programas de controle (WHO, 2008).

Em todo o mundo, as PPL apresentam coeficientes mais elevados de TB quando comparados à população geral. Mesmo nos países desenvolvidos, onde é baixa a endemicidade na população livre, ocorreu aumento da incidência e prevalência entre os presos nas últimas décadas, bem como o surgimento de cepas resistentes (DARA et al., 2009; WHO, 2012). Estudo realizado nos países do Leste Europeu e Ásia Central entre 1995 e 2004 mostrou prevalência 84 vezes maior de TB nas PPL em relação à população livre e taxa média de detecção no momento do ingresso na UP de 393 casos por 100 mil PPL (STUCKLER et al., 2008).

A situação é ainda mais grave nos países em desenvolvimento. Nas prisões dos países africanos, além da elevada prevalência de TB e TB-MDR, estudos mostram elevada prevalência de co-infecção pelo HIV. Estudos realizados no final do século passado e início do presente em Zâmbia, Camarões, Tanzânia, Malawi, Botswana e Costa do Marfim mostraram taxas de prevalência variando entre 3500 e 5000 casos por 100 mil PPL e co-infecção com HIV entre 20% e 73%. Estudo em 13 prisões de Zâmbia encontrou 4000 casos por 100 mil, com 9,5% de TB-MDR e 24% de resistência a uma droga (O'GRADY et al., 2010).

Em países do Leste Europeu, como Rússia, Geórgia e Azerbaijão, com população carcerária numerosa, as taxas de prevalência de TB nas prisões chegam a 4560 casos por 100 mil PPL na Rússia e quase 6000 casos por 100 mil PPL na Geórgia. Nestes países há um agravante - a elevada porcentagem de TB-MDR encontrada na população carcerária. Na Geórgia, 78% das PPL eram resistentes a uma droga e 13% era TB-MDR; na Rússia, pesquisas mostraram 12 a 55% de TB-MDR nas prisões. As incidências de TB e TB-MDR na população geral destes países estão direta e fortemente associadas às taxas de encarceramento e mais ainda ao crescimento destas taxas. Também, a elevada prevalência de infecção pelo HIV aumenta os efeitos do encarceramento na incidência da TB (STUCKLER et al., 2008).

Baussano et al. (2010), em revisão sistemática, analisaram 23 estudos publicados entre 1980 e 2010 e que abordam as incidências de ILTB e de TB doença nas prisões em diferentes países e comparou com a população livre na mesma área e mesmo período do estudo, através dos cálculos do *Odds Ratio*³ e da Fração Atribuível Populacional⁴. *Odds Ratio* de 26,4 (intervalo interquartil [IQR]: 13,0-61,8) foi encontrado para a ILTB e de 23,0 (IQR: 11,7-36,1) para TB doença. A Fração Atribuível Populacional à exposição em prisões para TB foi de 8,5% (IQR: 1,9%-17,9%) em países de renda elevada e 6,3% (IQR: 2,7%-17,2%) em países de renda média ou baixa.

Três conjuntos de fatores, relacionados ao microambiente prisional, têm sido identificados como principais responsáveis pela elevada transmissão da tuberculose nas penitenciárias: (1) superlotação, permitindo maior contato entre os indivíduos; ventilação inadequada; (2) diagnóstico tardio, dificuldades para isolamento, baixas taxas de cura, saída em liberdade antes de concluir o tratamento com posterior interrupção; (3) maior susceptibilidade das PPL: jovens, baixo grau de instrução, baixa renda, usuários de drogas e elevada co-infecção pelo HIV (DARA et al., 2009; CONINX et al.; 2000).

³ *Odds ratio* (OR), "razão de chances", "razão de probabilidades" ou "razão de odds" é uma medida de associação usada em epidemiologia. Procura responder se a chance de desenvolver o efeito no grupo de expostos é maior (ou menor) do que no grupo dos não expostos. Assim, odds ratio alto indica forte associação entre efeito e exposição. A significância estatística dos resultados do OR pode ser inferida através da construção do intervalo de confiança (MEDRONHO et al., 2003).

⁴ "A Fração atribuível populacional (FAP) é uma medida capaz de mensurar o efeito da eliminação do fator de risco para determinado desfecho, ou seja, mede o quanto a ocorrência do desfecho pode ser diminuída se o fator de risco fosse eliminado" (CAMEY et al., 2010).

Coninx et al. (2000), destacam como fatores associados à elevada transmissibilidade de TB e HIV, às elevadas incidências de ILTB e TB doença e ao aumento da TB-MDR entre as PPL: perfil dos ingressantes, condições do cárcere, uso de drogas, sexo desprotegido, transferências e saídas em liberdade sem completar o tratamento, falta de estrutura adequada de atenção à saúde, diagnóstico tardio, tratamento inadequado, despreparo das equipes de saúde e descompromisso político e administrativo.

Waisbord (2010), em pesquisa qualitativa, realizada através de entrevistas com gestores, profissionais de saúde, agentes de segurança e presos com TB em prisões da Bolívia, Equador e Paraguai, concluiu que atitudes estigmatizantes e desconhecimento sobre a doença entre presos e funcionários contribuem para o atraso no diagnóstico e no início do tratamento. Precárias condições de vida, falta de coordenação entre os programas nacionais de TB e o sistema de saúde nas prisões e escassez de recursos materiais e humanos agravariam a situação. Para romper estas barreiras, o autor indica a necessidade de uma abordagem utilizando a comunicação participativa.

1.3 Tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade no Brasil

A partir das últimas décadas do século passado, estudos têm sido conduzidos para avaliar a situação da tuberculose no sistema prisional brasileiro, com maior concentração destas pesquisas nos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro.

Em diferentes Estados, estudos comparando a incidência da TB nas PPL e na população geral coincidem ao mostrar maiores taxas entre as primeiras. Segundo Moreira, Fávero e Maciel (2010), no Espírito Santo, entre 2003 e 2006, a incidência foi 21,5 vezes maior; no Mato Grosso do Sul, para o período de 2001 a 2009, Ferraz (2011) encontrou incidência 25,2 vezes maior. Na Paraíba, entre 2000 e 2005, segundo Formiga e Lima (2011), a incidência foi 21 vezes maior e no Rio de Janeiro, em 2004, incidência 30 vezes superior foi obtida por Sánchez et al. (2007). Em estudo conduzido no Rio Grande do Sul, dados obtidos por Picon et al. (2011) mostraram incidência em PPL aproximadamente 38 vezes maior do que na população geral. A Tabela 2 resume os dados encontrados nestes estudos.

Tabela 2 – Razões de incidência da tuberculose pulmonar nas pessoas privadas de liberdade e na população livre, em diferentes Estados. Brasil, 2000 a 2010.

Autor	Estado	Período	Razão de Incidência
Picon et al.	Rio Grande do Sul	2010	38,0
Sánchez et al.	Rio de Janeiro	2004	30,0
Ferraz	Mato Grosso do Sul	2001 a 2009	25,2
Moreira et al.	Espírito Santo	2003 a 2006	21,5
Formiga e Lima	Paraíba	2000 a 2005	21,0

Segundo o Ministério da Saúde (MS), entre as PPL, a incidência de tuberculose no Brasil, em 2011, foi de 1037,7 casos por 100 mil, cerca de 30 vezes maior do que na população geral (BRASIL, 2012b).

No Estado de São Paulo, Oliveira e Cardoso (2004), em estudo realizado em quatro presídios de Campinas-SP, obtiveram coeficientes de incidência de tuberculose para o período de 1993 a 2000, com variação de 559,04 em 1999 a 1497,62 casos/100mil presos em 1994.

Pesquisa de Abrahão et al. (2006) realizada em 2000 e 2001 nos Distritos Policiais da Zona Oeste de São Paulo mostrou um coeficiente de prevalência de TB ativa de 2065 casos/100mil detentos, 70 vezes maior que o mesmo coeficiente para a população da cidade de São Paulo no mesmo período.

Vitti (2005), em estudo descritivo retrospectivo dos casos de TB notificados no período de 1993 a 2003 pelas cinco penitenciárias da Região de Saúde de Botucatu-SP, encontrou incidência anual média de 1268,58 casos/100mil detentos. A forma pulmonar, predominante, mostrou uma incidência anual média, entre 1998 e 2003, 20 vezes maior nos detentos do que nos homens livres da mesma região. Trabalho semelhante, realizado por Rossi (2006) nas sete penitenciárias da Região de Saúde de Presidente Prudente-SP (DRS XI), encontrou para o período de 1998 a 2002, um aumento do número de detentos de 348% na região. A incidência média da TB pulmonar no período foi de 1065 casos/100mil detentos homens contra uma incidência média de 48,2 casos/100mil homens, da mesma faixa etária dos presos, na população geral da região.

Entre março de 2000 e maio de 2001, Nogueira e Abrahão (2009) realizaram estudo para avaliar a ILTB, através de teste tuberculínico (TT), e sua relação com o tempo de encarceramento, nos Distritos Policiais da zona oeste de São Paulo-SP. A taxa de infecção obtida foi de 64,5% e confirmou-se a associação entre tempo de prisão e a taxa de infecção, concluindo que os presos reincidentes representam risco de infecção para os detentos primários.

Vieira et al. (2010), em cadeia pública do município de Carapicuíba-SP, obtiveram para o período de março a dezembro de 2006, prevalência de 1763 casos por 100 mil PPL, 35 vezes maior que na população geral.

Nogueira et al. (2012), em estudo realizado entre março e dezembro de 2008, em uma penitenciária e um CDP do Estado de São Paulo, obtiveram coeficiente de prevalência de 830,6 por 100 mil detentos (1029,5/100 mil na penitenciária e 525,7/100 mil no CDP), sendo 21,4 vezes maior que o coeficiente apresentado pela população brasileira e 21,2 vezes maior que o apresentado pela população do Estado de São Paulo no mesmo período. ILTB foi diagnosticada, através de teste tuberculínico reator, em 73% dos detentos.

Além da morbidade da TB doença e da ILTB, outros temas relacionados à doença em PPL têm sido tratados em pesquisas no Brasil: diagnóstico e métodos para rastreamento, perfil sociodemográfico das PPL com TB e fatores associados, ILTB e risco ocupacional em funcionários do sistema prisional e avaliação de programas de controle.

Sanchez et al.(2005), Fournet et al.(2006) e Sanchez et al.(2009), em estudos realizados no Rio de Janeiro analisando a situação epidemiológica da TB em presídios naquele Estado e a validade das diferentes estratégias para rastreamento, concluem que a TB deveria ser sistematicamente rastreada no momento do ingresso do indivíduo na prisão e que essa detecção ativa deveria ser preferencialmente baseada no exame radiológico sistemático de tórax, considerando as limitações dos métodos baseados apenas na existência dos sintomas.

Souza et al. (2012), utilizando análise do discurso, avaliaram a vivência de sete detentos internados e acometidos de TB com relação ao atraso no diagnóstico. Revela inadequações e fragilidades do espaço prisional no diagnóstico e tratamento da TB (em detrimento do hospital) e desconsideração/negação da experiência da doença do presidiário e subordinação ao saber médico, como possíveis causas para esse atraso.

Com relação ao perfil das PPL com TB, Oliveira e Cardoso (2004) observaram predomínio de jovens, elevada associação com Aids e sem história de tratamento prévio. Também foram encontrados: elevado abandono de tratamento e baixa taxa de cura. Pesquisa de Nogueira et al. (2012) mostrou uma população de jovens, solteiros e de baixa escolaridade, tanto na penitenciária quanto no CDP estudados. Na penitenciária ocorreu associação da TB atual com história prévia de TB e contato prévio com doente, enquanto no CDP foram mais comuns a presença de tosse, expectoração e tabagismo. No estudo de Vieira et al. (2010), em Carapicuíba-SP, também predominaram jovens solteiros entre os casos e o tempo de prisão maior do que seis meses mostrou-se como fator associado à presença de sintomas respiratórios.

O risco ocupacional de tuberculose foi avaliado por Nogueira et al. (2008) em duas penitenciárias de Guarulhos-SP. Utilizando o TT, comparou as taxas de ILTB entre profissionais contatos e não contatos dos detentos, no ano de 2008. Obteve TT reator (enduração maior que 10 mm) em 62,4% e 38,9% em contatos e não contatos, respectivamente, concluindo que os profissionais do sistema que mantêm contato direto com os detentos teriam maior risco de se infectar pelo *M. tuberculosis* e adoecer.

1.4 Atenção à Saúde nas Prisões: Situação no Brasil

No Brasil, os Ministérios da Saúde e da Justiça elaboraram a Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003 que regulamenta, de forma detalhada, a implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, para viabilizar a atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, em todas as unidades federadas. Esta Portaria instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, tendo como objetivos "... organizar o acesso da população penitenciária ao Sistema Único de Saúde – SUS" e "contribuir para o controle e/ou a redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira" (BRASIL, 2010, p.128).

Para o alcance dos objetivos, o Ministério da Saúde definiu como principais ações: a promoção da saúde, através da adequação alimentar, física e das condições de confinamento; a proteção específica, através de vacinação; a

prevenção da TB, hanseníase, diabetes, hipertensão, DST/Aids e de agravos psicossociais decorrentes do encarceramento e a melhoria do atendimento em saúde, através da adequação física das UP e da garantia de acesso às unidades de saúde de referência (BRASIL, 2010).

A responsabilidade pela viabilização das ações deve ser compartilhada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Justiça ou correlatas (BRASIL, 2010).

Ao Ministério da Saúde compete: assessoria técnica, monitoramento e avaliação das ações, organização e controle do sistema de informações e fornecimento de medicamentos da atenção básica (BRASIL, 2010).

O Ministério da Justiça deve garantir recursos para a adequação física e de equipamentos e repasse atualizado de informações sobre o sistema penitenciário (BRASIL, 2010).

A Secretaria Estadual de Saúde deve elaborar o plano operativo estadual, organizar a referência e contra-referência para a média e alta complexidade, capacitar as equipes de saúde, prestar assessoria técnica aos municípios, monitorar e avaliar as ações e definir normas de funcionamento dos serviços de saúde nas UP (BRASIL, 2010).

À Secretaria Estadual de Justiça compete: contratação das equipes de saúde, adequação do espaço físico e aquisição de equipamento para a unidade de saúde e a execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2010).

As Secretarias Municipais devem se responsabilizar pelas ações de vigilância epidemiológica e sanitária, pela contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão e pela participação na elaboração do plano operativo estadual, no monitoramento e avaliação, na elaboração de protocolos e normas e na capacitação das equipes de saúde (BRASIL, 2010).

O financiamento das ações propostas no referido Plano é compartilhado pelos Ministérios da Saúde (70%) e da Justiça (30%) e os recursos provenientes do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário é repassado para as UP (BRASIL, 2010).

O repasse deste recurso está condicionado à qualificação do Estado ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, e para que isso se dê é necessário que o Estado elabore um Plano Operativo (a ser avaliado/aprovado pela

Comissão Estadual Bipartite, pelo Conselho Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde) e que as UP tenham equipe mínima de saúde, integrada por um médico, um enfermeiro, um odontólogo e dois auxiliares de enfermagem. Estas equipes devem ser implantadas nas UP com número acima de 100 pessoas, sendo uma equipe para cada 500 presos (BRASIL, 2010).

O recurso, no valor de R\$ 64.800,00/ano, é repassado mensalmente à UP e destina-se a financiar as ações de promoção da saúde e de atenção básica, relativas ao controle das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, das hepatites, da tuberculose, da hipertensão, da diabetes, da hanseníase, além dos programas de saúde mental, saúde bucal e saúde da mulher, assistência farmacêutica, imunizações e coleta de exames laboratoriais (BRASIL, 2010).

No Estado de São Paulo, aproximadamente metade das UP administradas pela SAP atendem os critérios e podem receber este recurso.

Em 2012, Deliberação CIB 62, da Comissão Intergestora Bipartite do Estado de São Paulo, aprovou as Diretrizes para a Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade, com três anexos: estabelecimento de parceria entre o Estado e os municípios objetivando a atenção à saúde das PPL, termo de compromisso entre os gestores e elenco mínimo de ações de saúde da atenção básica destinados às PPL (SÃO PAULO, 2012b).

Esta Deliberação reconhece a saúde como direito das PPL e dever da instância governamental que as mantêm sob custódia, determina que as ações de atenção à saúde devem ser realizadas pelos serviços penitenciários e pela rede vinculada ao SUS, de acordo com as pactuações entre os diferentes gestores e conforme as características da rede SUS de cada município ou região e reconhece a dificuldade para contratação de pessoal para compor as equipes de saúde nas UP. A partir destas considerações, estabelece que sejam realizadas parcerias entre a SAP e as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde para que os municípios possam realizar a atenção básica de saúde para as PPL. Os municípios que se comprometerem a assumir esta função passam a receber um incentivo financeiro do governo do Estado, vinculado à existência da equipe mínima de saúde, no valor de R\$ 31.500,00/equipe/mês. UP com 1201 a 2400 detentos deverão ter duas equipes de saúde (SÃO PAULO, 2012b).

Esta Deliberação prevê, ainda, a participação dos próprios presos nas equipes de saúde, como Agentes Promotores de Saúde, para realizar atividades

equivalentes às realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (SÃO PAULO, 2012).

1.5 Controle da Tuberculose nas Prisões

Há consenso mundial e nacional, na literatura consultada, a respeito da necessidade e da urgência de intervenções que visem o controle da TB nos presídios.

Em 1997, a Organização Mundial de Saúde, em parceria com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha Internacional, publicou um conjunto de diretrizes e orientações para implantação de programas visando o controle da TB nas prisões. Este guia, além de evidenciar e discutir as especificidades da situação de confinamento e suas influências na epidemiologia da tuberculose, destaca que o ambiente prisional pode ser ideal para o controle da tuberculose, desde que se implemente um programa efetivo, priorizando a busca ativa, o diagnóstico precoce e o tratamento supervisionado (DARA et al., 2009).

Coninx et al. (2000) reconhecem a gravidade da situação da TB entre as PPL e a necessidade de intervenção específica, considerando as especificidades do ambiente prisional. Reforçam como condicionante para o sucesso de programas de controle, o compromisso político e administrativo. Enfatizam que as prisões podem oferecer facilidades – observação direta do tratamento, acompanhamento clínico, ações educativas – para implementação de programas de controle de TB mais eficazes e que podem, inclusive, ser adaptados e extrapolados para a população geral.

Em 2000, a OMS publicou o Manual para Diretores de Programas, com orientações para controle da tuberculose nas prisões, sendo salientados alguns aspectos: a necessidade de intervenções sanitárias e administrativas, a vinculação das ações locais ao plano nacional e a integração com os demais serviços de atenção à TB, o reconhecimento da relação direta entre a transmissibilidade e as condições de vida nas prisões e a responsabilidade do governo em proteger as PPL e garantir acesso aos recursos de saúde com a mesma qualidade daqueles oferecidos à população livre (BONE et al., 2000).

Destaca ainda que o controle da TB nas prisões não deve ser um programa técnico isolado, mas deve fazer parte de um esforço amplo e integrado

para melhorar a saúde dentro e fora das prisões, pois só assim será possível combater a doença na população geral (BONE et al., 2000).

Para alcançar estes objetivos, Bone et al. (2000) apontam como principais desafios: a busca ativa de casos e o diagnóstico precoce, a prevenção e controle da associação TB/HIV-Aids e da TB-MDR, a proteção dos profissionais, a implantação do tratamento supervisionado, diretamente observado (TDO) e o desenvolvimento de sistema de informação eficiente e efetivo que permita avaliar os resultados da detecção de novos casos, dos tratamentos completados e da execução das ações programáticas.

O World Health Organization Regional Office for Europe (2007) publicou um Guia para a Saúde nas Prisões, tendo um capítulo específico dedicado ao controle da TB. Este documento reforça os aspectos tratados no Manual da OMS de 2000 e destaca ainda como ações importantes: triagem dos presos ingressantes, orientação de medidas simples de higiene que podem reduzir significativamente o número de bacilos no ar, isolamento dos pacientes bacilíferos, adequação da ventilação e da irradiação ultravioleta natural no espaço físico prisional, educação em saúde dirigida aos presos e funcionários e avaliação contínua dos métodos e estratégias para diagnóstico e controle.

Em 2009, o International Committee of the Red Cross publicou, em parceria com a Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, as Diretrizes para controle da Tuberculose nas Prisões. Tendo como base os elementos propostos na estratégia "*Stop TB*", este documento apresenta atividades e ações dirigidas ao diagnóstico precoce, ao tratamento adequado, à prevenção e ao controle da TB-MDR, tendo como públicos-alvo as PPL e os funcionários do sistema prisional. Na primeira parte do manual são apresentados: a situação epidemiológica da TB nas prisões, o perfil das PPL, as características do meio ambiente prisional, os impactos da epidemia pelo HIV e os aspectos específicos a serem considerados para a implementação de programas de controle da TB nas prisões. Na segunda parte são dedicados capítulos orientando quanto às ações e estratégias para rastreamento e diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento, TB-MDR e condutas para quando o preso em tratamento é transferido ou colocado em liberdade. A terceira parte trata da organização e da gestão dos programas de controle da TB nas prisões. Finalizando, são apresentados modelos de formulários para rastreamento, busca ativa, acompanhamento e controle de tratamento (DARA et al., 2009).

No Brasil, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, de 2003, define como estratégias para o controle da TB: busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR), tratamento supervisionado, acompanhamento mensal com consulta médica ou de enfermagem e baciloscopia de controle, notificação, realização de sorologia anti-HIV, realização de radiografia de tórax quando indicado, controle de contatos, realização de TT e tratamento de ILTB quando indicado e ações educativas (BRASIL, 2010).

Em 2006, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), editou, como recomendação, a "Diretriz Básica para a Detecção de Casos de Tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário nas Unidades da Federação". Considera que a queixa de tosse por 3 semanas, critério de suspeição recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose para a população geral, "não permite a detecção de proporção considerável de casos existentes" e recomenda que o exame radiológico do tórax seja utilizado como método de rastreamento, a ser realizado em todo preso, na avaliação de saúde no momento do ingresso na UP. O exame radiológico selecionará os indivíduos que serão submetidos à baciloscopia e à cultura de escarro. Também define outras normas para realização do exame radiográfico de tórax: deverá ser realizado até o 7º dia da admissão e o preso, que também será avaliado clinicamente, deverá aguardar em cela própria para ingressantes. Inicialmente, enquanto aguarda o laudo radiológico e para agilizar o processo, a radiografia deverá ser classificada em "normal" ou "anormal" pelo médico da UP, devidamente treinado (BRASIL, 2010).

No Brasil, o MS reconhece e prioriza as PPL como uma das populações de maior risco de adoecimento. Assim é no Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015 (BRASIL, 2006) e no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil 2011. Neste último, as PPL são priorizadas: para busca ativa no momento da inclusão e na rotina, para solicitação de cultura com identificação e teste de sensibilidade, independentemente do resultado da baciloscopia e para implementação do tratamento supervisionado diretamente observado. Além disso, as PPL merecem destaque no capítulo das "Populações Especiais", com recomendações específicas para diagnóstico, tratamento, vigilância epidemiológica e medidas de biossegurança (BRASIL, 2011).

Em 2007, o Fundo Global Tuberculose – Brasil e a Fundação para Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec/Fiocruz) lançaram em

conjunto com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, o projeto "Controle da TB em prisões" com ações dirigidas para as 11 regiões metropolitanas com maior morbidade. Baseado em parcerias com as Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça e com as Organizações Não Governamentais, as principais ações desenvolvidas são: reuniões nacionais e regionais para identificar estratégias de controle e estimular parcerias, treinamentos para profissionais de saúde e de segurança e presos, edição de material educativo, definição de rotinas de procedimentos diagnósticos e de tratamento, desenvolvimento de pesquisas operacionais, implantação de centros diagnósticos com aparelho de radiografia de tórax e laboratório para baciloscopia em prisões selecionadas e implementação do rastreamento para presos ingressantes (SÁNCHEZ et al., 2011).

Recentemente, em 2012, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça, publicou o Manual de Intervenções Ambientais para o Controle da Tuberculose nas Prisões, com "... as bases técnicas para que os diferentes atores responsáveis, tanto pela fiscalização quanto pela execução da pena, contribuam para a redução da transmissão intrainstitucional da tuberculose e de outras doenças respiratórias, por meio da melhoria das condições de ventilação e iluminação nas prisões" (SANTOS et al., 2012).

O Estado de São Paulo, quanto à padronização de ações de controle da tuberculose nos presídios, antecipou-se ao MS e desde 1999 conta com as "Recomendações para o controle da tuberculose nas prisões", elaboradas pela Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde. Tais recomendações têm propósitos semelhantes aos formulados, posteriormente, pelo MS na Portaria Interministerial nº 1777 de 2003. Com relação aos presos portadores de TB a prioridade do programa deve ser identificá-los e tratá-los. Considera esta estratégia como essencial para o controle da transmissão no meio prisional. Recomenda ainda, como medidas de prevenção: reduzir a superlotação e aglomeração e melhorar a nutrição, realizar quimioprofilaxia dos infectados com maior risco de adoecer, realizar sorologia para HIV, controlar os comunicantes, aplicar vacina BCG nos profissionais que ao ingressarem no sistema apresentem teste tuberculínico não reator, registrar adequadamente as informações, desenvolver atividades educativas e de capacitação de recursos humanos e indicar o tratamento supervisionado dos casos (SÃO PAULO, 1999).

Resolução da SAP, de 2008, determinou atendimento à Recomendação Técnica da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário que define normas e procedimentos para o tratamento e o controle da TB nas UP da SAP (SÃO PAULO, 2008). As principais normas definidas nesta Recomendação são:

- isolamento do caso suspeito até a confirmação diagnóstica, e quando confirmado, por no mínimo 15 dias após iniciado o tratamento;
- tratamento supervisionado, diretamente observado e indicado pelo médico ou enfermeiro;
- acompanhamento clínico e laboratorial, por médico ou enfermeiro, até a alta curado;
- controle de comunicantes – presos e servidores – através de busca ativa de casos, considerando suspeito a presença de tosse há 2 semanas ou mais;
- baciloscopia de escarro como exame para confirmação diagnóstica;
- orientação de familiares e visitas para buscar Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência;
- teste sorológico para HIV;
- quando em tratamento, o preso somente deve ser transferido para UP que tenha equipe mínima de saúde;
- recomendações para transferência: uso de máscara, comunicar imediatamente a UP de destino e em até 24 horas o município, encaminhar com o prontuário e com a medicação em uso para 15 dias;
- notificação do caso.

O Anexo II da Deliberação CIB 62, da Comissão Intergestora Bipartite do Estado de São Paulo, de setembro de 2012, estabelece como metas em relação à TB, a serem alcançadas pelo município que se comprometer a assumir a atenção básica à saúde nas UP da sua área de abrangência:

- " - Identificar 100% dos sintomáticos respiratórios nas unidades prisionais do município.*
 - Diagnosticar e tratar 100% dos casos diagnosticados nas Unidades Prisionais.*
 - Realizar pelo menos 2 campanhas de busca ativa por ano.*
-

- Manter a taxa de cura de TB superior a 85% dos casos diagnosticado.
- Manter 100% da população prisional esclarecida e orientada sobre medidas de prevenção quanto à tuberculose.
- Implementar o tratamento diretamente observado e supervisionado.
- Garantir que seja realizada baciloscopia de escarro para 100% dos SR encontrados.
- Realizar cultura para 100% dos casos indicados.
- Garantir retaguarda médica para os casos que dela necessitem".

Esta mesma Deliberação, em seu Anexo III, trata do "elenco mínimo de ações de saúde da atenção básica, destinados à população privada de liberdade" e detalha os procedimentos médicos e de enfermagem dirigidos para o diagnóstico, tratamento e controle da tuberculose, consonantes com o que é definido pelo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil 2011 (BRASIL, 2011; SÃO PAULO, 2012b).

Como procedimentos médicos merecem destaque: identificar os sintomáticos respiratórios (SR), solicitar baciloscopia de escarro em duas amostras e radiografia de tórax quando indicado, oferecer teste anti-HIV, iniciar e acompanhar o tratamento, orientar quanto à importância do tratamento supervisionado, indicar tratamento da ILTB quando necessário, acompanhar os casos com solicitação de baciloscopia, orientar quanto aos efeitos colaterais da medicação, notificar, dar alta após tratamento e participar das ações educativas (SÃO PAULO, 2012b).

Aos profissionais de enfermagem, entre outras ações, compete: identificar os SR durante a inclusão, na rotina e nas campanhas de busca ativa, solicitar baciloscopia, orientar quanto à coleta de escarro, oferecer teste anti-HIV, realizar consulta mensal de enfermagem com solicitação de exame de escarro, identificar e examinar os comunicantes, realizar o tratamento diretamente observado para todos os doentes, agendar consulta quando necessário, convocar o paciente faltoso ou em abandono de tratamento, notificar e planejar e participar de ações educativas. (SÃO PAULO, 2012b).

O Ministério da Saúde, no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil 2011 indica o planejamento, o monitoramento e a avaliação do programa como importantes para a obtenção do máximo de benefícios com os recursos disponíveis. Devendo ser realizada em todas as instâncias de estrutura do programa, a avaliação "... é uma ação permanente e contínua, destinada a conhecer o grau de êxito dos objetivos programados e sua eventual correção" (BRASIL, 2011, p. 205).

1.6 Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Contandriopoulos (2006, p. 706) define *avaliar* como sendo uma:

"... atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação".

Associada ao desenvolvimento da epidemiologia e da estatística, a avaliação no campo da saúde surge nos países desenvolvidos com dupla função: verificar a utilidade de diferentes intervenções dirigidas ao controle das doenças infecciosas e fornecer informações que subsidiassem as políticas sanitárias (HARTZ, 2008).

A década de 50 do século passado é considerada como o momento de consolidação da avaliação em saúde enquanto objeto de investigação científica, quando diferentes intervenções e modelos de atenção à saúde passaram a demandar maior conhecimento sobre suas formas de organização, bem como sobre sua eficácia, efetividade e eficiência (NEMES, 2001).

Quando se considera os serviços assistenciais de saúde, a avaliação de qualidade é a mais conhecida e seu quadro conceitual foi definido, a partir da década de 60, nos trabalhos clássicos de Avedis Donabedian, que baseado nas noções de *input-process-output*, da Teoria Geral de Sistemas, desenvolveu os conceitos de *estrutura*, *processo* e *resultado*, como aspectos necessários para se avaliar a qualidade da assistência à saúde (MALIK e SCHIESARI, 1998).

A *estrutura* seria o conjunto de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde. Apesar de interferir nas chances de se ter um bom ou mau cuidado, por si só uma estrutura adequada não garante uma boa atenção. Como *processo* entende-se as atividades que envolvem os profissionais de saúde e os pacientes, baseadas em padrões previamente definidos e aceitos (protocolos, normas e recomendações). Representa a inter-relação e entre o prestador do cuidado e o receptor e a dinâmica da assistência. *Resultado* seria o produto final da assistência prestada, considerando os objetivos e as metas e a satisfação dos padrões. Representa a mudança na situação de saúde

do paciente ou da comunidade que pode ser atribuída ao cuidado prestado (DONABEDIAN, 1980 *apud* MALIK e SCHIESARI, 1998).

Donabedian ainda propôs como atributos da qualidade a serem considerados no processo de avaliação: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade, otimização e equidade (DONABEDIAN, 1990 *apud* MALIK e SCHIESARI, 1998).

Três dimensões são atribuídas à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais e amenidades, que seriam as condições de conforto e estética do local onde se dá a assistência à saúde (DONABEDIAN, 1992 *apud* MALIK e SCHIESARI, 1998).

A avaliação de programas de saúde surge como uma vertente, com a progressiva ampliação e maior complexidade dos estudos de avaliação, e pode ser definida como a coleta, a análise e o registro das informações, características e resultados de determinado programa, visando julgá-lo, melhorar sua eficácia e subsidiar as mudanças que se fizerem necessárias. Assim, avaliação de qualidade e avaliação de programas surgem juntas, como campo de conhecimento específico dentro da avaliação em saúde (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Tendo como objetivo auxiliar na tomada de decisões, a avaliação de programa busca verificar se e como as ações e atividades planejadas foram implementadas e se os objetivos e resultados foram atingidos. Além disso, busca levantar quais são os pontos fortes e fracos e as facilidades e dificuldades do programa, bem como conhecer como tem sido a experiência dos atores responsáveis pela sua execução (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Para Baker et al. (2000) a avaliação de programa é importante quando é necessário verificar sua eficácia ou impacto, prestar contas para financiadores e governantes, identificar necessidades de indivíduos, grupos e comunidades, determinar o que funciona e o que não funciona e as justificativas e aprimorar a comunicação entre os atores envolvidos.

Estes autores propõem seis etapas para a avaliação de programa: envolvimento dos atores participantes, descrição do programa, definição de um plano ou estratégia de avaliação, levantamento e análise das evidências, indicação de propostas e recomendações e compartilhamento das conclusões com todos os interessados.

Thurston e Ramaliu (2005) indicam sete etapas a serem consideradas nas avaliações de programas: descrição das atividades, dos objetivos e das metas; levantamento e revisão dos documentos relativos; modelagem dos recursos disponíveis, das atividades propostas, dos resultados esperados e das conexões causais presumidas; supervisão ou compreensão de como opera; desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação; identificação dos atores envolvidos e usuários e a concordância para que se proceda a avaliação.

1.7 Avaliação de Programas de Controle da Tuberculose para Pessoas Privadas de Liberdade

Ainda são restritos na literatura trabalhos de pesquisa conduzidos em países em desenvolvimento, que tenham como tema a avaliação de programas de controle da TB entre PPL.

Gegia et al. (2011), através de método qualitativo, utilizando observação participativa e entrevista com informantes-chave, analisaram os avanços e dificuldades do programa de controle da TB em PPL na Geórgia – ex-república soviética com elevadas taxas de encarceramento e prevalências de TB e TB-MDR, cuja implantação teve como fundamento a garantia dos direitos humanos. Como principais problemas identificados: falta de triagem sistemática e contínua, atraso no início do tratamento, falta de recursos humanos e de laboratório, estrutura física prisional e perda de acompanhamento do preso em tratamento que sai em liberdade. Para o enfrentamento destes problemas, as estratégias definidas pelo programa de controle da TB do país são: capacitação de presos para atuarem como agentes de saúde, utilizar métodos moleculares para diagnóstico, melhoria da estrutura prisional e parceria com Organizações Não Governamentais.

Yanjindulam et al. (2012) analisaram a evolução da morbidade da TB em PPL, na Mongólia, no período de 2001 a 2010, com objetivo de avaliar os impactos das medidas de controle implementadas no país. Constatam que ocorreu queda de 60% na incidência da doença entre PPL neste período e que isto foi concomitante com a implementação das medidas de controle: instalação do hospital para TB em PPL, rastreamento para detecção no preso ingressante, redução na densidade populacional e melhoria das condições de vida nas prisões.

No Brasil, Castro (2011), utilizando estudo de caso, análise documental, entrevista com gestores e profissionais de saúde e grupo focal com detentos, analisou o programa de controle da TB no sistema penitenciário do Rio de Janeiro e conclui que é importante a estruturação dos serviços, bem como a definição de fluxos e responsabilidades para a implementação das ações. Aponta ainda para a necessidade da interação academia-serviço para o desenvolvimento do programa e de busca de soluções para os problemas estruturais que impossibilitam a efetividade das ações de saúde no contexto prisional.

Em 2012, Oliveira et al., através de estudo de caso, análise documental, observação participativa e entrevistas com informantes-chave, analisaram o Programa de Controle da Tuberculose em quatro penitenciárias de dois Estados do Brasil com diferentes modelos de gestão. Concluíram que o modelo de avaliação utilizado mostrou-se adequado e que as maiores dificuldades para atender às recomendações foram o tratamento supervisionado diretamente observado e a realização do exame radiológico.

Ainda mais escassa é a bibliografia que trata da atuação dos profissionais na atenção à saúde das PPL, bem como no controle da TB.

Nesse aspecto, Quintero (2000) detalhou a atuação da enfermeira para melhorar o controle da TB nos presídios na Espanha. O trabalho enfatiza a inserção do profissional de enfermagem nas ações educativas (formativas e informativas), preventivas, assistenciais e de assessoramento. Para a autora, o profissional de enfermagem deve participar ativamente da busca ativa, do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento dos casos. Inclui ainda como funções da enfermagem: controle de comunicantes, aplicação do teste tuberculínico, notificação e registro das informações e participação em estudos e investigações.

Pesquisa de Diuana et al. (2008) abordou o papel limitante dos agentes de segurança penitenciária no acesso dos detentos aos serviços sanitários e o impacto de suas representações e práticas de saúde no cotidiano prisional. Os autores realizaram pesquisa-ação visando tanto a produção de conhecimento como a melhoria das ações de controle da TB e HIV/Aids pela participação e conscientização. As entrevistas individuais e os grupos de discussão revelaram a relação das posições ocupadas naquelas organizações sociais - 3 prisões e 2 hospitais - e dos pertencimentos grupais, com o acesso aos serviços e com as

práticas rotineiras. Evidenciou-se também a negação da saúde como direito dos presos.

Entre as estratégias para o controle da TB e melhoria dos programas está o desenvolvimento de pesquisas, sejam elas básicas, epidemiológicas, clínicas ou operacionais. Diferentes instituições, como a OMS e o Fundo Global de Combate a AIDS, Tuberculose e Malária, reconhecem a necessidade de pesquisas em TB e a própria estratégia *Stop TB* tem como um dos objetivos, possibilitar e promover pesquisa para a melhora do desempenho dos programas de controle da TB e desenvolvimento de novos medicamentos, vacinas e exames diagnósticos (DARA et al., 2009).

O Ministério da Saúde, no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil 2011 valoriza a pesquisa operacional em TB, como método essencial para a avaliação da gestão dos programas, fornecendo subsídios para a tomada de decisões que visem melhor operacionalização dos sistemas de saúde e melhor estruturação dos serviços (BRASIL, 2011).

Neste contexto e considerando a escassez de dados na literatura nacional sobre a avaliação das medidas de controle da TB nas penitenciárias e da atuação das equipes de saúde, foi desenvolvida a presente pesquisa, buscando contribuir para que gestores e demais atores envolvidos se instrumentalizem para o efetivo controle da TB entre as PPL da Região de Saúde de Bauru – SP, objetivo este que uma vez alcançado estará contribuindo para o combate da doença na população geral.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

➤ Analisar a implementação das ações de controle da tuberculose nas Unidades Prisionais pertencentes à Secretaria Estadual de Administração Penitenciária/SP e localizadas na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI).

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a composição profissional das equipes de saúde das UP;
 - Conhecer a formação e a experiência profissional e o tempo de atuação do responsável pela implementação do programa em cada Unidade Prisional;
 - Calcular a taxa de ocupação e os coeficientes de prevalência de tuberculose e de infecção pelo HIV nas Unidades Prisionais;
 - Identificar as atividades e ações que vêm sendo desenvolvidas pela equipe de saúde com relação ao controle da tuberculose na Unidade Prisional;
 - Verificar se as atividades e ações desenvolvidas nas penitenciárias estão de acordo com aquelas definidas nos Planos Nacional e Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário e de Controle da Tuberculose nas Pessoas Privadas de Liberdade;
 - Conhecer as facilidades e dificuldades operacionais encontradas pelas equipes para a implementação das ações de controle da tuberculose nas penitenciárias estudadas;
-

Material e Métodos

3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um trabalho descritivo de avaliação das atividades e ações dirigidas ao controle da tuberculose, desenvolvidas pelas equipes de saúde que atuam nas Unidades Prisionais pertencentes à Secretaria de Administração Penitenciária de São Paulo (SAP) e localizadas na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI).

Nesta pesquisa desenvolveu-se uma de avaliação de processo. A avaliação de processo, também considerada como avaliação de implantação ou implementação, na realidade pode envolver tanto estrutura quanto processo e busca encontrar justificativas para a lacuna entre o que se espera e o que efetivamente é realizado (CRUZ, 2012).

Considerando os critérios ou variáveis propostos por Novaes (2000) para a construção dos processos de avaliação, esta pesquisa atende os seguintes critérios:

- *Objetivo da avaliação*: fornecer subsídios para a tomada de decisão.
- *Posição do avaliador*: externo ao objeto avaliado.
- *Enfoque priorizado*: interno, de caracterização/compreensão de um contexto.
- *Metodologia predominante*: quantitativa e situacional.
- *Contexto da avaliação*: natural.
- *Forma de utilização da informação produzida*: informação, instrumentalização.
- *Tipo de juízo formulado*: recomendações ou normas.
- *Temporalidade da avaliação*: pontual.

Ainda segundo Novaes (2000, p.550), a partir destes critérios, a avaliação desenvolvida pode ser classificada como "avaliação para a decisão", sendo aquela em que:

"... o objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante, se a escolha se fizer necessária, do que o cientificismo do conhecimento produzido. [...] E o enfoque priorizado, aquele que orienta os principais objetivos, é o do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para a sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis".

Considerando a complexidade dos objetos colocados para esse tipo de avaliação, a autora sugere que as metodologias para sua aplicação devam ser:

"... de natureza qualitativa e quantitativa, de natureza situacional, com desenhos relativamente abertos e específicos para cada tipo de aproximação e apreensão da realidade buscada [...], em um contexto que se deseja manter natural e cujos resultados deverão ser articulados no momento da análise geral, ao se tomar por referência uma teoria geral que permita a sua integração".

E com relação aos seus resultados:

"... constituem informações geralmente reconhecidas como melhor construídas, mais sistematizadas, do que aquelas inicialmente disponíveis sobre o objeto avaliado, mas cujo valor final não é intrínseco e será medido por sua capacidade de se transformar em recomendações positivas, isso é, capazes de contribuir para a solução dos problemas identificados..."

3.1 Área de Estudo

Na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI) e da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) – 09, estruturas organizacionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, situam-se as seguintes Regiões de Saúde: Bauru, Jaú, Lins, Polo Cuesta e Vale do Jurumirim (Figura 1). É formada por 68 municípios localizados no centro-oeste do Estado de São Paulo, possuindo uma população de 1.624.623 habitantes em 2010, representando 4% da população do Estado.

Nesta mesma região estão situadas em 10 municípios, 19 das 152 unidades prisionais pertencentes à Secretaria de Estado da Administração Penitenciária de São Paulo (SAP), sendo administradas pela Coordenadoria de Unidades Prisionais da Região Noroeste (Figura 1 e Tabela 1). Destas unidades, 18 destinam-se aos presos do sexo masculino e uma para a população feminina.

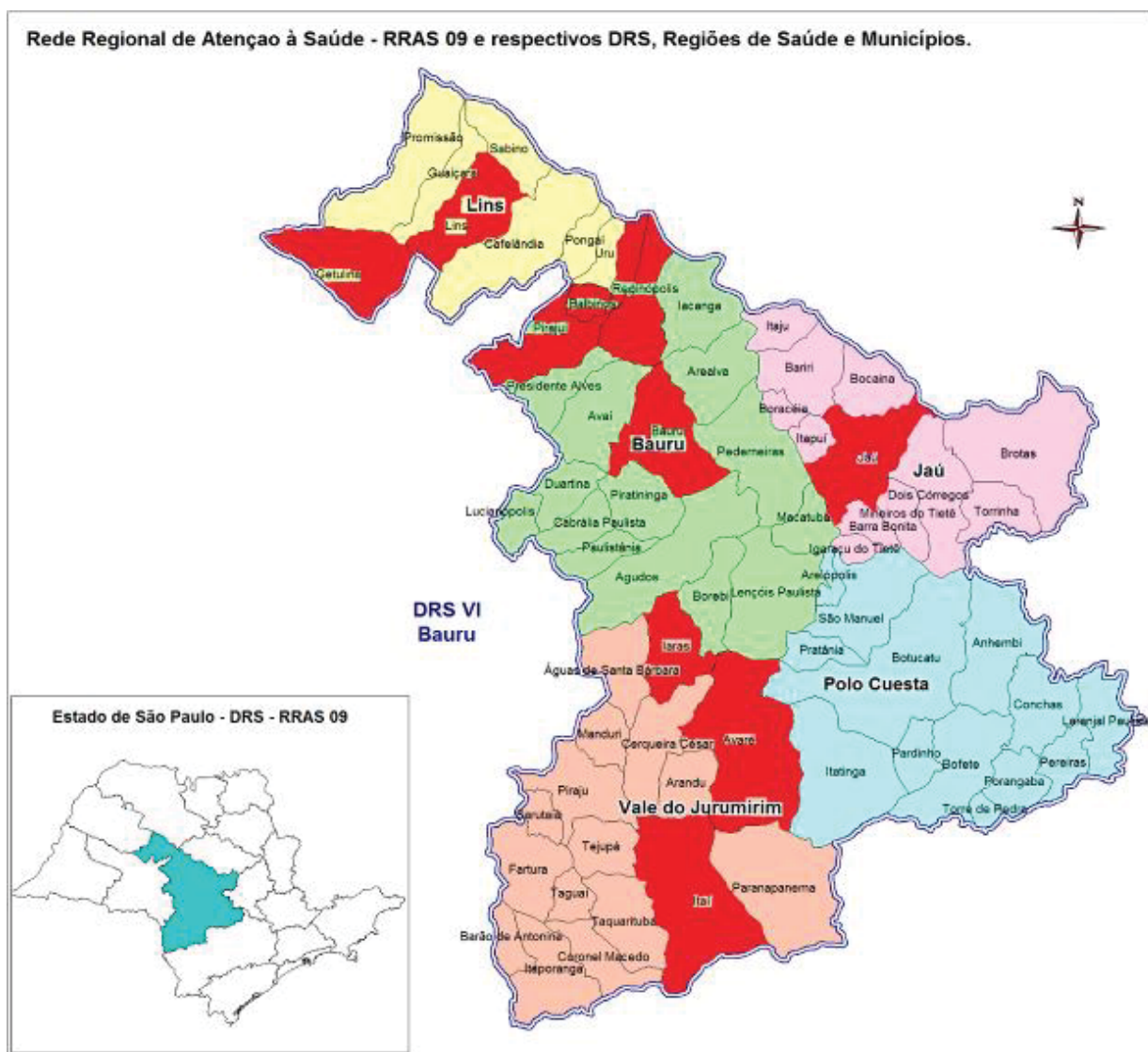


Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde da DRS VI Bauru - SP e RRAS – 09, com a divisão política municipal, 2012. Em destaque (●), as cidades onde estão localizadas as penitenciárias estudadas.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (site: www.saude.sp.gov.br), 2012.

A localização, o tipo, o ano de inauguração, o regime e a capacidade das Unidades Prisionais da Região Noroeste estão apresentados na Tabela 3. Em termos de capacidade, estas 19 unidades representam 13% do total de vagas no Estado.

As Penitenciárias são UP que abrigam presos já condenados, em regime fechado⁵. Os Centros de Ressocialização (CR) são estabelecimentos penais

⁵ Conforme o artigo 33 da Lei 7.209, de 11 de julho de 1984, a pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semiaberto ou aberto. O condenado a pena superior a oito anos deverá começar a cumpri-la em regime fechado; o condenado não reincidente, cuja pena seja superior a quatro anos e não exceda a oito, poderá, desde o princípio, cumpri-la em regime semiaberto; o condenado não

destinados ao cumprimento de penas privativas de liberdade em regimes fechado e semiaberto e à custódia de presos provisórios. Os Centros de Detenção Provisória⁶ (CDP) abrigam presos que aguardam julgamento, em regime fechado. Os Centros de Progressão Penitenciária (CPP) destinam-se ao cumprimento de penas privativas de liberdade, em regime semiaberto. As Alas de Progressão Penitenciária (APP) são unidades construídas junto a penitenciárias e destinam-se ao cumprimento de penas privativas de liberdade, em regime semiaberto.

Todas as UP contam com equipe de saúde, de composição diferenciada conforme a unidade. Nas penitenciárias e nos Centros de Progressão Penitenciária, a equipe de saúde está vinculada ao Núcleo de Atendimento à Saúde (NAS) e este, por sua vez, subordina-se ao Centro de Reintegração e Atendimento à Saúde (CRAS), que inclui assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais. Já os Centros de Detenção Provisória possuem em sua estrutura apenas o Núcleo de Atendimento à Saúde (NAS). Nos Centros de Ressocialização, os profissionais de saúde subordinam-se diretamente ao diretor da unidade.

Os Núcleos de Atendimento à Saúde das UP subordinam-se tecnicamente aos Núcleos Regionais de Saúde, sendo estes em número de cinco e vinculados diretamente ao Departamento de Assistência à Saúde, subordinado à Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, também responsável pelos três hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico da SAP.

reincidente, cuja pena seja igual ou inferior a quatro anos, poderá, desde o início, cumpri-la em regime aberto.

⁶ Preso provisório é aquele, ainda sem condenação definitiva, recolhido em razão de prisão em flagrante, prisão temporária, por decretação de prisão preventiva, pronúncia ou sentença condenatória recorrível.

Tabela 3 – Localização, tipo, ano de inauguração, regime e capacidade das Unidades Prisionais. Região do DRS VI - Bauru, 2012.

Cidade	Tipo	Ano	Regime	Capacidade (n)
Avaré	Penitenciária I	1970	Fechado	520
Avaré	Penitenciária II	1998	Fechado	852
Avaré	Centro de Ressocialização	2001	Fechado (provisório)	175
			Semiaberto	35
Balbinos	Penitenciária I	2006	Fechado	768
Balbinos	Penitenciária II	2006	Fechado	768
Bauru	Centro de Detenção Provisória	2003	Fechado (provisório)	768
Bauru	Centro de Progressão Penitenciária I	1990	Semiaberto	646
Bauru	Centro de Progressão Penitenciária II	1990	Semiaberto	646
Bauru	Centro de Progressão Penitenciária III	1955	Semiaberto	500
Getulina	Penitenciária	1998	Fechado	792
Iaras	Penitenciária e Ala de Progressão	2000	Fechado Semiaberto	1188 108
Itaí	Penitenciária e Ala de Progressão	2000	Fechado Semiaberto	792 108
Jaú	Centro de Ressocialização	2003	Fechado (provisório)	175
			Semiaberto	35
Lins	Centro de Ressocialização	2001	Fechado (provisório)	175
			Semiaberto	35
Pirajuí	Penitenciária I	1978	Fechado	500
Pirajuí	Penitenciária II Ala de Progressão	1998	Fechado Semiaberto	1212 108
Pirajuí	Penitenciária Feminina Ala de Progressão	2012	Fechado Semiaberto	660 108
Reginópolis	Penitenciária I	2004	Fechado	768
Reginópolis	Penitenciária II	2004	Fechado	768
TOTAL				13210

Fonte: Secretaria Estadual da Administração Penitenciária de São Paulo, 2012.

3.2 População de Estudo

A população estudada foi composta por funcionários das equipes de saúde das unidades prisionais, designados pelos Diretores e apontados como principal responsável por coordenar as ações de controle da tuberculose na unidade e por ser o interlocutor junto ao Núcleo Regional de Saúde Noroeste, ao Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde (CVE) e às Secretarias ou Diretorias Municipais de Saúde.

3.3 Levantamento dos Dados

A comunicação da realização da pesquisa, a explicação dos seus objetivos e da metodologia e a solicitação de designação do profissional de saúde responsável pelo controle da tuberculose na UP e que seria entrevistado, foram feitas previamente em reunião de colegiado dos Diretores de UP da Coordenadoria da Região Noroeste da SAP. A definição desta estratégia se deu após discussão do projeto de pesquisa com a coordenação do Núcleo Regional de Saúde Noroeste.

As datas para realização das visitas foram previamente agendadas com o diretor do Núcleo de Assistência à Saúde de cada UP que indicou quem seria o profissional entrevistado. Em cada unidade, no dia da entrevista, foi apresentado previamente ao diretor o objetivo da pesquisa e obteve-se informação sobre o perfil específico da UP.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista não-diretiva com informantes-chave e foram realizadas pelo próprio pesquisador, no período de maio a novembro de 2012, nas enfermarias das UP e no horário de trabalho dos entrevistados. As respostas foram fornecidas verbalmente e transcritas imediatamente após cada entrevista.

O roteiro de entrevista (Anexo 4) foi composto de duas partes:

Na primeira parte eram obtidos os seguintes dados do informante: sexo, formação e experiência profissional e tempo de atuação no sistema penitenciário.

A segunda parte constava de 19 questões abertas abordando os seguintes aspectos:

- À avaliação de saúde do preso ingressante e investigação específica em relação à tuberculose;

- À busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- À conduta frente ao caso suspeito;
- Aos métodos diagnósticos;
- À indicação e a forma de tratamento utilizado;
- Ao acompanhamento dos casos;
- Ao isolamento dos suspeitos e casos;
- Ao controle de comunicantes;
- À notificação, coleta e processamento de informações;
- Às condutas frente à transferência de um detento em tratamento;
- Às atividades educativas relacionadas à tuberculose;
- À participação dos Agentes de Segurança Penitenciária e/ou dos detentos nas ações de controle;
- Às dificuldades existentes para desenvolver as ações.

Finalizava-se esta parte da entrevista solicitando que o informante apresentasse sugestões para facilitar e melhorar o controle da tuberculose na UP em que atua.

Em seguida, pedia-se ao entrevistado informações sobre a composição da equipe de saúde da unidade e coletavam-se os seguintes dados: população prisional, número de detentos em tratamento para TB, número de casos de TB-MDR ou TB monorresistente e número de portadores de HIV/AIDS. A capacidade prisional de cada UP, necessária para o cálculo da taxa de ocupação, foi obtida junto à SAP.

Como as entrevistas foram conduzidas nas enfermarias das UP, realizou-se visita às instalações físicas, incluindo as celas destinadas ao isolamento, apesar de não ter sido programada esta atividade na pesquisa.

3.4 Análise dos Dados

A partir das informações obtidas na conversa inicial com os diretores foi possível descrever e analisar as diferenças entre as UP, com relação ao perfil dos detentos e ao modelo de reintegração social.

Com os dados de capacidade, população prisional, número de casos de TB em tratamento e número de portadores de HIV/Aids, no dia da visita, obteve-se,

respectivamente, a taxa de ocupação, o coeficiente de prevalência de TB e a taxa de infecção pelo HIV em cada UP e são apresentados em forma de tabela.

Com as informações pessoais de cada informante-chave (primeira parte da entrevista) foi possível traçar o perfil do coordenador das ações de controle da TB na unidade, em termos de formação, capacitação técnica e experiência profissional.

Os dados coletados na segunda parte da entrevista, relativos às ações e atividades desenvolvidas em cada UP, foram consolidados e analisados, tendo como referência o que é descrito nos documentos que normatizam o atendimento e o controle da TB entre as PPL. Foram utilizados: Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2003), Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário de São Paulo (2003), Resolução CNPCP n° 11(2006), Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose - Brasil - 2007/2015 (2006), Resolução SAP-141 (2008), Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011) e Deliberação CIB n° 62 (2012).

3.5 Aspecto Ético

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Administração Penitenciária – CEP/SAP, tendo sido aprovada sua realização conforme consta no Ofício 483/2010-CEP, de 04 de outubro de 2004 (Anexo 1) e no Ofício CEP/SAP n° 022/2012 Ref. Parecer Consubstanciado do CEP/SAP n° 037/2011 (Anexo 2).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) foi lido e assinado antes de proceder às entrevistas.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Perfil das Unidades

Das 19 unidades prisionais existentes na Região de Saúde de Botucatu, 17 foram estudadas, não tendo sido incluídas a Penitenciária I de Avaré (por determinação do Secretário de Estado da Administração Penitenciária) e a Penitenciária Feminina (inaugurada após o início do estudo).

Entre as UP estudadas, 8 são penitenciárias (regime fechado), sendo que destas 4 contam com ala de progressão penitenciária (regime semiaberto); 4 são centros de ressocialização; 3 são centros de progressão penitenciária (regime semiaberto) e 1 é centro de detenção provisória (regime fechado).

Os Centros de Ressocialização (CR), localizados em Avaré, Jaú e Lins são UP com modelo diferenciado quanto aos métodos educativos e de reinserção social, possuem celas com ventilação adequada, sem superlotação e com alta mobilidade por serem unidades com regimes semiaberto e fechado provisório. Os detentos são, em geral, jovens, condenados por furto ou roubo, ingressantes pela primeira vez no sistema prisional e a maioria trabalha em empresas dentro da própria UP ou conveniadas com a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP)⁷. Segundo entrevistados que atuam no CR e já atuaram em Penitenciária, estas características diferenciadas fazem com que nestas unidades sejam melhores as relações interpessoais e as condições de vida para os presos e de trabalho para os profissionais de segurança e de saúde.

A Penitenciária de Itaí, com regimes fechado e semiaberto, destina-se exclusivamente a presos estrangeiros desde 2007, procedentes em sua maioria do Centro de Detenção Provisória (CDP) de Guarulhos-SP. A principal causa de detenção é o tráfico internacional de drogas, sendo que no momento da pesquisa a maioria dos presos era procedente da Nigéria, Angola, Peru e Bolívia. É alta a mobilidade nesta unidade em virtude dos frequentes alvarás de soltura emitidos com base nos acordos legais entre o Brasil e os países de origem dos detentos. Por outro

⁷ Conforme o artigo 31 da Lei de Execução Penal (Lei 7.210/1984, de 11 de julho de 1984), o condenado à pena privativa de liberdade é obrigado a trabalhar, na medida de suas aptidões e capacidade. Para o preso provisório, o trabalho não é obrigatório e só poderá ser executado no interior do estabelecimento. A jornada normal de trabalho não será inferior a 6 nem superior a 8 horas.

lado, também são frequentes os reingressos. Segundo o profissional entrevistado, o fato de serem presos com idiomas e culturas diferentes, conviverem com pessoas de outras nacionalidades e sem apoio familiar e dos consulados, faz com que desenvolvam uma relação mais próxima e cordial com os funcionários da UP.

A Penitenciária de Iaras, com regimes fechado e semiaberto destina-se exclusivamente a presos condenados por crimes sexuais. Comparativamente com as outras UP, aqui o perfil socioeconômico é um pouco diferente, tendo número representativo de presos com formação universitária (médicos, advogados, entre outros). Aproximadamente 90% deles trabalham em empresas localizadas dentro da UP ou em serviços e obras públicas da Prefeitura de Iaras.

As Penitenciárias de Balbinos, de regime fechado, têm maior número de jovens condenados a penas curtas, principalmente por furtos ou roubos, tendo como característica particular o fato de concentrarem grande número de homens que fazem sexo com homens (HSH), possuindo inclusive celas específicas para esta população.

Os Centros de Progressão Penitenciária I, II e III de Bauru, de regime semiaberto, concentram jovens, condenados por furto ou roubo, a penas curtas (até 2 anos), o que justifica a alta mobilidade. Entre 50 e 85% trabalham. Este também é o perfil dos detentos das Penitenciárias de Reginópolis e Pirajuí I, de regime fechado. Já as Penitenciárias de Getulina e Avaré II, também de regime fechado, destinam-se aos presos com maior tempo de condenação (10 anos ou mais).

4.2 Taxa de Ocupação

As UP estudadas correspondem a aproximadamente 12,0% da capacidade e da população prisional do Estado de São Paulo.

A taxa de ocupação encontrada no conjunto das UP no período de estudo foi de 1,72 presos por vaga, variando entre 0,87 preso/vaga (UP M) até 2,97 presos/vaga (UP N) e ficando pouco abaixo da taxa do Estado de São Paulo (1,84 presos/vaga). (Tabela 4)

Com relação às taxas de ocupação, considerando os diferentes regimes de cumprimento de pena, observa-se que foram semelhantes nas UP de regime fechado, semiaberto, com medianas de 179,5% e 182,0%, respectivamente. Já nas

celas para o regime fechado provisório dos Centros de Ressocialização (CR), a mediana da taxa de ocupação foi de 88,8%.

4.3 Prevalência de Tuberculose

Durante a pesquisa, 109 detentos estavam em tratamento para tuberculose. O coeficiente de prevalência para o conjunto das UP foi de 528,7 casos por 100 mil detentos, variando entre 128,8 casos/100 mil (unidade J) e 1092,6/100 mil (unidade O). Todos os casos eram de TB pulmonar. Não havia casos de TB em tratamento nas unidades B, K, L e M. (Tabela 5)

Considerando o regime de cumprimento de pena, 88% dos casos estavam no regime fechado e 12% no semiaberto.

Quatro detentos com TB-MDR foram encontrados em 3 penitenciárias (C, O e Q), representando 3,8% do total dos casos em tratamento. (Tabela 5)

A prevalência de HIV/AIDS para o total de detentos foi de 1,2%, variando entre 0,4% (unidade P) e 3,0% (unidade C). Não havia casos conhecidos nas unidades B, L, M e Q. (Tabela 5)

Todos os presos em tratamento para TB foram submetidos à investigação sorológica, sendo apenas um portador de HIV.

Tabela 4 – Capacidade, população e taxa de ocupação das Unidades Prisionais para população masculina. Região do DRS VI - Bauru, 2012.

Unidade Prisional	Capacidade	População	Taxa de ocupação (%)
A	852	1530	179,5
B			
Fp	175	156	89,0
Sa	35	50	143,0
C	768	1409	183,5
D	768	1533	199,5
E	768	1473	192,0
F	646	1192	184,5
G	646	1186	183,5
H	500	908	181,5
I	792	1690	213,4
J			
Fe	1188	2114	178,0
Sa	108	215	199,0
K			
Fe	792	1409	178,0
Sa	108	119	110,0
L			
Fp	175	155	88,6
Sa	35	73	208,6
M			
Fp	175	153	87,4
Sa	35	42	120,0
N	500	1484	297,0
O			
Fe	1212	1995	164,6
Sa	108	110	101,8
P	768	823	107,0
Q	768	798	104,0
TOTAL	11922	20617	172,9
Estado - SP	94408	174102	184,4

Fe - Regime fechado
Fp - Regime fechado provisório
Sa - Regime Semiaberto

Tabela 5 – Número de casos e prevalência da tuberculose na população masculina, percentagem de TB-MDR e prevalência de HIV/AIDS nas Unidades Prisionais. Região do DRS VI - Bauru, 2012.

Unidade Prisional	Casos de Tuberculose (n)	População Prisional (n)	Prevalência Tuberculose (por 100 mil)	TB-MDR (n)	TB-MDR (%)	Prevalência de HIV/AIDS (%)
A	7	1530	457,5	-	-	1,3
B	-	206	-	-	-	-
C	6	1409	425,8	2	33,3	3,0
D	15	1533	978,5	-	-	1,4
E	-	1473	-	-	-	-
F	2	1192	167,8	-	-	0,7
G	11	1186	927,5	-	-	0,9
H	5	908	550,6	-	-	1,0
I	19	1690	1124,3	-	-	0,9
J	3	2329	128,8	-	-	1,1
K	-	1528	-	-	-	2,6
L	-	228	-	-	-	-
M	-	195	-	-	-	-
N	13	1484	876,0	-	-	0,5
O	23	2105	1092,6	1	4,3	0,7
P	5	823	607,5	-	-	0,4
Q	5	798	626,5	1	20,0	-
TOTAL	114	20617	552,9	4	3,8	1,0

4.4 Equipe de Saúde

Com relação às equipes de saúde, apenas 5 (29,4%) possuem médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Observa-se que 9 unidades (53%) não contam com o profissional médico, 7 (41%) não contam com enfermeiro e 2 não possuem auxiliar de enfermagem. Técnicos ou auxiliares de laboratório atuam em 6 equipes. Agentes de Segurança Penitenciária ("ASP da Saúde") estão presentes em todas as equipes de saúde, exceto nas unidades B, L e M. (Tabela 6).

Observa-se que 6 unidades possuem auxiliares de enfermagem, mas não o enfermeiro e 4 unidades não contam nem com o médico e nem com o enfermeiro na equipe. A unidade L, até novembro de 2012, era administrada por uma Organização Não Governamental (ONG) que contratava um médico e uma enfermeira, mas com o encerramento do convênio com a Secretaria de Administração Penitenciária estes profissionais deixaram de atuar.

A carga horária dos profissionais é de 20 horas semanais para os médicos e 30 horas semanais para os profissionais de enfermagem, sendo que a distribuição desta carga horária varia conforme a UP.

Apenas 3 unidades contam com atendimento médico diário e nas demais que possuem médico na equipe, o atendimento é feito apenas em alguns períodos da semana.

Apenas as unidades B e C possuem detentos auxiliando nas atividades de saúde.

Tabela 6 – Número de profissionais, por categorias, que compõem as equipes de saúde das Unidades Prisionais para presos do sexo masculino. Região do DRS VI - Bauru, 2012.

Unidade Prisional	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	Agente de Segurança Penitenciária	Técnico/Auxiliar de Laboratório
A	-	2	7	6	1
B	1	1	-	-	-
C	-	-	3	6	-
D	-	-	3	5	-
E	1	1	5	5	-
F	3	1	4	5	-
G	1	2	5	6	-
H	2	-	2	6	-
I	-	2	3	6	2
J	2	3	4	5	2
K	-	2	5	5	1
L	-	-	-	-	-
M	1	-	1	-	-
N	3	1	5	5	1
O ^a	-	-	5	6	1
P	-	1	1	5	-
Q	-	-	3	5	-
TOTAL	14^b	16	56	56	8

Nota: Não foram incluídos outros profissionais como dentistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos.

^a Os médicos da PI de Pirajuí atendem na PII de Pirajuí três períodos na semana.

^b Especialidades: cirurgia (2), ortopedia (2), cardiologia (2), clínico (2), endocrinologia (1), gastroenterologia (1), urologia (1), infectologia (1), pneumologia (1), psiquiatria (1).

4.5 Perfil do Entrevistado

Dos 20 entrevistados, 11 são enfermeiros, 8 são auxiliares de enfermagem e 1 é assistente social⁸. A maioria dos auxiliares de enfermagem tem formação como técnico de enfermagem, 1 é graduado em enfermagem e 2 estão concluindo a graduação na área.

Um dos entrevistados atua no sistema penitenciário há 35 anos e dois há apenas 5 meses, sendo que 8 trabalham há 3 ou 4 anos e 9 há 12 a 14 anos. A maioria também atua em outro serviço de saúde, em geral, Unidade Básica de Saúde (UBS) ou hospital.

Apesar de nenhum entrevistado ter recebido treinamento sobre tuberculose ao ingressar no sistema penitenciário, a maioria já participou de treinamentos específicos (TB-WEB, por exemplo), de reuniões técnicas ou de fóruns estaduais de tuberculose (em São Paulo ou Bauru).

4.6 Inclusão – Avaliação de Saúde e Rastreamento

Todas as equipes de saúde das UP realizam a "Entrevista de Inclusão". Esta entrevista é realizada por enfermeiro ou auxiliares de enfermagem e algumas vezes pelo Agente de Segurança Penitenciária (ASP). Em 13 unidades este exame admissional é realizado no mesmo dia, no dia seguinte ou até 2 dias após a chegada do preso. Outras 3 UP demoram até 3 dias e em apenas uma esta demora pode ser de até 7 dias. Quando a entrevista não é realizada no mesmo dia, mas no dia seguinte, o detento aguarda em cela própria, até a realização da mesma, para depois ser transferido para o "raio". Nas situações em que é maior o tempo de demora como, por exemplo, a chegada de vários presos juntos, o detento fica no "raio" e é chamado posteriormente para a entrevista de inclusão.

Quando o paciente vem transferido de outra UP, seu prontuário (único) vem acompanhando-o, mas poucas vezes isto não acontece. Nos casos dos CDP e CR, em que os detentos procedem de delegacias ou cadeias públicas, esta entrevista é realizada pela primeira vez.

⁸ O número maior de entrevistados (20) em relação ao número de unidades prisionais (17) se deve ao fato de que em três penitenciárias os diretores designaram 2 funcionários para a entrevista.

Na Entrevista de Inclusão é preenchido formulário próprio (Anexo 5), onde além dos dados de identificação, constam questões sobre: "HIV", "tuberculose", "alergias", "presença de outras doenças", "uso de medicamento" e "antecedentes/hábitos" (uso de drogas, cirurgias, vacinas, deficiência física). Nesta entrevista é oferecida a coleta de exames sorológicos para HIV, hepatites B e C e sorologia para sífilis (VDRL).

Com relação à TB são perguntados: "antecedente de tuberculose doença", "tipo", "período de tratamento", "presença de tosse", "há quanto tempo", "outros sintomas" (febre vespertina, emagrecimento, sudorese noturna) e se foi feita "solicitação de exame de baciloscopia".

Desta forma, no momento do ingresso do preso na UP há busca ativa de casos de TB baseada em sintomas.

4.7 Diagnóstico

A suspeita de caso de TB se dá basicamente frente aos sintomáticos respiratórios (SR): no ingresso, durante a estadia do detento na UP (busca passiva), no controle de comunicantes e na busca ativa periódica de SR, realizada uma ou duas vezes no ano.

Não há dificuldade para o detento com sintomas chegar à equipe de saúde. Isto se dá, verbalmente, através dos ASP que cuidam da segurança ou por escrito, através de bilhetes ("pipas") encaminhados pelos presos aos funcionários da equipe de saúde (enfermeiro, auxiliar ou ASP da saúde). O primeiro atendimento é feito pelo enfermeiro ou pela auxiliar de enfermagem que solicita exame de escarro e agenda consulta médica, quando a UP dispõe deste profissional.

A baciloscopia de escarro é o exame diagnóstico de escolha em todas as UP. Todas solicitam a cultura de escarro de rotina, exceto na busca ativa periódica quando se solicita apenas a baciloscopia.

Das 17 unidades, 6 dispõem de espaço aberto contíguo à enfermaria e com melhor sistema de ventilação, sendo neste local coletado o escarro para exame. Nas demais, o escarro é coletado na própria cela, após orientação da equipe de enfermagem.

Como a realização do exame de escarro é feita por diferentes laboratórios de referência, conforme a localização geográfica da UP, algumas rotinas divergem.

O Laboratório de Avaré atende às UP de Avaré, Itaí e Iaras e pertence à SES-SP. Não determina cota máxima de amostras de escarro a serem coletadas pela UP, orienta que sejam sempre colhidas duas amostras (exceto nas campanhas de busca ativa), realiza cultura de rotina, com demora no resultado de aproximadamente dois meses. Resultados positivos de baciloscopia são imediatamente comunicados ao profissional da UP por telefone.

O Laboratório de Bauru atende às UP de Bauru, Pirajuí, Reginópolis, e Balbinos e pertence à rede do Instituto Adolfo Lutz, da SES-SP. Define cotas semanais para coleta de exames de escarro para cada UP (10, 15 ou 20 amostras/semana). Esta cota é insuficiente para algumas unidades, sendo que esta restrição leva a que seja solicitada apenas uma amostra de escarro para os SR ou comunicantes. Não existe uma rotina de comunicação de resultado. Às vezes um funcionário do laboratório comunica por telefone, outras vezes, o resultado, mesmo positivo, vem na rotina, alguns dias após ter sido colhido; ou ainda, o profissional de saúde liga para saber o resultado do exame.

O Laboratório de Lins atende às UP de Lins e Getulina e pertence à SES-SP. Também define cota de amostras de escarro (30 por semana), mas se houver necessidade aceita exame além da cota. Orienta coleta de duas amostras e realiza cultura em uma delas. Comunica resultados positivos imediatamente à UP, por telefone.

Os três laboratórios realizam cultura de escarro e quando positivo é encaminhado para realização do teste de sensibilidade no Laboratório Regional do Instituto Adolfo Lutz de Sorocaba – SP.

A UP de Jaú encaminha as amostras de escarros para o Laboratório Municipal que realiza a baciloscopia e encaminha material para realização de cultura no Laboratório de Bauru. Não há cota de exames e o resultado positivo é comunicado imediatamente.

O exame radiográfico de tórax é de difícil acesso em todas as UP, com exceção da unidade I que não encontra dificuldades para a realização do exame na Santa Casa local.

Foram apontadas como as principais dificuldades relativas à realização da radiografia de tórax: transporte do preso (falta de viatura ou de escolta, de responsabilidade da Polícia Militar) e a pouca ou indisponibilidade dos serviços de

referência para a sua realização, justificada na maioria das vezes pela sensação de insegurança.

Apenas em 2 UP há material e enfermeiro treinado para realização de teste tuberculínico (TT), realizado mediante solicitação médica. As demais, quando há solicitação, encaminham os presos para aplicação da tuberculina PPD-RT23 e leitura do resultado na UBS da área de abrangência.

Para todos os casos diagnosticados como TB é oferecida a testagem sorológica para HIV, sendo o exame colhido na própria unidade e enviado para o laboratório de referência. Nenhuma UP dispõe de material ou pessoal capacitado para realização de teste rápido. Quando necessário o detento é encaminhado para realização na UBS de referência.

Em todos os meses de março e/ou novembro é realizada a busca ativa SR ("campanha") nas penitenciárias. Durante 5 ou 10 dias (segunda a sexta-feira) intensifica-se a busca de SR e a coleta de escarro para baciloscopia. Para esta campanha, os presos de cada "raio" escolhem alguns detentos - monitores - que são treinados pelos funcionários da saúde para a coleta de informações que servirão para selecionar aqueles que passarão por atendimento com a enfermeira ou a auxiliar de enfermagem e para os quais poderá ser solicitado o exame de baciloscopia de escarro (uma amostra).

Na busca ativa periódica, os profissionais de enfermagem que fazem o atendimento aos presos com SR preenchem o "Questionário Tuberculose" (Anexo 6) onde constam as seguintes informações: nome, idade, raça, escolaridade, tempo no sistema carcerário, uso de drogas, alcoolismo, tabagismo, peso, altura, IMC, sorologia para HIV, presença de sintomas (emagrecimento, tosse há mais de 15 dias, hemoptise, dispneia, dor torácica, sudorese noturna, febre, calafrios), história de tuberculose na família, em colegas de cela ou entre colegas próximos e se foi pedido baciloscopia, cultura e antibiograma.

4.8 Isolamento

Todas as UP dispõem de celas para isolamento, contíguas à enfermaria, em número que varia de uma a 14. Nestas celas os pacientes com suspeita de TB são mantidos até resultado do exame de escarro. Quando o exame resulta positivo,

são mantidos por 15 dias contados a partir do início do tratamento. Apenas uma unidade mantém o preso com TB isolado até a negativação do exame de escarro.

Estas celas são individuais e dispõem de água quente, não disponível nas demais. Quando existem presos com outras patologias nas celas contíguas, os portadores de tuberculose fazem uso de máscara N95⁹.

4.9 Tratamento e Seguimento

Nas UP que dispõem de médico e/ou enfermeiro, estes profissionais que prescrevem/indicam a medicação específica. Naquelas que dispõem apenas de auxiliar de enfermagem, a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência é comunicada e encaminha a medicação para a UP. O esquema de tratamento instituído é aquele preconizado pelo Ministério da Saúde.

A receita ou a comunicação de caso novo são encaminhadas para a UBS de referência que providencia o envio da medicação no dia seguinte. Os medicamentos para cada preso em tratamento são encaminhados mensalmente para a unidade.

Todas as UP adotam o tratamento supervisionado e diretamente observado (TDO) pelos profissionais da equipe de saúde (enfermagem ou ASP da saúde) na enfermaria ou nas "gaiolas" (espaço de acesso aos "raios").

Em 6 UP a tomada assistida da medicação é feita de segunda a sexta-feira e auto-administrada nos finais de semana. Nas demais, em que o Núcleo de Saúde dispõe de ASP de plantão nos finais de semana, a medicação é assistida também neste período.

Quando o detento sai temporariamente, leva medicação para auto-administração até o retorno e quando é transferido ou sai em liberdade leva medicação para 15 dias, sendo orientado a procurar UBS para continuidade do tratamento.

Nos casos de intercorrência por efeitos adversos às drogas, o detento é avaliado pelo médico da própria UP ou das unidades de referência (UBS, Pronto Socorro, Serviço de Atendimento Especializado).

⁹ A máscara N95 possui 95% de eficiência de filtração de partículas maiores que 0,3µm e seu uso está indicado visando a proteção contra doenças por transmissão aérea.

O monitoramento do tratamento é feito pelos profissionais de enfermagem da UP, com coleta de exame de escarro (baciloscopia e cultura), mensalmente, até o final do tratamento.

Apenas a unidade I utiliza radiografia de tórax no acompanhamento dos pacientes.

Não há falta ou demora na disponibilização dos medicamentos específicos.

Há dificuldade para atendimento médico dos presos das unidades sem este profissional na equipe ou naquelas que não tem médico todos os dias. O atendimento às intercorrências é feito nas unidades de retaguarda – PS ou UBS. As principais dificuldades referidas são a falta de transporte e/ou de escolta, a demora no atendimento, a resistência ou mesmo a recusa em atender, na maioria das vezes por parte dos médicos. Também há dificuldade para acesso à internação nas unidades hospitalares de retaguarda, pelas mesmas justificativas já apontadas.

Os pacientes portadores de TB e HIV/AIDS são avaliados, medicados e acompanhados nos serviços de referência (Serviço de Atendimento Especializado - SAE ou Ambulatório Médico de Especialidades - AME), sendo o tratamento supervisionado na própria UP.

Os casos de monorresistência ou de TB-MDR são avaliados e acompanhados pelos serviços de referência especializados: SAE Avaré (Municipal), SAE Bauru (Municipal), AME Bauru (Estadual), AME Lins (Estadual), AME Jaú (Estadual), SAE de Infectologia da Faculdade de Medicina de Botucatu e Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário, localizado em São Paulo-SP, administrado pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde e dispendo de ambulatório e 10 leitos de tisiologia.

4.10 Controle de Contatos

Todas as UP realizam controle de contatos a partir do diagnóstico de caso de tuberculose pulmonar. É feita busca ativa de SR entre os companheiros atuais de cela e solicitado exame de escarro. Apenas na unidade I realiza-se busca ativa também entre os companheiros das celas onde o preso com tuberculose esteve nos 30 dias anteriores ao diagnóstico. Não são realizados de rotina radiografia de tórax ou TT nos contatos, exceto quando há solicitação médica.

Quando é feito o diagnóstico de tuberculose, profissional do Núcleo de Saúde da UP entra em contato telefônico com os familiares do preso, comunicando a ocorrência, solicitando que não seja feita visita ao preso no período inicial do tratamento (15 dias) e orientando que procurem UBS para avaliação. Não é feita comunicação com a UBS.

Não é feito controle de contatos entre os funcionários da unidade, nem entre os companheiros de trabalho do detento, dentro ou fora da UP (presos em regime semiaberto).

4.11 Sistema de Informação

Todos os casos confirmados de tuberculose são notificados pelos profissionais de enfermagem através do preenchimento da Ficha de Notificação de Tuberculose (modelo CVE-SP), sendo esta enviada para a UBS de referência que fornecerá a medicação. Também é feita a notificação por meio eletrônico (TBWEB), em geral, pelo informante.

Todas as UP utilizam a Ficha de Contatos (modelo CONTROL_TRAC, CVE-SP) para controle de comunicantes, onde constam: nome, idade, BCG, resultados de baciloscopia, raio x, TT e se foi introduzida a quimioprofilaxia. Esta ficha é preenchida pelo enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

Também é utilizada a Ficha de Controle do Tratamento Supervisionado (modelo CONTROL_TRAC, CVE-SP), individual por paciente, onde é feito o registro diário da tomada da medicação. Esta ficha é preenchida pelo funcionário da equipe de saúde responsável pelo tratamento supervisionado.

O Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de Tuberculose (Livro Verde, PNCT-MS), onde constam: números do prontuário e SINAN, idade, sexo, resultados dos exames diagnósticos (baciloscopia e cultura de escarro, TT, histopatologia, Rx tórax, HIV), forma clínica, tipo de entrada, tratamento (esquema, data de início e forma), resultado das baciloscopias de acompanhamento, situação de encerramento (motivo e data) e número de contatos; é preenchido pelo enfermeiro ou auxiliar de enfermagem e utilizado em todas as UP.

4.12 Saídas

Segundo os entrevistados, a TB não representa fator limitante para as saídas, sendo estas podem ser por transferência, liberdade ou para prestar depoimento em outra cidade. Assim, são frequentes as transferências de presos em tratamento, ou mesmo presos sintomáticos que aguardam resultado de exame de escarro.

Todas as UP, quando ocorre transferência do preso com TB em tratamento, encaminha com ele seu prontuário, onde constam informações da doença, resultados de exames e esquema terapêutico. Também é fornecida medicação para 15 dias. Tanto o prontuário quanto a medicação são entregues na UP de destino pelo ASP que acompanha o preso. Muitas vezes este ASP também comunica à unidade de destino sobre a situação de doença do preso que está sendo transferido. As UP ainda passam informações sobre o preso que está sendo transferido, através de contato telefônico e/ou e-mail para a unidade de destino, realizado por funcionário do Núcleo de Saúde.

4.13 Atividades Educativas

A Tabela 7 mostra as atividades educativas dirigidas ao controle da TB descritas pelos entrevistados e o número de UP que realizam estas atividades.

Tabela 7 – Atividades educativas realizadas pelas equipes de saúde. Região do DRS VI - Bauru, 2012.

Atividades	Número de UP
Cartazes informativos	17
Palestra para detentos	13
Parceria com professor	10
Confecção de cartazes pelos detentos	2
Distribuição de folhetos nas celas	2
Palestra para funcionários	3

Em todas as UP visitadas foram vistos cartazes alertando para os sintomas sugestivos de tuberculose e que providências tomar. Estes cartazes localizam-se na recepção da unidade, nas enfermarias ou nas empresas que atuam dentro das UP. Na UP K, os cartazes estão escritos em português, apesar da unidade destinar-se a presos estrangeiros.

Os profissionais da equipe de saúde, principalmente os de enfermagem, realizam palestras sobre TB para os detentos nos dias que antecedem a busca ativa periódica de SR.

A parceria com os professores tem como objetivo o desenvolvimento de atividades de conscientização sobre a tuberculose nas aulas.

Nas unidades que realizam confecção de cartazes alusivos ao tema TB, estes são posteriormente expostos na UBS de referência.

Nas unidades que desenvolvem palestras para os funcionários, estas são programadas e realizadas em parceria com a Comissão Interna de Proteção de Acidentes (CIPA). A baixa participação dos funcionários e a falta de tempo pelo excesso de trabalho por parte dos funcionários da equipe de saúde foram as justificativas apontadas pelas UP que não realizam esta atividade

4.14 Participação dos Agentes de Segurança Penitenciária (ASP)

Todas as UP contam com ASP atuando nas equipes de saúde, sendo que alguns têm formação como auxiliar ou técnico de enfermagem. São responsáveis pelas intercorrências de saúde no período noturno e nos finais de semana.

Nas UP com equipe de saúde reduzida (apenas auxiliares de enfermagem) os ASP também realizam a Entrevista de Inclusão.

Como os ASP mantêm contato direto com os detentos, pois só eles têm acesso aos "raios" e às celas, atuam como intermediários entre os presos e os profissionais da equipe de saúde, sendo na maioria das vezes, os porta-vozes de queixas e demandas de saúde.

Os ASP da saúde são responsáveis pelo tratamento diretamente observado nos finais de semana em 10 UP e pela medicação diária em 2.

4.15 Cuidados com os Funcionários

Das 17 UP estudadas, 6 já tiveram casos de TB em funcionários da equipe de saúde ou da segurança, sendo que em uma delas havia um ASP em tratamento no dia da visita. Os ASP responsáveis pela segurança são os que apresentam maior risco de infectar-se, pois diariamente, pela manhã, entram nas celas para fazer a contagem dos presos.

Segundo os entrevistados existe grande resistência por parte dos funcionários da segurança com relação às condutas de controle de contatos e às atividades educativas a eles dirigidas pela equipe de saúde ou pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Por outro lado, quando estão apresentando sintomas respiratórios, muitos ASP procuram orientação e atendimento com os profissionais da equipe de saúde da UP.

Em nenhuma UP é solicitado teste tuberculínico para os funcionários ingressantes no sistema penitenciário.

A Tabela 8 apresenta, de forma consolidada, os principais resultados obtidos.

Tabela 8 – Ações de controle da tuberculose nas Unidades Prisionais – principais resultados. Região do DRS VI - Bauru, 2012.

	SIM	NÃO
Taxa de ocupação > 1 preso/vaga ^a	14	3
Casos de TB em tratamento ^b	11	6
Casos de TB-MDR	3	14
Casos de HIV/Aids ^c	11	6
Equipe de Saúde completa ^d	6	11
Tem médico	8	9
Tem enfermeiro	11	6
Avaliação de Saúde na inclusão	17	-
Rastreamento de TB no ingresso ^e	17	-
Oferece teste de HIV	17	-
Realiza teste rápido para HIV na UP	-	17
Tem cota para exame de escarro	11	6
Tem local adequado para coleta de escarro	6	11
Solicita cultura de escarro	17	-
Realiza controle de contatos de cela	17	-
Realiza busca ativa periódica de SR	17	-
Realiza teste tuberculínico na UP	2	15
Isola os casos suspeitos e com diagnóstico recente	17	-
Realiza TDO	17	-
Segue orientações para as "saídas"	17	-
Notifica os casos novos de TB	17	-
Tem acesso à radiografia de tórax sem dificuldade	1	16
Tem ASP na equipe de saúde	14	3
Tem PPL auxiliando a equipe de saúde	2	15
Faz controle de contatos entre os ASP	-	17
Funcionário ingressante é submetido ao TT	-	17

^a Taxa média de ocupação – 1,7 presos/vaga (0,8 a 3,0)

^b Prevalência média – 529 casos/100 mil presos (0 a 1100 casos/100 mil)

^c Prevalência média – 1% (a a 3%)

^d Segundo critério da Deliberação CIB 62 (6 de set. 2012)

^e Baseado no sintoma tosse há 2 semanas ou mais

4.16 Dificuldades

Foram apontadas como principais dificuldades para a implementação do controle da tuberculose nas UP estudadas:

- A falta de médico e/ou de enfermeiro foi relatada como a maior dificuldade naquelas UP onde a equipe de saúde conta apenas com auxiliar de enfermagem e ASP. Insegurança quanto ao exercício e à ética profissional e a falta de médico para atendimento às intercorrências foram as principais justificativas apontadas.
 - Para algumas unidades a restrição na cota para solicitação de exames de baciloscopia é um problema a ser resolvido.
 - A dificuldade de acesso ao exame radiográfico de tórax.
 - A dificuldade de acesso aos serviços de saúde de referência para atendimento às intercorrências, consultas especializadas e internações.
 - Demora no agendamento de consultas e procedimentos diagnósticos nas unidades de saúde de referência.
 - Dificuldade operacional para o transporte do detento para consultas ou exames decorrentes de falta de viatura ou de escolta.
 - Dificuldade para a conscientização por parte dos funcionários (ASP) da segurança em relação à importância da TB e do auto-cuidado.
 - Dificuldade para a conscientização dos próprios detentos com relação à importância da TB e a busca rápida por atendimento, decorrentes do medo e do preconceito causados pela doença.
 - A alta mobilidade em algumas UP dificulta as ações de controle da doença.
 - As saídas por transferência ou liberdade de presos em tratamento ou aguardando resultado de exames.
 - Não disponibilidade de material e falta de treinamento para realização de TT e teste rápido para anti-HIV.
 - Demora no resultado da cultura e do teste de sensibilidade.
 - Falta de espaço adequado para a coleta de escarro.
 - Condições inadequadas de vida na prisão, no que se refere ao espaço físico: ventilação e insolação.
 - Dificuldade de contato com familiares e com consulados, no caso dos presos estrangeiros.
-

Discussão

5 DISCUSSÃO

As UP estudadas diferem entre si em estrutura física, no modelo de atuação para a reinserção social, na composição da equipe de saúde, no perfil sócio-demográfico dos detentos, na situação epidemiológica da TB e em relação à sua inserção regional no Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo que as ações e atividades para o controle da TB sejam padronizadas, devem ser conduzidas considerando as especificidades de cada UP.

Existem situações que merecem destaque: a UP K, as unidades de curta permanência e as unidades de sistema semiaberto.

A UP K, como já assinalado, destina-se exclusivamente a estrangeiros, a maior parte deles de países com elevada morbidade pela TB e pelo HIV/Aids. Neste contexto, para o desenvolvimento das ações de controle da TB e do HIV/Aids é necessário considerar e se adaptar aos diferentes idiomas e culturas, às diferentes legislações, à elevada mobilidade e, muitas vezes, à falta de apoio social e financeiro, por parte de embaixadas e consulados no Brasil.

Nas UP, como os Centros de Ressocialização e o Centro de Detenção Provisória, a mobilidade dos presos é elevada, sendo necessária maior agilidade no diagnóstico, na introdução do tratamento e no controle pós-saída.

Enquanto nas unidades de regime fechado, funcionários e visitantes são os principais responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da TB entre os presos e a população em liberdade, nas unidades de regime semiaberto, os próprios detentos representam o principal elo desta cadeia. Assim, nestas unidades há que se considerar este fato ao se programar ações de controle, como por exemplo, a busca de contatos.

No contexto geográfico e das repercussões sociopolíticas e econômicas para a saúde e nesse aspecto também para o controle da TB, é interessante observar que para alguns municípios a população prisional representa parcela representativa da população total. Assim, 75% da população de Balbinos, 25% das populações de Iaras e de Reginópolis estão nas Penitenciárias. Considerados como parte da população moradora do município onde se localiza a UP, os detentos são computados para o cálculo dos recursos que o município recebe do Ministério da Saúde para a Atenção Básica e que deveriam ser também investidos em programas de melhoria nas condições de vida e saúde nas prisões. Por outro lado, o perfil

sócio-demográfico e epidemiológico das PPL é diverso daquele da população em liberdade, demandando ações e recursos próprios e muitas vezes de maior complexidade e custo.

Quanto à responsabilização pela saúde das PPL no Estado de São Paulo, a Deliberação 62 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de setembro de 2012, mostra-se, em certo sentido, dúbia, pois ao mesmo tempo em que defende e propõe que os municípios assumam as ações de Atenção Básica nos ambulatorios médicos das UP, reconhece como sendo a saúde das PPL de responsabilidade imediata da instância governamental que a mantém sob custódia, ou seja, o Estado, através da SAP (SÃO PAULO, 2012b). Considerando que a maioria das UP em funcionamento e em construção localiza-se em municípios de pequeno porte, muitas vezes com grande dificuldade para atender às demandas da própria população local, assumir a responsabilidade de assistência às PPL pode se mostrar inviável ou não representar uma efetiva melhora na atenção hoje prestada.

Sabe-se que um dos fatores determinantes da maior prevalência de TB nas prisões é a superlotação, pois a transmissão da doença é facilitada em situações de aglomeração. A taxa de ocupação média encontrada neste estudo foi de 1,72 presos/vaga, próxima às taxas de 1,84 presos/vaga, no Estado de São Paulo e de 1,80 presos/vaga, no Brasil (BRASIL, 2012a), mas observa-se grande variação com penitenciária com 3,00 presos/vaga até os CR onde a lotação é de 0,89 presos/vaga.

Em estudo realizado em Campinas sobre a TB nas prisões da região, no período de 1993 a 2000, Oliveira e Cardoso (2004) verificaram que a ocupação dos presídios excedeu em quase 50% sua capacidade.

A prevalência pontual média encontrada neste estudo, de aproximadamente 529,0 casos de TB por 100 mil presos, ficou abaixo dos coeficientes de 1029,5/100 mil encontrado por Nogueira et al. (2012) em penitenciária de São Paulo e de 1763,0 casos por 100 mil obtido por Vieira et al. (2010) em cadeia pública de Carapicuíba-SP e foi semelhante ao coeficiente encontrado por Nogueira et al. (2012) em CDP de São Paulo.

Constata-se ainda grande variabilidade neste coeficiente entre as UP - 129,0 casos/100 mil até quase 1100,0 casos/100 mil. De qualquer forma confirma-se que na região a prevalência de TB doença entre os presos é maior do que na

população geral, justificando a priorização das prisões como espaço para a implementação de ações e atividades de controle da doença.

Considerando o regime de cumprimento de pena, observou-se maior prevalência nas UP de regime fechado do que naquelas de regime semiaberto. Maior tempo na prisão, com maior risco de exposição e infecção, talvez justifique esta diferença. Estudo conduzido por Nogueira e Abrahão (2009) nos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo, no período de março de 2000 a maio de 2001, mostrou maior taxa de ILTB nos detentos reincidentes em comparação com os primários e a associação entre tempo de prisão e teste tuberculínico (TT) reator foi confirmada estatisticamente, levando os autores a concluir que quanto maior o tempo de prisão, maior a taxa de infecção tuberculosa.

É crescente, mundialmente, a preocupação com o aumento nas taxas de TB-MDR e tuberculose extensivamente resistente (TB-XDR). Neste estudo a taxa de TB-MDR foi de 3,8%, ficando acima da taxa de 1,4% encontrada na população livre no Brasil (BRASIL, 2012b). Nogueira et al. (2012), em estudo realizado entre março e dezembro de 2008 em duas UP do Estado de São Paulo encontraram 5% de resistência à estreptomicina; no Estado do Rio de Janeiro, estudo conduzido em três prisões por Sanchez et al (2009), entre 2002 e 2005, mostrou 11,1% de monorresistência e 2,5% de TB-MDR e em penitenciária de Porto Alegre-RS, Picon et al. (2011) encontraram 2,1% de TB-MDR e 2,1% de resistência à uma droga.

Observa-se ainda que em duas UP as taxas de TB-MDR foram de 20,0% e 33,3%, valores comparáveis àqueles encontrados nas prisões do Leste Europeu (STUCKLER et al., 2008).

São reconhecidas as relações entre a infecção pelo HIV e a TB. Portadores de HIV infectados pelo *M. tuberculosis* têm maior risco de progredir para TB doença. Assim, a maior prevalência de infecção pelo HIV na população prisional contribui para a alta endemicidade da TB entre as PPL. Desta forma, os programas de controle da TB e do HIV/Aids devem desenvolver ações conjuntas e complementares de controle (BRASIL, 2011).

Nas UP estudadas encontrou-se apenas 1,0% de prevalência de HIV/Aids, taxa esta semelhante à da população masculina geral. Maiores taxas foram encontradas nas Penitenciárias de Balbinos I (3,0%), onde há grande concentração de homens que fazem sexo com homens (HSH), e UP K (2,6%), onde

há maior concentração de presos oriundos de países, como os africanos, onde é elevada a incidência da doença. Coelho et al. (2007) encontraram em 2003, prevalência de 5,7% em penitenciária masculina de Ribeirão Preto-SP e em penitenciária de Porto Alegre-RS, Picon et al. (2011) encontraram 6,6%.

Todas as pessoas entrevistadas informaram que a sorologia para HIV é oferecida a todos os presos ingressantes e nos momentos em que o mesmo deseje realizá-lo. Em todos os casos de TB doença a sorologia foi realizada. Foi registrado apenas um preso em tratamento para TB, portador de HIV (1,0%). Esta taxa está abaixo do encontrado em outros estudos. Em Campinas-SP, estudo citado de Oliveira & Cardoso (2004) e realizado entre 1993 e 2000, mostrou 67,8%. Nas penitenciárias na Região de Saúde de Botucatu-SP, entre 1998 e 2003, Vitti (2005) encontrou 31,0%. No Rio de Janeiro-RJ, entre 2002 e 2005, Sánchez et al. (2007) encontraram 14,6% e 1,3% em duas prisões e no sistema prisional do Espírito Santo, entre 2003 e 2006, Moreira et al. (2010) encontraram 17,0%. Esta taxa foi de 13,3% em penitenciária de Porto Alegre-RS (PICON et al., 2011).

O Ministério da Saúde recomenda que o exame para HIV seja oferecido a todas as PPL, preferencialmente o teste rápido. Também indica que o TT deve ser realizado nas PPL portadoras de HIV para a instituição do tratamento para ILTB quando indicado (BRASIL, 2011). Neste estudo constatou-se que as UP não dispõem de material e treinamento para a realização do teste rápido para o HIV e para a realização do TT. Frente às dificuldades operacionais para a realização desses exames nas unidades de referência, muitas vezes os mesmos acabam não sendo feitos.

Existe divergência na legislação com relação à composição da equipe mínima de atendimento à saúde nas UP e também em relação ao número de equipes conforme a população prisional. O Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional indica que as equipes devem ser formadas por médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, todos com jornada de 20 horas semanais e prevendo que uma equipe atenda de 100 até 500 presos (BRASIL, 2010). A Deliberação 62 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de São Paulo, de setembro de 2012, baseada na Portaria 1.101/2002, do Ministério da Saúde, que define os parâmetros para a atenção básica no SUS, propõe que a equipe mínima seja composta por: 1 médico e 1 dentista com 20 horas semanais e 1 enfermeiro e 2

auxiliares de enfermagem com jornada de 30 horas semanais, devendo cada equipe atender uma população entre 500 e 1200 presos (SÃO PAULO, 2012). Observa-se que tanto em relação à composição da equipe, quanto ao número de presos a serem atendidos por equipe, as diretrizes estaduais retrocedem em relação ao Plano Nacional.

Considerando o Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional e analisando a Tabela 4 constata-se que apenas 3 UP atendem às diretrizes – as Penitenciárias Pirajuí I e Iaras e o Centro de Progressão Penitenciária (CPP) III de Bauru – inclusive contando com mais profissionais do que o previsto.

Com exceção dos 3 Centros de Ressocialização, do CPP III de Bauru e das Penitenciária I de Pirajuí, todas as demais unidades possuem capacidade para 646 a 1320 presos, ou seja, deveriam ter 2 a 3 equipes mínimas.

A partir das diretrizes constantes na Deliberação 62 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observa-se que apenas as equipes das UP de Bauru (CDP e CPP I, II e III) e as Penitenciárias de Iaras e Pirajuí I possuem equipe completa e adequada à população prisional.

Conclui-se que há déficit de profissionais nas UP estudadas. Sabe-se que é difícil a contratação de profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, para atuar no sistema prisional, fato este reconhecido oficialmente pela própria SAP (SÃO PAULO, 2012b). Condições inadequadas de trabalho, baixos salários e distância dos maiores centros urbanos explicam este problema. Buscando contornar esta dificuldade, a SAP vem atuando no sentido de que o poder público municipal assumira, mediante convênio com repasse de recursos, a atenção à saúde nas UP localizadas em sua área de abrangência. Esta proposta ainda não se viabilizou em nenhuma das UP estudadas.

Percebe-se que as ações e atividades de controle da TB nas prisões são conduzidas essencialmente pelos profissionais de enfermagem, ficando como função do profissional médico, principalmente o atendimento às intercorrências clínicas e a indicação do tratamento.

Em apenas 2 UP presos auxiliam as equipes de saúde, em geral, no tratamento supervisionado. O MS propõe a formação de PPL como "promotores de saúde" com ênfase em TB. Maior acesso aos demais detentos e confiança podem facilitar ações de informação, busca de diagnóstico, apoio ao tratamento e comunicação entre os profissionais de saúde e os presos. Mas estes presos

"promotores de saúde" não devem ser responsabilizados pela entrega de medicação (BRASIL, 2011).

Também no Estado de São Paulo, a Deliberação 62 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) prevê a inserção na equipe de saúde dos "agentes promotores de saúde" - presos recrutados pela SAP que, sob supervisão dos profissionais de saúde, podem desenvolver atividades equivalentes às realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família (SÃO PAULO, 2012b).

De forma geral, os profissionais entrevistados e responsáveis pela coordenação das ações e atividades de controle da TB nas prisões mostram-se capacitados para tal. Tempo longo de atuação no sistema prisional, experiência profissional e autonomia, muitas vezes adquiridas por terem que assumir funções que deveriam ser de outros profissionais, fez com que tenham desenvolvido capacidade de adaptação às condições adversas de trabalho na prisão.

Apesar de nenhum deles ter recebido treinamento para TB ao ingressar no sistema, a maioria participa regularmente de atividades de educação permanente e atualização promovidas pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE-SP) da Secretaria de Estado da Saúde ou pela SAP e conhecem os documentos relativos ao programa de controle da doença, principalmente a Resolução SAP-141, de 5 de junho de 2008, que recomenda os procedimentos para o tratamento e controle nas UP.

O ingresso do indivíduo no sistema prisional é considerado o momento principal para a busca ativa de TB. O rastreamento neste momento pode ser aplicado a partir de dois critérios: a existência de tosse há 2 semanas ou mais, informação esta obtida através de entrevista com toda PPL ingressante no sistema ou através de exame radiográfico de tórax realizado em todos os ingressantes, independente da presença da tosse. O primeiro método exige menos recursos e, portanto, é mais fácil de ser operacionalizado, enquanto o rastreamento radiográfico tem maior rendimento, mas é mais caro e de operacionalização mais complexa (BRASIL, 2011).

A Resolução 11, de 7 de dezembro de 2006, do CNPCP, recomenda que seja feito exame sistemático para detecção de tuberculose em ingressos no sistema penitenciário e que o método de escolha deve ser o rastreamento radiológico,

ficando como alternativa a investigação da presença de tosse por 3 semanas (BRASIL, 2010).

Todas as UP estudadas utilizam o critério baseado no sintoma de tosse por 2 semanas ou mais, informação está obtida através da Entrevista de Inclusão (Anexo 5). As unidades não dispõem de equipamento para radiografia de tórax e encontram grande dificuldade para realização deste exame nas unidades de referência.

O CNPCP recomenda ainda que o preso ingressante seja mantido em cela específica até exame de saúde admissional e que o mesmo seja realizado até o 7º dia da sua admissão. Estas recomendações são, em geral, seguidas pelas UP estudadas (BRASIL, 2010).

A pesquisa bacteriológica é importante em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o seguimento do tratamento e pode ser feita através da baciloscopia direta e da cultura para micobactéria com identificação e teste de sensibilidade. Enquanto a baciloscopia detecta 60 a 80% dos casos pulmonares, a cultura pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico nos casos pulmonares com baciloscopia negativa (BRASIL, 2011).

Em estudo realizado na população carcerária dos Distritos Policiais Zona Oeste da cidade de São Paulo, entre 2000-2001, Abrahão, Nogueira e Malucelli (2006), para obter a prevalência de doentes utilizaram, entre os meios diagnósticos, a baciloscopia e a cultura de escarro, observando que a realização da cultura aumentou em 6,8 vezes a positividade do diagnóstico da tuberculose.

Apesar de sempre ser solicitada a cultura de escarro, conforme orientação do Ministério da Saúde, uma dificuldade apontada foi a demora no seu resultado – em torno de 1 a 2 meses. Este fato prejudica o desenvolvimento das ações de controle, particularmente na população de grande mobilidade como as PPL. Muitas vezes, quando chega o resultado, o preso já não mais está na UP.

Um problema a ser resolvido nas UP estudadas é a inadequação de espaço físico para a coleta de escarro, uma vez que a maioria não dispõe de local aberto e acaba orientando a coleta nas próprias celas.

Preconiza-se que sejam colhidas no mínimo duas amostras de escarro para a baciloscopia e que, no caso das prisões, o retorno do resultado se dê em até 24 horas do envio do material (BRASIL, 2011).

A imposição de cotas para exame baciloscópio de escarro pelo Laboratório Regional do Instituto Adolfo Lutz de Bauru precisa ser revisto com urgência, pois tem levado as UP da sua área de abrangência a restringirem a coleta a apenas uma amostra ou a postergarem a solicitação do exame.

Estudos têm sido conduzidos no Brasil para avaliar a viabilidade de incorporação do Xpert® MTB/RIF para diagnóstico de TB e TB resistente à rifampicina, com resultados promissores. Trata-se de teste para identificação rápida (2 horas) de fragmentos do DNA do *M. tuberculosis* no escarro, com sensibilidade de 92,5% e especificidade de 99,0%, sendo capaz de detectar até 78,0% dos casos negativos à baciloscopia (DELOCCO et al., 2011). Por suas características, poderá ser particularmente útil no contexto do sistema prisional.

A radiografia de tórax deve ser solicitada para todo paciente com suspeita clínica de TB pulmonar, apesar de 15% dos casos não apresentarem alterações radiológicas (BRASIL, 2011). Conforme já citado, estudos conduzidos por Sánchez et al. (2005, 2007, 2009) nas prisões do Rio de Janeiro-RJ, demonstraram que o rastreamento radiológico apresentou melhor rendimento do que aquele baseado na presença de tosse. Desde 2006, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPC), através da Resolução nº 11, recomenda o exame radiográfico como principal método de rastreamento no ingresso dos presos no sistema prisional. Para situações, como no Estado de São Paulo, em que é grande o número de UP e as mesmas são disseminadas, recomenda-se a regionalização das unidades de ingresso (BRASIL, 2010).

Até 2011, em prisões de 7 capitais do Brasil foram implantados pelo Projeto Fundo Global Tuberculose – Brasil – Fiotec/Fiocruz centros de diagnóstico com aparelho para radiografia de tórax e laboratório para análise de escarro (SÁNCHEZ et al., 2011).

A indisponibilidade ou dificuldade de acesso à radiografia de tórax pelas UP estudadas, seja para o rastreamento de ingresso, busca passiva, acompanhamento do tratamento ou controle de contatos, necessita ser resolvida.

Seguindo o que é preconizado pelo MS, as UP não realizam teste tuberculínico (TT) para os comunicantes. O MS considera como "duvidosa" a indicação de tratamento da ILTB no ambiente prisional, onde é alta a probabilidade de reinfecções em curto espaço de tempo (BRASIL, 2011). Indicado para portadores de HIV e para os trabalhadores do sistema prisional (BRASIL, 2011), deveria o TT

ser aplicado na própria UP, considerando as dificuldades operacionais para realização nas unidades de referência.

Também recomendado pelo MS (BRASIL, 2011), o teste rápido para detecção da infecção pelo HIV ainda não é realizado nas unidades estudadas. A simplicidade do exame e as dificuldades operacionais para saída do preso justificam sua realização na própria UP.

O MS recomenda que a busca ativa periódica nas PPL seja realizada ao menos uma vez ao ano, devendo ser examinadas todas as PPL da UP em curto espaço de tempo (BRASIL, 2011). Esta orientação é seguida pelas UP avaliadas. Estes momentos são particularmente propícios para o desenvolvimento de atividades educativas e de conscientização para as PPL e para os ASP.

O isolamento do caso suspeito até confirmação diagnóstica e do caso confirmado, por 15 dias a contar do início do tratamento, recomendado na Resolução nº 11 do CNPCP de 2006 e na Resolução SAP-141, de junho de 2008, continua sendo seguido, apesar do MS, desde 2011, indicar o isolamento apenas para os casos identificados no momento da entrada da UP (por 15 dias) e nos casos suspeitos ou confirmados de resistência e de falência do tratamento. Justifica a não indicação de isolamento de rotina pelo fato de que este procedimento pode ser gerador de medo, preconceito e dificultar a busca pelo diagnóstico, além de ter pouca eficácia para prevenir a transmissão uma vez que os contatos de cela já estariam se expondo previamente, nas semanas que antecedem o diagnóstico (BRASIL, 2011).

O tratamento supervisionado e diretamente observado (TDO) para PPL com TB está previsto em todos os documentos relativos ao controle da doença (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; SÃO PAULO, 2008; SÃO PAULO, 2012b) e é seguido por todas as UP estudadas. Apesar da supervisão da tomada ser feita pelo ASP na maioria delas, esta conduta está em desacordo com o recomendado pelo MS que delega ao profissional de saúde esta função, justificando a garantia de acesso ao serviço de saúde em caso de efeitos colaterais, o reconhecimento da PPL como doente que demanda atenção específica do profissional de saúde e a prevenção do uso da medicação como elemento de troca ou de pressão (BRASIL, 2011).

Para subsidiar a discussão sobre a participação dos ASP no tratamento supervisionado, algumas questões precisam ser consideradas, como a falta de

profissionais de saúde, o reconhecimento dos ASP como integrantes da equipe de saúde e a experiência acumulada pelas UP neste modelo de trabalho.

Para o acompanhamento do tratamento segue-se o que é indicado pelo MS, ou seja, consultas mensais com baciloscopias, no mínimo, nos 2º, 4º e 6º meses (BRASIL, 2011).

Para a busca ativa de contatos é seguida a orientação do MS de considerar todos os companheiros de cela e para aqueles que têm expectoração é pedido a baciloscopia de escarro (BRASIL, 2011). A necessidade de ampliar os contatos a serem avaliados, incluindo os ASP e os companheiros de trabalho do preso doente e a realização de TT na própria unidade para os contatos infectados pelo HIV são medidas que precisam ser implementadas.

Com relação aos familiares das PPL com TB, a SAP e o MS recomendam que os mesmos sejam orientados a procurar atendimento na UBS mais próxima da residência (SÃO PAULO, 2008; BRASIL, 2011). Esta medida pode ser pouco efetiva, uma vez que não há garantia de que o familiar busque o atendimento indicado. O contato direto com a UBS ou com o serviço de vigilância epidemiológica da região deveria ser realizado. Através da Estratégia de Saúde da Família e da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde esta medida poderia ter melhor efetividade.

Condutas para os casos de saída temporária ou definitiva de PPL em tratamento são recomendadas pelo MS (BRASIL, 2011) e pela SAP (SÃO PAULO, 2008). Ambas condicionam a transferência de preso em tratamento para UP que possua equipe mínima de saúde ou ações de controle da TB implantadas, o que não é considerado pelas autoridades responsáveis pelas transferências na região estudada. As demais medidas, como comunicação sobre a transferência entre as unidades de origem e de destino, encaminhamento do prontuário único, medidas de biossegurança e encaminhamento da medicação em uso, são seguidas.

Nos casos de saída em liberdade, o desconhecimento do momento do livramento e do destino do preso são situações que podem comprometer a continuidade do tratamento. Nesta situação, a SAP determina que o detento leve relatório médico ou de enfermagem com informações sobre resultado de exames e tratamento em curso, medicação para no mínimo 15 dias e encaminhamento a ser apresentado na UBS da cidade de destino (SÃO PAULO, 2008). Percebe-se que fica exclusivamente sob a responsabilidade do próprio preso buscar recursos para continuidade do tratamento.

O MS recomenda que a UP comunique a transferência à vigilância epidemiológica do município de destino (BRASIL, 2011), medida esta que pode reduzir o risco de descontinuidade do tratamento. Considerando as dificuldades operacionais desta medida e a falta de integração e de coordenação de ações entre a justiça e a saúde, a questão da descontinuidade do tratamento após o livramento ainda precisa ser resolvida. Prova disto é o fato descrito por alguns informantes desta pesquisa de ser frequente o reingresso de presos em abandono de tratamento que foi iniciado na UP.

A notificação dos casos é compulsória e necessita ser feita pelo sistema TBWEB e/ou na Ficha de Notificação de Tuberculose (modelo CVE), sendo esta encaminhada para a UBS de referência que providenciará a liberação da medicação para o tratamento. Para casos de presos transferidos, a medicação também só é liberada quando houver a notificação. Acredita-se que com esta medida seja menor a chance de subnotificação de casos.

Percebeu-se, de forma geral, preocupação com o adequado registro das informações relativas ao acompanhamento de caso, ao controle de contatos e ao controle do tratamento supervisionado. Com relação ao registro de SR, percebeu-se que a utilização do Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios restringe-se aos momentos de busca ativa periódica.

Com informações rápidas, completas e reais, além de acompanhar a situação epidemiológica, é possível se proceder à avaliação do desempenho das UP em relação, principalmente, à detecção de casos e ao desfecho do tratamento. Estes critérios são utilizados pelo CVE-SP para, anualmente, premiar as UP que alcançam as metas de busca ativa de SR e taxa de cura.

Observa-se nos documentos relativos ao controle da TB entre PPL que maior destaque é dado às ações relacionadas ao diagnóstico e tratamento, sendo que as atividades voltadas para a prevenção da doença não são consideradas ou são superficialmente abordadas.

O MS, reconhecendo a importância das ações de informação, educação e sensibilização para o controle da TB no ambiente prisional, indica que estas ações devem fazer parte do cotidiano do serviço de saúde – no ingresso, nas consultas, na busca ativa periódica, no controle de contatos, etc. – e devem ser dirigidas não só às PPL, mas aos diferentes integrantes da comunidade carcerária, como ASP,

funcionários administrativos, professores, profissionais de saúde, familiares, agentes religiosos e membros de Organizações da Sociedade Civil (OSC) (BRASIL, 2011).

Estudo conduzido por Ferreira Júnior (2011) em penitenciária e na rede de saúde pública de Hortolândia-SP, durante 2010, analisou comparativamente, através da aplicação do questionário KAP (*Knowledge, Attitudes and Practices*), o conhecimento, atitudes e práticas de detentos e funcionários com relação à TB e HIV/Aids e demonstrou que os três grupos pesquisados possuem conceitos equivocados. O maior acesso às fontes de informação e o bom nível de escolaridade não foram suficientes para o bom desempenho dos funcionários da penitenciária. Demonstra-se assim a importância da educação continuada e a necessidade de se reavaliar as estratégias de treinamentos e capacitações.

Nas UP estudadas observou-se que maior ênfase às ações de educação é dada nos momentos de busca ativa periódica e restringindo-se aos presos. Percebeu-se que apesar de serem reconhecidas como atividades importantes pelos coordenadores são pouco realizadas, devido aos insucessos de tentativas prévias e à dificuldade de envolvimento do público-alvo, principalmente os ASP.

Larouzé, Sánchez e Diuna (2008) salientam a importância do trabalho educativo e de conscientização dirigido não só aos presos, mas à "comunidade prisional", incluindo funcionários da segurança e administrativos, com objetivo de transformar a TB numa "preocupação comum". Educação, garantia de acesso ao atendimento à saúde e melhoria nas condições de vida na prisão são consideradas pelos autores como medidas prioritárias para o controle da TB entre as PPL.

É interessante observar que enquanto existe grande déficit de profissionais de saúde, todas as UP, com exceção dos CR, possuem 5 a 6 ASP desenvolvendo atividades junto à equipe de saúde. Se, por um lado, estes profissionais da segurança não devem e nem podem assumir funções dos profissionais de saúde, por outro lado, atuam como interlocutores e mediadores das relações entre os presos e a equipe de saúde e desta com os demais ASP, ajudando a controlar a tensão existente entre a saúde e a segurança nas UP.

Profissionais de saúde têm maior risco de infecção e adoecimento por TB, principalmente a equipe de enfermagem, com risco de infecção 3 a 20 vezes maior em comparação à população geral (BRASIL, 2011). Revisão sistemática conduzida por Joshi et al. (2006), a partir de 51 estudos realizados em países em desenvolvimento, mostrou que o risco atribuível para TB doença em profissionais de

saúde, em comparação com o risco na população geral, variou de 25 a 5361 por 100 mil por ano.

Desde 1991 a legislação brasileira permite incluir a TB como doença ocupacional (BRASIL, 2011) e considerando a situação epidemiológica das prisões, os trabalhadores do sistema prisional, sejam eles da saúde ou da segurança, podem ser afetados. Conforme citado, Nogueira et al. (2011) encontraram, em 2008, maiores taxas de ILTB entre profissionais contatos de detentos em penitenciárias de Guarulhos-SP.

O MS recomenda a inclusão do teste tuberculínico (TT), para investigação de ILTB, nos exames admissionais e periódicos de profissionais de saúde e trabalhadores do sistema prisional (BRASIL, 2011). Desde 1999, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo recomenda o TT para os funcionários ingressantes no sistema prisional, medida esta que não é realizada.

O presente estudo mostra que a questão do risco ocupacional é importante e merece atenção, uma vez que em 6 das 17 UP estudadas já foram detectados casos de TB doença em funcionários e apesar disso, não se desenvolvem ações efetivas de prevenção da doença dirigidas à esta população.

A prisão oferece condições propícias para a manutenção do *M. tuberculosis* e os muros não impedem sua circulação. Sua disseminação para a população livre depende, essencialmente, daqueles que diariamente transpõem esses muros, ou seja, familiares e funcionários. Para diminuir a transmissão da tuberculose, reverter sua situação epidemiológica atual e efetivamente caminhar para seu controle, é fundamental que não apenas as pessoas privadas de liberdade, mas todas as pessoas que, direta ou indiretamente, se relacionam com o ambiente prisional, sejam consideradas como população-alvo das ações de controle.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs-se a avaliar se as ações para o controle da tuberculose nas penitenciárias localizadas na Região de Saúde de Bauru (DRS VI) seguem as diretrizes e recomendações oficiais e se a estrutura e o processo destinados a este fim são adequados.

De forma geral, conclui-se que a maioria das medidas propostas vem sendo conduzidas pelas equipes de saúde das unidades prisionais e isto se deve, principalmente, aos esforços empreendidos pelos profissionais de enfermagem. Nota-se que medidas relacionadas à busca ativa de casos entre os presos e ao tratamento supervisionado são aquelas em que mais se têm investido.

Equipes de saúde incompletas, carência de profissionais médicos e de enfermagem, dificuldades de transporte e de escolta, falta de local adequado para coleta de escarro, cotas para exames de baciloscopia, falta de condições humanas e materiais para realização de teste tuberculínico e teste rápido para HIV e inacessibilidade ao exame radiográfico são problemas estruturais cuja solução permitiria maior efetividade das ações programáticas.

Com relação às questões estruturais são propostas algumas medidas:

- Priorizar e investir na contratação de profissionais de saúde para completar as equipes de saúde.
- Definir o espaço prisional como o local primordial para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose, investindo para que os deslocamentos dos presos para exames e consultas só se façam quando estritamente necessários.
- Analisar em cada UP as possibilidades de reforma e adequação do espaço físico das enfermarias para que a coleta de escarro não seja mais realizada nas celas, mas sim em espaço aberto.
- Discutir com o Laboratório Adolfo Lutz de Bauru as razões para se definir cotas para a solicitação de baciloscopia de escarro e a importância do acesso livre a este exame quando indicado.

- Capacitar profissional de saúde e garantir material necessário para que o teste rápido para detecção de HIV e o teste tuberculínico sejam feitos na própria UP.
- Buscar soluções conjuntas para garantir o acesso mais facilitado ao exame radiológico de tórax, através de convênio com clínicas radiológicas ou aquisição de equipamento móvel.
- Discutir em cada unidade prisional como deve ser a inserção dos Agentes de Segurança Penitenciária na equipe de saúde e como valorizar e potencializar sua atuação.

De extrema importância é a questão da inadequação física do espaço de vida das prisões. Garantir taxas de ocupação adequadas e investir com construção de novas unidades, já considerando as condições propícias de ventilação e luz solar direta e proceder à reforma das unidades já em funcionamento. Considerando os custos desta medida, é necessário que seja assumida como prioridade política pelos governantes.

Em relação às atividades relacionadas com o processo de implementação das medidas de controle, merecem destaque aquelas dirigidas às ações educativas de conscientização e de prevenção da tuberculose e aquelas destinadas ao auto-cuidado por parte dos funcionários do sistema prisional. Ainda pouco efetivas na maioria das unidades prisionais, estas medidas precisam ser priorizadas, discutidas e amplamente viabilizadas. Para que isto ocorra sugere-se:

- Desenvolver trabalho de conscientização dos Agentes de Segurança Penitenciária em relação ao direito à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade, à vinculação entre o controle da tuberculose nas prisões e na população livre e a importância do auto-cuidado.
 - Investir na capacitação dos profissionais das equipes de saúde e dos Agentes de Segurança Penitenciária.
 - Utilizar metodologias que sejam participativas, motivadoras e de preferência inseridas no cotidiano da vida e da atuação profissional na prisão.
-

- Desenvolver ação conjunta com os professores da unidade prisional, devidamente capacitados, para que o tema tuberculose seja amplamente debatido nas aulas e demais atividades de ensino.
- Analisar a viabilidade de parceria entre a Secretaria da Administração penitenciária e instituições de ensino superior para o desenvolvimento de ações de capacitação, reciclagem e educação continuada para os profissionais de saúde e de segurança.

A alta mobilidade dos presos em tratamento e a falta de medidas efetivas de controle pós-saída podem comprometer as taxas de cura. Algumas medidas corretivas podem ser:

- Atuar junto às autoridades do judiciário, responsáveis pelas transferências, no sentido de conscientizar quanto à importância de se respeitar a recomendação de transferência de preso em tratamento para unidade prisional que disponha de equipe de saúde e que tenha as ações de controle implantadas.
- Buscar formas para o efetivo acompanhamento pós-saída de preso em tratamento, agilizando e garantindo comunicação com a Unidade Básica de Saúde, envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.
- Investir na valorização do prontuário como importante fonte de informação de saúde do preso. Avaliar a possibilidade de implantação do prontuário eletrônico.

Como medidas capazes de melhorar o diagnóstico precoce sugerem-se:

- Ampliar o controle de contatos e a busca de sintomáticos respiratórios entre os companheiros de trabalho do preso que atua nas empresas dentro e fora das prisões.
 - Priorizar as pessoas privadas de liberdade para utilização dos testes de identificação rápida do *M. tuberculosis*.
-

Para solucionar a dificuldade de retaguarda para o atendimento nas unidades de níveis secundário e terciário de assistência, bem como às intercorrências na rede do Sistema Único de Saúde, é necessário conduzir ampla discussão que permita a conscientização e responsabilização de gestores e prestadores quanto aos direitos à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade. Pode-se analisar a viabilidade de parceria entre a Secretaria da Administração Penitenciária e a Faculdade de Medicina de Botucatu visando oferecer de forma organizada assistência especializada às pessoas privadas de liberdade, através do atendimento direto ou de outras formas de retaguarda e apoio técnico à distância. A parceria já existente entre a Secretaria da Administração Penitenciária e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo pode servir como modelo.

Visando enfrentar algumas das dificuldades apresentadas, melhorar as condições de trabalho e ampliar o controle da tuberculose, ainda propõe-se:

- Programar reuniões clínicas periódicas e/ou visitas programadas às unidades com objetivo de discutir casos ou temas relacionados à TB e esclarecer dúvidas.
 - Desenvolver, com ampla participação de todas as pessoas envolvidas, planos de ação específicos para prisões com características próprias como a Penitenciária de Itaí e os Centros de Ressocialização.
 - Discutir a questão do isolamento, suas indicações e seus benefícios e prejuízos, considerando a realidade e a experiência de cada unidade.
 - Avaliar as possibilidades de implantação do projeto de “agentes promotores de saúde”, considerando a realidade de cada unidade prisional.
 - Investir na melhoria do sistema de informação, com ampliação da utilização do TBWEB.
 - Garantir às equipes de saúde o retorno dos dados de vigilância epidemiológica, devidamente processados e analisados, para que sirvam como instrumentos de avaliação e de melhoria das ações.
-

Finalmente, é necessário assumir que a problemática da tuberculose entre os detentos não é uma questão de saúde ou de segurança, mas uma grave questão social e política que como tal precisa ser enfrentada pela sociedade como um todo. Desconsiderar o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade e não investir em ações efetivas de combate à doença no ambiente prisional coloca em risco a eficácia das demais medidas dirigidas ao seu controle e desta forma a tuberculose deve se manter como um grave problema de saúde pública.

Referências

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, R. M. C. M.; NOGUEIRA, P. A.; MALUCELLI, M. I. Tuberculosis in county jail prisoners in the western sector of the city of São Paulo. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, v.10, n.2, p. 203-208, 2006.

BAKER, Q. E. et al. *Uma estrutura de avaliação para programas de saúde em comunidades*. Durhan: Center for the Advancement of Community Based Public Health, 2000. 67p. Disponível em: <http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20programas%20de%20saude%20em%20comunidades;05102111;20100107.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BAUSSANO, I. et al. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med.*, v. 7, n. 12, p. 1-10, 2010. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000381>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BONE, A. et al. *El control de la tuberculosis en prisiones: manual para directores de programas*. Genebra: Organización Mundial de la Salud, Comitê Internacional de la Cruz Roja, 2000. 192p. (WHO/CDS/TB/2000.281).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Plano estratégico para o controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 43p. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=614>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Comissão de Monitoramento e Avaliação. *População carcerária brasileira (quinquênio 2003-2007): evolução & prognósticos*. Brasília: Ministério da Justiça, 2008a. 25p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Coordenação Geral de Políticas, Pesquisa e Análise da informação. *Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados*. Brasília: Ministério da Justiça, 2008b. 55p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 172p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. *Relatório estatístico-analítico do sistema prisional*. Referência 06/2012 Brasília: Ministério da Justiça, 2012a. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896%7D&Team=¶ms=itemID=%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Boletim,1). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/impressao/6406/783/boletim-epidemiologico-_secretaria-de-vigilancia-em-saude-_ministerio-da-saude-_no-1-_2012-_tuberculose-no-brasil:-realidade-e-perspectivas.html>. Acesso em: 13 de nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial Tuberculose. *Bol. Epidemiol.*, v. 43, p. 1-12, 2012c.

CAMEY, S. A. et al. Fração atribuível populacional. *Rev. HCPA*, v. 30, n. 1, p. 77-85, 2010.

CASTRO, V. D. *Saúde nas prisões: um estudo da implementação do programa do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário*. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2011.

COELHO, H. C. et al. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2197-2204, 2007.

CONINX, R. et al. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *BMJ*, v. 320, p. 440-442, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde* [versão online]. 2012. p. 180-198. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=435>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

DARA, M. et al. *Guidelines for the control of tuberculosis in prisons*: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, International Committee of the Red Cross. Washington: USAID, 2009. 130p.

DELOCCO, B. A. V. et al. Xpert®MTB/RIF no diagnóstico da tuberculose pulmonar. *BRATS*, v. 6, n. 16, p. 1-14, 2011.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p. 1887-1896, 2008.

FERRAZ, A. F. *Tuberculose pulmonar em populações de Mato Grosso do Sul*. 2011. 177f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FERREIRA JÚNIOR, S. *O conhecimento, práticas e atitudes em prisões e rede pública de saúde*. 2011. 159f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

FORMIGA, N. S.; LIMA, D. A tuberculose em instituições prisionais: para além de uma epidemiologia, um estado de direito humano à saúde. *Rev. Criminol. Ciênc. Penit.*, v. 1, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.procrim.org/revista/index.php/COPEN/article/view/31>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1984. 277p.

FOURNET, N. et al. Development and evaluation of tuberculosis screening scores in Brazilian prisons. *Public Health*, v. 120, n. 10, p. 976-983, 2006.

GEGIA, M. et al. Developing a human rights-based program for tuberculosis control in Georgian prisons. *Health Hum. Rights*, v. 13, n. 2, p. 1-10, 2011. Disponível em: <<http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/view/429/715>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, I. B. (Org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

HUMAN RIGHTS WATCH. *World Report 2012: events of 2011*. New York: Seven Stories Press, 2012. Disponível em: <<http://www.hrw.org/world-report-2012>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

JOSHI, R. et al. Tuberculosis among health-care workers in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med*, v. 3, n. 12, p. 2376-2391, 2006.

LAROUZÉ, B.; SÁNCHEZ, A.; DIUANA, V. Tuberculosis behind bars in developing countries: a hidden shame to public health. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, v. 102, p. 841-842, 2008.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, 3).

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2003.

MOREIRA, T. R.; FÁVERO, J. L.; MACIEL, E. L. N. Tuberculose no sistema prisional capixaba. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde*, v. 12, n.1, p. 26-33, 2010.

NEMES, M. I. B. *Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. 28p. Disponível em: < http://www.fm.usp.br/gdc/docs/preventiva_2_MINES-05-2001.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2010.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R. M. C. M.; GALESÍ, V. M. N. Infecção tuberculosa latente em profissionais contato e não contato de detentos de duas penitenciárias do Estado de São Paulo, Brasil, 2008. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 14, n. 3, p. 486-494, 2008.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R. M. C. M. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 12, n. 1, p. 30-38, 2009.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R. M. C. M.; GALESÍ, V. M. N. Tuberculosis and latent tuberculosis in prison inmates. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 119-127, 2012.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

O'GRADY, J. et al. Tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa – the need for improved health services, surveillance and control. *Tuberculosis*, v. 91, n. 2, p.173-178, 2010.

OLIVEIRA, H. B.; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 15, n. 3, p. 194-199, 2004.

OLIVEIRA, L. G.; NATAL, S.; CAMACHO, L. A. B. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. *Cad. Saúde Colet.*, v. 20, n. 2, p. 250-257, 2012.

PICON, P. et al. Tuberculosis and HIV infection, public health emergencies in a prison of Southern Brazil. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 15, n. 11 (suppl. 3), p. S152, 2011.

QUINTERO, S. Actuación de enfermería para mejorar el control de La tuberculosis em prisión. *Rev. Esp. Sanid. Penit.*, v. 2, n. 3, p. 121-129, 2000. Disponível em: <<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/196/433>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

ROSSI, Z. O. *A tuberculose pulmonar nos presídios da Região de Saúde de Presidente Prudente-SP, DIRXVI, 1998-2002*. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

SANCHEZ, A. et al. Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 9, n. 6, p. 633-639. 2005.

SANCHEZ, A. et al. Screening for tuberculosis on admission to highly endemic prisons? The case of Rio de Janeiro State prisons. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 13, n. 10, p. 1247-1252, 2009.

SANCHEZ, A. et al. The Brazilian Global Fund programme 'TB control in prisons': challenges and strategies. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 15, n.11 (suppl. 3), p. S181, 2011.

SÁNCHEZ, A. R. et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência em saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 545-552, 2007.

SANTOS, M. et al. *Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões*. Rio de Janeiro: Departamento Penitenciário Nacional, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_intervencoes_ambientais_contr_ole_tuberculose_priso.es.pdf>. Acesso em 15 dez. 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias. *Recomendações para o controle da tuberculose nas prisões*. São Paulo, 1999. 30p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Administração Penitenciária. *Resolução SAP n° 141, de 05 de junho de 2008*. Determina atendimento integral às disposições constantes da Recomendação Técnica n° 01/2008, da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.junho.08/iels104/E_RS-SAP-141_050608.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". *Bol. Epidemiol.*, v.2, n.11, p. 177-188, 2012a.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB-62, de 06 de setembro de 2012b*. Aprova Diretrizes para a Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.set.12/iels171/E_DL-CIB-62_060912.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.

SOUZA, K. M. J. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. *Texto Contexto Enferm.*, v. 21, n. 1, p. 17-25, 2012.

STUCKLER, D. et al. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *PNAS*, v. 105, n. 36, p. 13280-13285, 2008.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can. J. Program Eval.*, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/228466055_Evaluability_assessment_of_a_survivors_of_torture_program_lessons_learned>. Acesso em: 23 jan. 2013.

VIEIRA, A. A. et al. Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding and diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 13, n. 4, p. 641-650, 2010.

VITTI JUNIOR, W. *Tuberculose em pessoas privadas de liberdade: situação no sistema penitenciário da Região de Saúde de Botucatu – SP, 1993-2003*. 2005. 103f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2005.

WAISBORD, S. Participatory communication for tuberculosis control in prisons in Bolivia, Ecuador, and Paraguay. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 27, n. 3, p. 168-173, 2010.

WALMSLEY, R. *World prison population list*. 9. ed. London: International Centre for Prison Studies, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Literature review on Tuberculosis in prisons*. Geneva: World Health Organization, 2008. 16p. Disponível em: <http://www.who.int/tb/challenges/prisons/tb_in_prisons_lit_review_10feb08.p>. Acesso em: 03 jul. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis report 2012*. Geneva: World Health Organization, 2012. 89p. (WHO/HTM/TB/ 2012.6). Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em: 12 de nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. *Status paper on prisons and tuberculosis*. Copenhagen: World Health Organization, 2007. 23p. Disponível em: < http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69511/E89906.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

YANJINDULAM, P. et al. Reduction of tuberculosis burden among prisoners in Mongolia: review of case notification, 2001-2010. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 16, n. 3, p. 327-330, 2012.

Anexos

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do CEP da Universidade Estadual Paulista – FMB



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18 618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 04 de Outubro de 2.010

OF. 483/2010 - CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Luana Carandina
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu

Prezada Dr^ª. Luana,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3703-2010) "O controle da tuberculose nos presídios: Atuação das equipes de saúde na região (DIR VI) de Bauru-SP", a ser conduzido pelo Dr. Walter Vitt Júnior e orientado por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04 de outubro de 2.010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 2 – Parecer do CEP da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/SAP
SECRETARIA EXECUTIVA

São Paulo, 16 de março de 2012.

Ofício CEP/SAP nº 022/2012.
Ref. Parecer Consubstanciado do CEP/SAP nº 037/2011.

Prezado Pesquisador,

Tendo em vista o disposto no art. 31 do Regimento Interno do CEP/SAP, aproveito para encaminhar a Vossa Senhoria o Parecer Consubstanciado nº 037/2011, referente ao projeto de pesquisa intitulado: **“O controle da tuberculose nos presídios: atuação das equipes de saúde na região (DIR VI) de Bauru/SP”** para providências cabíveis.

Eduardo Alves Maia Neto
Secretaria Executiva do CEP/SAP

Ao Pesquisador Walter Vitti Junior ,
Rua Antonio Sabino Santa Rosa, nº 70, Apto 33, Bloco C;
Botucatu/SP;
CEP 18606-140



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

Data de Entrada:

São Paulo, 09 de março de 2012

PARECER CONBUSTANCIADO DO CEP-SAP Nº 037/2011

Título: "O Controle da tuberculose nos presídios: atuação das equipes de saúde na região (DIR VI) de Bauru/SP".

Pesquisador Principal: WALTER VITTI JUNIOR

Pesquisador Associado: (orientadora) Prof^a Luana Carandina

Disciplina/Departamento: Saúde Pública

Instituição: Universidade Estadual Paulista – UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Saúde Pública. Programação de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Patrocinador: Não consta

Objetivo Acadêmico: Doutorado em Saúde Pública

Justificativa: Justifica-se o estudo pela elevada incidência de tuberculose entre as pessoas privadas de liberdade e a escassez de estudos sobre a atenção à tuberculose no meio prisional. A participação do funcionário no referido estudo será no sentido de responder verbalmente às perguntas feitas pelo próprio pesquisador/entrevistador, Walter Vitti Junior, e participar de reuniões com outros profissionais médicos e enfermeiros da equipe de saúde, para discussão das questões levantadas nas entrevistas. Partem os autores da constatação do reduzido número de estudos realizados para analisar o perfil da doença e a assistência



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

prestada às populações confinadas, e, finalmente, a possibilidade de contribuir para a elaboração de um plano de ação visando o combate efetivo do problema na região de Bauru. Após pesquisa de literatura pertinente ao tema, os autores referem que há um consenso mundial e nacional, a respeito da necessidade e da urgência de intervenções que visem o controle da TB nos presídios. Algumas importantes Organizações, motivadas pelos mesmos anseios, têm procurado formas de contribuir para as mudanças necessárias para a redução, se não a solução, deste contexto. Assim, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) elaborou, em 2000, um manual de controle da Tuberculose nas prisões, destinado aos Diretores de Programas.

O documento define como principais desafios:

- a busca ativa de casos e o diagnóstico precoce;
- a prevenção e controle da associação TB/ HIV-AIDS;
- a efetividade, viabilidade e rentabilidade das estratégias para a gestão ativa da TB-MR;
- a proteção profissional;
- a implantação do Tratamento Diretamente Observado (DOT) na totalidade dos casos prisionais;
- o desenvolvimento de um registro padronizado que permita avaliar os resultados da detecção de novos casos, dos tratamentos completados e da execução das ações do Programa de Controle da TB (PCT)

No Brasil, os Ministérios da Saúde e da Justiça elaboraram a Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003 que regulamenta, de forma detalhada, a implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, para viabilizar a atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, em todas as unidades federadas.



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

Aprovaram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, definindo prioridades

- a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando à estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade e componentes da urgência e emergência em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional;
- a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;
- a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;
- a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;
- a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas;
- a garantia de acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, através das referências, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário define linhas de ação entre as quais aquelas para o controle da tuberculose

- Busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia o SR; notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do Sinam);
- Tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos os casos diagnosticados; oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos);

- Proteção dos sadios (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar RX quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas).

O Estado de São Paulo, quanto à padronização de ações de controle da tuberculose nos presídios, antecipou-se ao Ministério da Saúde (MS) e, desde 1999, conta com as "Recomendações para o controle da tuberculose nas prisões", elaboradas pela Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde. Tais recomendações têm propósitos semelhantes aos formulados pelo MS, especificados na Portaria Interministerial nº 1777 em 2003.

Por fim, considerando a escassez de dados na literatura nacional sobre o andamento da implementação das medidas recomendadas pela Portaria 1777 e sobre a instalação de serviços de saúde nos presídios e a constituição e atuação das respectivas equipes de saúde, foi elaborado o presente projeto de pesquisa com o objetivo de contribuir com essa avaliação no que tange a atuação das Equipes de Saúde dos presídios da Região de Saúde do DIR VI de Bauru-SP. **Justificativa pertinente.**

Objetivos do Estudo: "Conhecer as características das Equipes de Saúde dos Estabelecimentos Prisionais da Região de Saúde de Bauru-SP (DIR VI) e de sua atuação na implementação de ações de prevenção e controle da Tuberculose e da associação TB/HIV/AIDS.

Contribuir com as Equipes de Saúde das Penitenciárias da Região na elaboração de um plano de ação para implementar o controle da Tuberculose e TB/HIV/AIDS, a partir da realidade de cada Serviço.

Objetivos específicos: "Conhecer a composição profissional das equipes, jornadas e condições de trabalho, tempo de serviço;



**SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA**

Conhecer a experiência e grau de conhecimento das equipes a respeito das ações de controle da tuberculose e TB/HIV/AIDS e educativas em presídios e as facilidades e dificuldades para treinamento e atualização;

Conhecer as facilidades e dificuldades operacionais encontradas pelas equipes na implementação das ações de controle da tuberculose e TB/HIV/AIDS e educativas nos presídios;

Conhecer e colaborar com a formulação de propostas das equipes para a implantação e /ou aprimoramento dessas medidas de controle e educativas.

Os objetivos estão claros.

Método:

"Metodologia descritiva na elaboração de questionário para entrevistas individuais semi-estruturadas com os profissionais das 18 equipes de saúde das Unidades Penitenciárias da Região de Bauru-SP (DIRVI), situadas em 10 Municípios, com número estimado de 38 profissionais e que atendam às proposições do primeiro objetivo geral e aos três primeiros objetivos específicos.

Metodologia pesquisa-ação para atender o segundo objetivo geral e o quarto objetivo específico, seguindo os preceitos proposto por Thiollent (1992).

A pesquisa-ação é um método (ou estratégia metodológica), que surgiu nas Ciências Sociais e cuja utilização se expandiu para outras áreas como: Educação, Comunicação e Saúde, entre outras. É um método que pode ser adotado em pesquisas associadas a diversas formas de ação coletiva, orientadas em função da resolução de problemas, com objetivo de produzir inovações/ mudanças.

A pesquisa-ação permite estudar dinamicamente problemas, decisões, ações, visando mudanças na situação existente. Os objetivos da pesquisa-ação são práticos, de natureza



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

bastante imediata. Permite propor soluções possíveis em cada situação e acompanhar as ações correspondentes ou, pelo menos, fazer progredir a consciência dos participantes no que diz respeito à existência de soluções e de obstáculos.

Na fase inicial da pesquisa o tema, o problema enfocado e os objetivos devem ser colocados claramente aos participantes, buscando seu envolvimento nas ações a serem planejadas em conjunto (pesquisador e participantes), sua execução e avaliação dos resultados. Será utilizado um roteiro de perguntas, que os participantes das equipes de saúde responderão, possibilitando o diagnóstico da situação, a partir do qual poderão ser estabelecidas as metas de ação. O roteiro pretende auxiliar o pesquisador na padronização dos aspectos a serem abordados. Não se trata de questionário tradicional, mas de um momento de interlocução entre pesquisador e participantes.

As informações obtidas na aplicação do roteiro serão analisadas e discutidas em novo encontro do pesquisador com os participantes. A partir desta análise deverão surgir propostas de ações planejadas para produzir as mudanças necessárias e possíveis do contexto anterior. A avaliação de todo o processo será partilhado e representará o cerne da pesquisa. **Métodos e procedimentos estão claros.**

Riscos para os participantes:

O texto do projeto não menciona riscos aos participantes. No TCLE, o pesquisador que, os procedimentos adotados não aplicarão em desconfortos ou riscos aos voluntários.

Adequação da metodologia aos objetivos perseguidos: **O método está adequado aos objetivos.**

Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas:

Os pesquisadores admitem existir vulnerabilidade na participação da pesquisa.



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Concisão e objetividade: **Os objetivos são os mesmos que estão no corpo do trabalho, em linguagem clara.**

Linguagem é adequada e clara: **A linguagem do TCLE é clara para a população estudada.**

Descrição suficiente dos procedimentos: Será utilizado um roteiro de perguntas que os participantes das equipes de saúde responderão, possibilitando o diagnóstico da situação, a partir do qual poderão ser estabelecidas as metas de ação. O roteiro pretende auxiliar o pesquisador na padronização dos aspectos a serem abordados. Não se trata de questionário tradicional, mas de um momento de interlocução entre pesquisador e participantes. As informações obtidas na aplicação do roteiro serão analisadas e discutidas em novo encontro do pesquisador com os participantes. A partir desta análise deverão surgir propostas de ações. **O método e os procedimentos estão claros, e a linguagem do roteiro das perguntas é de fácil compreensão.**

Identificação dos riscos e desconfortos esperados: **Estão claros na informação contida no TCLE, que o tempo e energia dedicados à entrevista e à participação nas reuniões de discussão poderão gerar desgaste psico-físico ao participante.**

Garantia dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, informação dos resultados, acesso ao pesquisador e CEP, etc): **Está contido no TCLE que o participante da pesquisa estará ciente de que sua privacidade será respeitada, que seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma o identificar será mantido em sigilo. Também consta inserido no TCLE que o participante pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.**



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

Identificação dos responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos encaminhados, quando for o caso: **Os responsáveis foram identificados.**

Cronograma: **O Cronograma apresentado se encontra intempestivo, pois o início da Pesquisa estava prevista com início das atividades para 08/11/2010, com duração de 20 meses e conclusão prevista para 07/07/2012.**

Considerações:

A pesquisa está bem estruturada. Há uma extensa literatura consultada sobre o tema. Os objetivos do trabalho estão bem definidos e do questionário (instrumento de pesquisa a ser utilizado) constam perguntas que possibilitam se atingir os objetivos propostos. Ressalte-se que consta a informação de que os pesquisadores já desenvolveram trabalho na área. O projeto teve sua aprovação no CEP da Faculdade de Medicina da UNESP. O pesquisador deverá atualizar o cronograma, e remetê-lo a este Comitê de Ética em Pesquisa, no prazo máximo de 30 (trinta), a contar da data de recebimento.

Orientações Finais:

Em consonância ao estabelecido nos artigos 33, 34 e 35 do Regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa da SAP o (s) pesquisador (es) deverá (ão) apresentar.

- () Um único relatório ao final da pesquisa contendo os resultados obtidos, contribuições e sugestões, além dos demais documentos definidos no Regimento ao final da pesquisa;
- () Relatórios semestrais sintéticos ao longo do desenvolvimento da pesquisa relatando resultados parciais e indicações de continuidade e um relatório final contendo os resultados obtidos, contribuições e sugestões, além dos demais documentos definidos no Regimento ao final da pesquisa



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

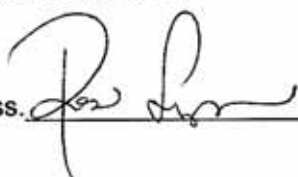
() Relatórios anuais sintéticos ao longo do desenvolvimento da pesquisa relatando resultados parciais e indicações de continuidades e um relatório final contendo os resultados obtidos, contribuições e sugestões, além dos demais documentos definidos no Regimento ao final da pesquisa

PARECER DO RELATOR

Apresentado a este Comitê para análise segundo normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (10/10/96), foi considerado:

APROVADO APROVADO COM RECOMENDAÇÕES
 PENDENTE REPROVADO

Data 09/03/2012

Ass. 

Profª Dra. Rosalice Lopes

Presidente do Comitê de ética em Pesquisa

Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo



**SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA**

Para atendimento do inciso VII do artigo 11 da Resolução SAP n° 083 de 22 de abril de 2010 e alterações posteriores, autorizo a realização da pesquisa proposta, com fundamento no Parecer Consubstanciado CEP/SAP n° 037/2011 e desde que observados os procedimentos abaixo descritos:

- I – prévio agendamento de data e horário com a Direção da Unidade Prisional;
- II – rigoroso atendimento às regras de segurança e disciplina;
- III – concordância expressa do (a) preso (a) ou servidor (a) a ser entrevistado;
- IV – autorização judicial nos casos de imagem ou entrevista com presidiário (a).
- V - Encaminhe-se cópia deste parecer ao Coordenador da Coordenadoria das Unidades Prisionais da Região Noroeste, a saber: Centro de Ressocialização "Dr. Mauro Macedo" de Avaré, Penitenciária II de Avaré, Penitenciária I e II de Balbinos, Centro de Progressão Penitenciária "Prof. Noé Azevedo" de Bauru, Centro de Detenção Provisória de Bauru, Penitenciária I e II de Bauru, Penitenciária "Osiris Souza e Silva" de Getulina, Penitenciária "Orlando Brando Filinto" de Iaras, Penitenciária "Cabo PM Marcelo Pires da Silva" de Itaí, Centro de Ressocialização "Dr. João Eduardo Franco" de Jaú, Centro de Ressocialização "Dr. Manoel Carlos Muniz" de Lins, Penitenciária I e II de Pirajuí e Penitenciárias I e II de Reginópolis.

Gabinete do Secretário, 09 de março de 2012

Assinatura manuscrita em tinta preta, com traços fluidos e característicos.

LOURIVAL GOMES

Secretário da Secretaria da Administração Penitenciária

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do Voluntário: _____

Endereço: _____

Telefone _____ para
contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

As Informações contidas neste prontuário foram fornecidas por **Walter Vitti Junior**, aluno de doutorado do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp e Prof. Dra. **Luana Carandina**, do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp objetivando firmar acordo escrito mediante o qual, o voluntário da pesquisa autoriza sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

A pesquisa intitula-se: *O CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS PRESÍDIOS: ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE NA REGIÃO (DIR VI) DE BAURU/SP.*

Tem como objetivos: conhecer as características das Equipes de Saúde dos Estabelecimentos Prisionais da Região de Saúde de Bauru-SP (DIR VI) e de sua atuação na implementação de ações de prevenção e controle da Tuberculose e da associação TB/HIV/AIDS e contribuir com as Equipes de Saúde das Penitenciárias da Região na elaboração de um plano de ação para implementar o controle da Tuberculose e TB/HIV/AIDS, a partir da realidade de cada serviço.

Justifica-se este estudo pela elevada incidência de tuberculose entre as pessoas privadas de liberdade e a escassez de estudos sobre a atenção à tuberculose no meio prisional.

A participação do voluntário se fará de forma anônima, por meio de entrevista respondendo verbalmente às perguntas feitas pelo próprio pesquisador/entrevistador, Walter Vitti Junior, e participando de reuniões com outros profissionais médicos e enfermeiros da equipe de saúde, para discussão das questões levantadas nas entrevistas. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e seu orientador.

O participante receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos benefícios e outros assuntos relacionados com esta pesquisa. Também os pesquisador responsável assume o compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando.

O participante terá sua identidade preservada e tem direito de se retirar da pesquisa a qualquer tempo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF.

Esta pesquisa será realizada no local de trabalho do entrevistado, ou seja, nas unidades prisionais da Secretaria Estadual da Administração Penitenciária de São Paulo, localizadas na área de abrangência da DIR VI – Bauru.

Aluno: WALTER VITTI JUNIOR, telefones para contato: (14) 3811-6200, (14) 3811-6352, (14) 8132-4746, e-mail: wvitti@uol.com.br

Prof. Dr. LUANA CARANDINA, telefones para contato: (14) 3811-6200, (14) 3811-6352, e-mails lucaran@uol.com.br

Endereço do Comitê de Ética do CEPSAP: Av. Prof. Ataliba Leonel nº 556 – Santana – São Paulo – SP CEP: 02033-000. Fone: (11) 3206-4700.

Endereço do Comitê de Ética do CEP (Comitê de Ética na Pesquisa) da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp: Distrito de Rubião Junior, s/nº, CEP 18618-970, Botucatu-SP, fone: (14) 3811-6143.

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

São Paulo, de de 2012.

Nome (por extenso): _____

Assinatura: _____

1ª via: Instituição

2ª via: Voluntário

Anexo 4 – Roteiro de Entrevista

Roteiro – Entrevista – Profissional da Equipe de Saúde responsável pela coordenação das ações de controle da Tuberculose.

Nome: _____

- Sexo
- Formação/Especialidade
- Função na equipe de saúde
- Tempo de atuação em penitenciária

1 - Recebeu algum treinamento/capacitação/reciclagem em tuberculose? Quando?

2 - A unidade realiza avaliação de saúde no preso ingressante? Como? (quem faz, equipe de saúde ou agente penitenciário, em que momento, o que investiga, faz algum exame, encaminha)

3 - É feita alguma investigação relativa à tuberculose no preso ingressante? Como? (investiga SR, investigação/testagem de HIV, se já está em tratamento, faz radiografia)

4 – Quando (em que condições) se suspeita de um caso de tuberculose? Qual a conduta nestes casos? (sintomas respiratórios, comunicantes, portadores de HIV) (pede exames, encaminha para infectologista da penitenciária, encaminha para serviço de referência)

5 – Que dificuldades encontra para o diagnóstico de tuberculose na penitenciária? (acesso a radiografia, onde, exames de escarro, qual, baciloscopia, cultura, quantas amostras, tempo de demora no resultado, PPD, exame de HIV, exames especiais, onde, acesso do preso para avaliação clínica)

6 – Quando é feito o diagnóstico/confirmado um caso de tuberculose, quem introduz o tratamento? (enfermeiro, clínico, infectologista, referência)

7 – Qual é a forma de tratamento adotada? (supervisionada ou não, diretamente observada ou não, por quem, diária, pra quantos dias)

8 – Como é feito o monitoramento do tratamento? (com que periodicidade, mensal, consulta com médico ou enfermeiro, quais exames, na própria unidade ou na de referência)

9 – Que dificuldades encontra para o tratamento de um caso de tuberculose na penitenciária? (acesso à medicação, internação, raios X de controle, exame de escarro de controle, dificuldade de passar em consulta com infectologista, portadores de HIV, diabéticos, abandono, recidiva, multiresistência, condições de vida no presídio)

10 – Qual é a conduta, com relação a isolamento, quando é feito o diagnóstico de tuberculose? (onde, quantos dias)

11 - Desenvolve alguma atividade com os comunicantes de pacientes com tuberculose? Quais comunicantes (companheiros de cela, agentes penitenciários, visita íntima, familiares) e quais atividades? (busca de SR, PPD, radiografia, quimioprofilaxia, ações educativas)

12 – Existe cadastro de pacientes em tratamento para tuberculose? (quem notifica, que informações constam no cadastro, existe relatório mensal de atualização, quem preenche)

13 – Quando ocorre a transferência de um preso com tuberculose, é tomada alguma medida? Qual? (prontuário, radiografia, telefonema, guia/relatório de encaminhamento, medicação)

14 - Desenvolve alguma atividade educativa relacionada à tuberculose na unidade? Para qual público-alvo?

15 – Há participação dos próprios presos nas ações de controle da tuberculose? Como se dá?

16 – Há participação dos agentes penitenciários nas ações de controle da tuberculose? Como se dá? (entrevista de ingresso, medicação, busca ativa)

17 – Teve ou sabe de algum funcionário da equipe de saúde ou agente penitenciário que tenha tido tuberculose nos últimos anos?

18 - Que dificuldades encontra para desenvolver ações de controle da tuberculose na penitenciária?

19 – Quais são suas sugestões para melhorar as ações de controle da tuberculose nesta penitenciária?

20 – Quantos casos de detento em tratamento para tuberculose a unidade tem no momento? Quantos destes são portadores de HIV/AIDS?

21 – Quantos portadores de HIV/AIDS a unidade tem no momento?

22 – De forma geral, como se caracteriza a população prisional nesta unidade? Tem alguma particularidade? Quantos presos têm hoje e qual é a capacidade?

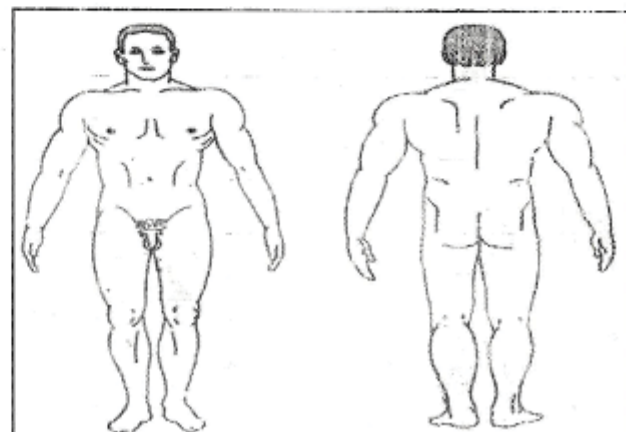
PRESENÇA DE OUTRAS DOENÇAS:			
<input type="checkbox"/> Malária	<input type="checkbox"/> Esquistossomose	<input type="checkbox"/> Chagas	<input type="checkbox"/> Bronquite/Asma
<input type="checkbox"/> Doença de Rins	<input type="checkbox"/> Pressão Alta	<input type="checkbox"/> Doença do Coração	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hepatite B	<input type="checkbox"/> Hepatite C	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Sífilis
<input type="checkbox"/> Doença Mental	<input type="checkbox"/> Hanseníase	<input type="checkbox"/> Câncer Tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Doença Neurológica (convulsão)	<input type="checkbox"/> Doença de Pele/Escabiose		
Faz uso de medicamento: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Qual:			
Queixas:			

• **ANTECEDENTES PESSOAIS / HÁBITOS**

Usou Drogas: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Usa Drogas: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Qual: <input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Álcool
<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Ecstasy	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/>
Outros: _____				
Cirurgias:				
Há quanto tempo:				
Que vacinas já tomou:				
Portador de Deficiência Física: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual:				

DESCRIÇÃO: AO EXAME EXTERNO

- FERIMENTO(S) CONTUSO(S)
 FERIMENTO(S) INCISO(S)
 FERIMENTO(S) PUCTÓRIOS(S)
 FERIMENTO(S) CORTO-CONTUSO
 FERIMENTO(S) PERFURO-CORTUSO(S)
 ESCORIAÇÃO(ÕES)
 EQUIMOSE(S)
 HEMATOMA(S)
 CICATRIZ(ES)
 TATUAGEM(NS)
 OUTROS
 LOCALIZADOS EM: _____



Anexo 6 – Questionário para de busca ativa periódica



Secretaria de Estado da Administração Penitenciária

Coordenadoria da Região Noroeste do Estado

Penitenciária

**NÚCLEO DE ATENDIMENTO À SAÚDE****Questionário Tuberculose**

Nome: _____ matricula: _____

Idade: ____ data de nascimento ____/____/____. Raça _____ Escolaridade _____

tempo prévio no Sistema Carcerário _____ Usuário de drogas _____

alcoolismo _____ tabagismo _____ Peso _____ Altura _____ IMC _____

Sorologia para HIV _____

Questionário sobre a presença ou não dos seguintes sinais e sintomas clínicos relativos à tuberculose:

- | | | |
|---|---------|---------|
| A = Emagrecimento de 10% do peso em 6 meses ou em 15 dias | () Sim | () Não |
| B = Tosse a mais de 15 dias, produtiva (com catarro) | () Sim | () Não |
| C = Hemoptise (sangue no catarro) | () Sim | () Não |
| D = Dispneia (falta de ar) | () Sim | () Não |
| E = Dor Torácica (dor quando respira) | () Sim | () Não |
| F = Sudorese noturna (transpirar a noite) | () Sim | () Não |
| G = Febre (baixa, 37,5° freqüentemente a tarde) | () Sim | () Não |
| H = Calafrios (tremores) | () Sim | () Não |
| I = História de Tuberculose na família | () Sim | () Não |
| J = História de Tuberculose entre colegas de cela | () Sim | () Não |
| L = História de Tuberculose entre colegas próximos | () Sim | () Não |

Pesquisa de BAAR: _____

Cultura e Antibiograma: _____

OBS: _____
