

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Reges Antonio Deon

**ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA A
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**PORTO ALEGRE
2019**

Reges Antonio Deon

**ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA A
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Andrea Gonçalves Bandeira

**PORTO ALEGRE
2019**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-Reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-Diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador Substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Deon, Reges Antonio.

Acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose para a população privada de liberdade no Estado de Santa Catarina / Reges Antonio Deon. -- 2019. 42 f.

Orientadora: Andrea Gonçalves Bandeira.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Especialização em Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Gestão em saúde. 2. Tuberculose. 3. Sistema prisional. I. Bandeira, Andrea Gonçalves, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 –Porto Alegre/RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Reges Antonio Deon

**ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA A
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

Coorientador(a): Nome e Sobrenome

RESUMO

A tuberculose é uma patologia de alta endemicidade, sobretudo no sistema prisional. O presente estudo teve como objetivo identificar o acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose na população privada de liberdade no Estado de Santa Catarina. Trata-se de um estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2015 a 2018. Verificou-se que apenas 11 dos 50 estabelecimentos penais do estado dispõem de Equipe de Saúde Prisional (ESP). No período, foram notificados 618 casos de tuberculose, destes, 83,49% realizaram algum exame diagnóstico. O percentual de coinfetados pelo HIV foi de 12,62%. Realizaram o tratamento diretamente observado (TDO) apenas 69,41% dos casos e obteve-se uma taxa de cura de 61,32%. A tuberculose no sistema prisional é um problema de saúde pública e para o seu enfrentamento necessita de formulação e implementação de ações entre as Secretarias de Justiça e Saúde na adoção e uniformização de protocolos assistenciais de controle, diagnóstico e tratamento da doença no ambiente prisional.

Palavras-chave: Tuberculose. Prisões. Saúde de prisioneiros. Epidemiologia. Gestão em Saúde.

Access, diagnosis and treatment of tuberculosis in the population deprived of liberty in the state of Santa Catarina.

ABSTRACT

Tuberculosis is a pathology of high endemicity especially in the prison system. The present study aimed to identify the access, diagnosis and treatment of tuberculosis in the population deprived of liberty in the state of Santa Catarina. This is a descriptive study with data from the Sinan Reporting System for the period from 2015 to 2018. It was verified that only 11 of the state's 50 prisons have a Prison Health Team (ESP). In the period, 618 cases of tuberculosis were reported, of which 83.49% underwent some diagnostic examination. The percentage of HIV coinfecting was 12.62%. The directly observed treatment (TDO) performed only 69.41% of the cases and a cure rate of 61.32% was obtained. Tuberculosis in the prison system is a public health problem and, in order to cope with it, it needs to formulate and implement actions among the Secretariats of Justice and Health in the adopt and standardize care protocols for the control, diagnosis and treatment of disease in prisons.

Keywords: Tuberculosis. Prisons. Prisoner health. Epidemiology. Health management.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS	
3.1 GERAL.....	12
3.2 ESPECÍFICOS.....	12
4. REVISÃO LITERATURA	
4.1 TUBERCULOSE.....	13
4.2 A TUBERCULOSE E A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.....	15
5. METODOLOGIA.....	18
6. RESULTADOS.....	22
7. DISCUSÃO.....	34
8. CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira apresenta um conjunto de direitos que devem ser instituídos pelo Estado a fim de garantir, democraticamente, a participação popular nas decisões sociais e a consequente melhoria das condições de vida da população. Entre estes direitos garantidos, está o direito à saúde para todos os cidadãos (BRASIL, 1988).

Anteriormente à Constituição de 1988 e da consolidação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma população específica já tinha o direito à saúde garantido por lei: eram as pessoas privadas de liberdade. Este direito está previsto na Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, que estabelece as responsabilidades do Estado e garante direitos assistenciais, como saúde, educação, trabalho, assistência jurídica, social e religiosa às Pessoas Privadas de Liberdade (PPLs) durante o período de prisão (BRASIL, 1984).

Após a regulamentação do SUS e sob a concepção da saúde como direito universal, a população prisional também foi incluída na assistência à saúde a partir do SUS. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) instituído em 2004 foi o marco efetivo desta garantia (BRASIL, 2004).

Esse plano foi instituído considerando as condições desfavoráveis de higiene e insalubridade da maioria das unidades prisionais, bem como as elevadas taxas de prevalência de infecção por HIV/AIDS, tuberculose, hepatites e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Contudo, o plano foi pouco efetivo na prática, considerando a dimensão do nosso país, as diferenças sociodemográficas, o financiamento insuficiente para ações de saúde, falhas de atendimento, dificuldade de acesso à rede (OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS, 2013).

Visando sanar estas dificuldades e melhor operacionalizar a assistência à população privada de liberdade no âmbito do SUS, foi instituída, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem entre seus objetivos o acesso e promoção do cuidado integral e humanizado às PPLs (BRASIL, 2014).

De acordo com a PNAISP, a atenção básica é prestada por Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESPs) visando controlar ou reduzir os agravos mais frequentes que acometem essa população (BRASIL, 2014).

O Brasil tem a quarta maior população prisional do mundo, com 678 mil detentos, ficando atrás apenas dos EUA (2,2 milhões), da China (1,6 milhão) e Rússia (740 mil). A Região Sul do país tem um quantitativo de 87697 presos. Destes, 34098 no Rio Grande do Sul, 31230 no Paraná e 22369 em Santa Catarina (BRASIL, 2017).

O ambiente prisional, devido às suas características, como superlotação e condições insalubres de habitação, favorece a ocorrência de diversos agravos à saúde, dentre eles, a tuberculose (BRASIL, 2011).

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, transmitida, principalmente, por via respiratória. Afeta geralmente os pulmões e pode levar à morte se não tratada. A TB é a segunda maior causa de óbitos no mundo, ficando atrás apenas do HIV. Em 2015 o número mundial estimado de novos casos foi de 10,4 milhões. Nesse mesmo ano, o número estimado de mortes foi de 1,4 milhão. As mortes por tuberculose em pessoas HIV positivas foram de 374 000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

No Brasil, em 2012, a incidência de TB entre privados de liberdade foi 25 vezes maior do que na população em geral. Os casos de TB entre a população privada de liberdade representam 6,8% dos casos notificados no Brasil, embora o sistema prisional corresponda a somente 0,2% da população do país. Outro aspecto a considerar é a incidência da coinfeção TB/HIV, sendo umas das principais causas de morte entre os portadores. Além disso, a saúde no âmbito prisional é um problema de saúde pública, visto que algumas doenças e agravos são bem mais prevalentes nessa população em comparação à população geral (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012; WHO, 2014).

A fim de controlar e reduzir a incidência desta doença, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), organizando as ações estratégicas nos seguintes níveis: atenção à saúde; prevenção; assistência e diagnóstico. Neste contexto, o controle da tuberculose é baseado na busca de casos, no diagnóstico precoce e adequado tratamento, preconizando o Tratamento Diretamente Observado (TDO) com objetivo de interromper a cadeia de transmissão,

aumentar o vínculo profissional-paciente, acompanhar a evolução dos casos e evitar possíveis adoecimentos (BRASIL, 2011).

Contudo, o conhecimento deste agravo endêmico e sobretudo a prevalência na população prisional, que apresenta maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença, é um importante indicador para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde a serem implementadas pelos gestores.

Frente a este cenário, o presente estudo pretende responder a seguinte questão: Como se dão o acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose para a população privada de liberdade no Estado de Santa Catarina?

2. JUSTIFICATIVA

Segundo Nucci (2012, p. 606) prisão é “a *privação da liberdade, tolhendo-se o direito de ir e vir, através do recolhimento da pessoa humana ao cárcere*”. É uma instituição do Estado que proporciona o isolamento dos indivíduos que praticaram algum crime contra a sociedade, utilizando o tempo de pena no preparo do retorno ao convívio social.

Desde a sua implantação no Brasil, as instituições penais apresentam precárias condições de saneamento, o que proporciona um ambiente favorável para a disseminação de doenças infectocontagiosas, dentre elas a tuberculose (TB). A TB nas prisões constitui um importante problema de saúde, especialmente nos países de alta e média endemicidade. Há elevada incidência relacionada ao tratamento irregular e à detecção tardia dos casos. Contribuem para este cenário a superlotação, condições precárias de higiene e conforto, má alimentação, sedentarismo e a falta de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A magnitude deste agravo no ambiente prisional era desconhecida até 2007, quando foi introduzida na ficha de notificação a informação sobre a origem prisional, permitindo uma avaliação em nível nacional. Em 2017, 10,5% (n=7.317) dos casos novos de tuberculose registrados no Brasil foram em pessoas privadas de liberdade. E o risco de adoecimento nesta população foi 25 vezes maior que o da população geral (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na população referida servirá como subsídio para a programação de novos fluxos de trabalho e gestão do cuidado, priorizando ações efetivas, rápidas e resolutivas, a serem implementadas pelos gestores e equipes de saúde que trabalhem no sistema prisional ou não, no diagnóstico, tratamento e acompanhamento precoce deste agravo.

Os resultados obtidos serão apresentados e utilizados, principalmente, pelos gestores e profissionais de saúde que trabalham no sistema penitenciário de Santa Catarina, alertando e contribuindo para a elaboração de estratégias operacionais no combate à tuberculose no ambiente intramuros.

O interesse pelo tema surgiu pelo fato de o pós-graduando trabalhar em uma unidade prisional do oeste de Santa Catarina, local onde há alta incidência de casos de tuberculose, subnotificações, acompanhamento e tratamento irregulares.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Identificar como se dão o acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose na população privada de liberdade no Estado de Santa Catarina.

3.2 ESPECÍFICO

- Identificar o número de casos de tuberculose diagnosticados na população privada de liberdade no estado.

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população prisional do estado.

- Identificar a taxa de cura dos casos de tuberculose nas unidades prisionais.

- Analisar a ocorrência de casos de coinfeção TB/HIV na população prisional.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa antiga com registros desde o antigo Egito. No final do século XIX existiam sanatórios onde os doentes eram tratados, ou melhor, locais de isolamento dos portadores da doença. Sem nenhum convívio social. Posteriormente a evolução dos quimioterápicos possibilitou e possibilita até hoje o adequado tratamento da doença em nível ambulatorial (BRASIL, 2011).

A evolução do conhecimento científico acerca da tuberculose deve-se às exitosas pesquisas de Hermann Heinrich Robert Koch, que, em 1882, identificou o *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), bacilo causador da tuberculose, o qual ficou conhecido como Bacilo de Koch (BK) em homenagem ao seu descobridor (DANIEL, 2006).

A descoberta de Koch contribuiu para a realização de novas pesquisas e décadas depois possibilitou o desenvolvimento de uma vacina pelos cientistas Albert Calmette e Camille Guérin, em 1908, os quais isolaram uma cepa do bacilo da TB que ficou conhecido como Bacilo Calmette-Guérin, de onde surgiu o nome “BCG”. No ano seguinte, Florence Seibert desenvolveu o teste diagnóstico derivado proteico purificado (PPD), utilizado até os dias atuais. A vacina foi aplicada pela primeira vez em 1921 e hoje é a principal medida de prevenção contra a doença (GONÇALVES, 2009).

Em 2016, foram diagnosticados e registrados 66.796 casos novos e 12.809 casos de retratamento de tuberculose no Brasil. Outro aspecto a considerar é a incidência da coinfeção TB/HIV, sendo umas das principais causas de morte entre os portadores. Nesse mesmo ano a incidência de casos de tuberculose por 100 mil habitantes foi de 32,4 no país. A porcentagem de realização de testagem para HIV nesses novos casos foi de 73,2 (BRASIL, 2018)

A TB pode apresentar duas formas. A primeira é a tuberculose pulmonar, que, além de ser mais frequente, é responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. É indispensável a busca ativa de casos sintomáticos respiratórios e, conseqüentemente, diagnóstico precoce e início do tratamento. A tosse, acompanhada

com muco ou sangue, dor torácica, fraqueza ou cansaço, perda de peso, febre e sudorese noturna são sinais característicos da tuberculose pulmonar ativa. O escarro sanguinolento está associado a estágios finais da TB. Na forma latente, não há manifestação de sintomas. Já a tuberculose extrapulmonar tem seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos e/ou sistemas acometidos. Sua ocorrência aumenta entre pacientes com imunocomprometimento grave, principalmente naqueles com AIDS (WHO, 2016).

A pesquisa bacteriológica é um método simples, de baixo custo e prioritário para o diagnóstico, monitoramento, evolução e tratamento da doença. Realizada através da baciloscopia direta de escarro pelo método de Ziehl-Neelsen, no qual os bacilos álcool-ácidos resistentes – BAARs são corados de vermelho em um fundo azul. São complementares ao diagnóstico a cultura de escarro, a prova tuberculínica (Mantoux) e o exame radiológico (BRASIL, 2011).

Em 1979, o Brasil preconizou um sistema de tratamento dos novos casos de TB composto pelos seguintes fármacos: **R** – rifanpicina, **H** – isoniazida e **Z** – pirazinamida por dois meses e **R** – rifanpicina, **H** – isoniazida por mais quatro meses (2RHZ/4RH). Em 2009, analisando o inquérito de resistência aos medicamentos antiTB, foi introduzido **E** – etambutol como quarto fármaco no tratamento da tuberculose em adultos, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 – Esquema básico para tratamento de TB pulmonar em adultos e adolescentes

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DA TB EM ADULTOS E ADOLESCENTES				
Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
Fase intensiva 2 RHZE	R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg comprimido em dose fixa combinada.	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
Fase de manutenção 4 RH	R 300mg, H 200mg ou R 150mg, H 100mg.	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula R 300, H 200mg	4
		36kg a 50kg	1 comprimido ou cápsula R 300, H 200mg + 1 comprimido ou cápsulas R 150, H 100mg	
		> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas R 300, H 200mg	

Fonte: adaptado pelo autor de Brasil 2011, p 64.

O esquema básico de tratamento para crianças < 10 anos permanece como o esquema antigo, conforme abaixo:

Quadro 2 – Esquema básico tratamento TB pulmonar < 10 anos

Regime	Fármacos e doses (mg)	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses do tratamento
2RHZ Fase intensiva	R/H/Z	Até 20 kg 20 a 35 kg 36 a 50 kg > 50 kg	10/10/35 mg/kg peso 300/200/1.000 mg/dia 450/300/1.500 mg/dia 600/400/2.000 mg/dia	2
4RH Fase de manutenção	R/H	Até 20 kg 20 a 35 kg 36 a 50 kg > 50 kg	10/10 mg/kg/dia 300/200 mg/dia 450/300 mg/dia 600/400 mg/dia	4

Fonte: adaptado pelo autor de Brasil 2011, p 64.

4.2 A TUBERCULOSE E A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

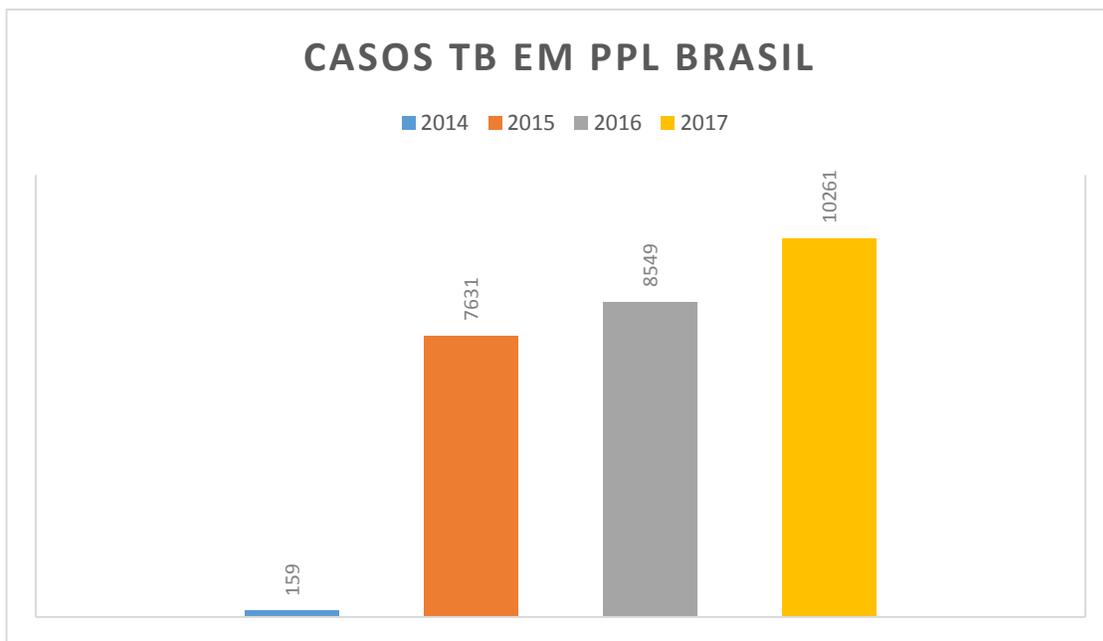
O Brasil tem a quarta maior população prisional do mundo, com 678 mil detentos em 2657 estabelecimentos penais, ficando atrás apenas dos EUA (2,2 milhões), da

China (1,6 milhões) e Rússia (740 mil). Mais da metade dessa população é de jovens de 18 a 29 anos e 64% são negros (BRASIL, 2019).

O sistema prisional brasileiro ainda encontra dificuldades que obstaculizam a sua adequada operacionalização e, conseqüentemente, o cumprimento do seu objeto social. Celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação natural, exposição frequente à microbactéria da TB em ambiente fechado, falta de informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde são alguns dos fatores de risco relacionados ao encarceramento (BRASIL, 2013).

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) demonstram aumento gradual de notificações dos casos de tuberculose em PPLs, conforme abaixo:

Gráfico 1 – Casos confirmados de TB em PPLs Brasil



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

Em se tratando de uma população vulnerável e de um ambiente de maior prevalência deste agravo, o acesso ao diagnóstico e tratamento está atrelado à disponibilidade de profissionais de saúde, exames laboratoriais e de acompanhamento dos casos. Neste sentido, os Ministérios da Justiça e da Saúde publicaram, em 2 de

janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem entre seus objetivos o acesso e promoção do cuidado integral e humanizado às PPLs (BRASIL, 2014). A Equipe de Saúde Prisional (ESP), estruturada a partir da PNAISP, é responsável pela prestação da assistência e acompanhamento da saúde das PPLs. Cabe a esta equipe identificar, diagnosticar e tratar precocemente os agravos. Este acompanhamento é fator determinante, que, além do diagnóstico precoce, possibilita a efetividade do tratamento. O TDO é uma estratégia que também oferece maior acolhimento ao doente, melhor adesão, com aumento da cura e redução de abandono ao tratamento.

Além do agravo em questão, os privados de liberdade que vivem com HIV são mais vulneráveis, pois a infecção é um fator de risco para o desenvolvimento da TB (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012). Por isso a necessidade de testagem de HIV em 100% dos indivíduos com tuberculose ativa.

Estudo de Macedo et al. (2017) mostra apenas uma porcentagem de 61,1% casos de TB testados para sorologia do HIV e a mesma proporção dos que realizaram o TDO. O estudo ainda aponta maior prevalência dos casos de TB em PPLs em indivíduos do sexo feminino. Em relação à raça/cor, predomina a indígena, seguida da amarela. Na categoria de escolaridade, indivíduos com 1 a 4 anos de estudo apresentaram prevalência mais elevada do que os demais.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal-descritivo, pois analisa dados coletados ao longo de um período de tempo em uma determinada população (FONSECA, 2002).

Os dados foram coletados através da consulta à base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>). Informações referentes às Equipes de Saúde Prisional foram obtidas no *site* do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) <http://cnes.datasus.gov.br>. No que se refere às unidades prisionais, os dados foram coletados no *site* do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), disponível no *link* http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php

A amostra foi composta por 618 casos diagnosticados de tuberculose em unidades prisionais, notificados ao SINAN no período de 2015 a 2018 no Estado de Santa Catarina (SC). A busca de dados ocorreu utilizando-se os seguintes filtros:

- Ano: 2015-2018;
- Pessoa Privada de Liberdade (PPL);
- Município de notificação;
- Idade;
- Sexo;
- Escolaridade;
- Confirmação laboratorial;
- Tipo de entrada;
- HIV;
- TDO realizado;
- Situação de encerramento.

O campo de estudo foi o sistema prisional catarinense, que possui 50 estabelecimentos penais, conforme apresentado na Tabela 1, distribuídos em 34 municípios. Dispondo de 17546 vagas, uma população carcerária de 23829 e um déficit de 4203 vagas.

Tabela 1 – Descrição dos estabelecimentos penais de SC

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	QUANT. PRESOS	QUANT. VAGAS	DÉFICIT VAGAS
ARARANGUÁ	PRESÍDIO REGIONAL DE ARARANGUÁ	244	360	116
BARRA VELHA	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE BARRA VELHA	108	88	-17
BIGUAÇU	PRESIDIO MASCULINO DE BIGUAÇU	46	183	36
BLUMENAU	PENITENCIÁRIA INDUSTRIAL DE BLUMENAU	611	621	7
	PRESÍDIO REGIONAL DE BLUMENAU	451	1290	394
BRUSQUE	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE BRUSQUE	87	137	52
CAÇADOR	PRESÍDIO REGIONAL DE CAÇADOR	96	364	173
CAMPOS NOVOS	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE CAMPOS NOVOS	72	135	62
CANOINHAS	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE CANOINHAS	109	205	99
CHAPECÓ	PENITENCIÁRIA AGRÍCOLA DE CHAPECÓ	1132	1126	-27
	PENITENCIÁRIA INDUSTRIAL DE CHAPECÓ	599	597	-6
	PRESÍDIO REGIONAL DE CHAPECÓ	360	361	-1
	PENITENCIÁRIA FEMININA CHAPECÓ	120	280	- 160
CONCÓRDIA	PRESÍDIO REGIONAL DE CONCÓRDIA	169	201	31
CRICIÚMA	PENITENCIÁRIA FEMININA DE CRICIÚMA	286	271	-15
	PENITENCIARIA SUL DA COMARCA DE CRICIÚMA	616	713	97
	PRESÍDIO REGIONAL DE CRICIÚMA	696	902	217
CURITIBANOS	PENITENCIÁRIA DA REGIÃO DE CURITIBANOS	800	892	87
	PENITENCIÁRIA INDUSTRIAL DE SÃO CRISTÓVÃO DO SUL	599	802	200
FLORIANÓPOLIS	CASA ALBERGADO DE FLORIANÓPOLIS	80	827	-13
	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	73	75	8
	PENITENCIÁRIA DE FLORIANÓPOLIS	1402	1406	-1
	PRESÍDIO FEMININO DE FLORIANÓPOLIS	127	65	-63
	PRESÍDIO MASCULINO DE FLORIANÓPOLIS	256	243	27
IMBITUBA	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE IMBITUBA	141	146	6
INDAIAL	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE INDAIAL	94	116	22
ITAJAÍ	PENITENCIÁRIA COMPLEXO PENITENCIÁRIO DO VALE DO ITAJAÍ	1160	1376	206
	PRESÍDIO COMPLEXO PENITENCIÁRIO DO VALE DO ITAJAÍ	696	1106	402
	PRESIDIO REGIONAL DE ITAJAÍ	198	259	60
ITAPEMA	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE ITAPEMA	135	162	27
JARAGUÁ DO SUL	PRESÍDIO REGIONAL DE JARAGUÁ DO SUL	349	546	196
JOAÇABA	PRESÍDIO REGIONAL DE JOAÇABA	131	246	117

JOINVILLE	PENITENCIÁRIA INDUSTRIAL DE JOINVILLE	670	674	3
	PRESÍDIO REGIONAL DE JOINVILLE	664	966	312
LAGES	PRESÍDIO MASCULINO DE LAGES	352	506	154
	PRESÍDIO REGIONAL DE LAGES	104	963	243
LAGUNA	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE LAGUNA	97	123	26
MAFRA	PRESÍDIO REGIONAL DE MAFRA	133	198	65
MARAVILHA	CADEIA PÚBLICA DE MARAVILHA	90	107	18
PORTO UNIÃO	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA PORTO UNIÃO	92	158	66
RIO DO SUL	PRESÍDIO REGIONAL DE RIO DO SUL	213	297	91
SÃO FRANCISCO DO SUL	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE SÃO FRANCISCO DO SUL	177	185	8
SÃO JOSÉ	COLÔNIA PENAL AGRÍCOLA DE PALHOÇA	500	496	-4
	PENITENCIÁRIA DE SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA	1290	1326	-4
SÃO JOSÉ DO CEDRO	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE SÃO JOSÉ DO CEDRO	91	108	16
SÃO MIGUEL DO OESTE	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE SÃO MIGUEL D'OESTE	96	119	24
TIJUCAS	PRESÍDIO REGIONAL DE TIJUCAS	155	331	175
TUBARAO	PRESÍDIO REGIONAL DE TUBARÃO	468	694	224
VIDEIRA	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE VIDEIRA	72	201	130
XANXERE	PRESIDIO DE XANXERÊ	74	293	221

Fonte: CNJ, jan. 2019

Com relação à assistência à saúde, apenas 11 unidades prisionais possuem cadastro de Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP) (Tabela 2). Nas demais, a assistência é prestada por equipes de saúde da atenção básica ou, nos estabelecimentos com menor número de detentos, são atendidos em unidades básicas de saúde próximas à unidade penal, principalmente em situações agudas, exceto o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Florianópolis.

Tabela 2 – Unidades prisionais com EABP no Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	ADM	EQUIPE PRISIONAL
ARARANGUÁ	9232559	PRESÍDIO REGIONAL DE ARARANGUÁ	E	
BLUMENAU	6930069	AMBULATÓRIO DO PRESÍDIO REGIONAL DE BLUMENAU	M	EABP III
BRUSQUE	9584293	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE BRUSQUE	M	
CAMPOS NOVOS	7822766	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE CAMPOS NOVOS	M	EABP I
CHAPECÓ	7531427	UNIDADE DE SAÚDE PENITENCIÁRIA AGRÍCOLA DE CHAPECÓ	M	EABP III
CRICIÚMA	9442464	PRESÍDIO REGIONAL DE CRICIÚMA	M	
CRICIÚMA	9358900	PENITENCIÁRIA SUL	M	
CRICIÚMA	9442421	PENITENCIÁRIA SUL FEMININA	M	
FLORIANÓPOLIS	7403410	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	M	
ITAJAÍ	7310846	CPVI COMPLEXO PENITENCIÁRIO DO VALE DO ITAJAÍ	M	EABP III
ITAJAÍ	2744988	PRESÍDIO DOM BOSCO	M	
ITAJAÍ	7353782	COMPLEXO PENITENCIÁRIO VALE DO ITAJAÍ	M	EABP III
JARAGUÁ DO SUL	2820439	PRESÍDIO JARAGUÁ DO SUL	M	EABP II
JOINVILLE	7911467	PRESÍDIO REGIONAL DE JOINVILLE	M	EABP III
JOINVILLE	6339638	PENITENCIÁRIA INDUSTRIAL JUCEMAR CESCONETTO	M	
LAGES	7724683	REVIVER ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL PRIVADA LTDA.	M	
PORTO UNIÃO	7587562	UNIDADE PRISIONAL AVANÇADA DE PORTO UNIÃO	M	EABP I
RIO DO SUL	9035842	EQUIPE DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL	M	EABP II
SÃO CRISTOVÃO DO SUL	7963947	UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL DE SÃO CRISTÓVÃO DO SUL	M	
SÃO FRANCISCO DO SUL	7782829	ESP EQUIPE SAÚDE PRISIONAL DE SÃO FRANCISCO DO SUL	M	EABP I
SÃO MIGUEL DO OESTE	9294333	ESP SISTEMA PRISIONAL	M	EABP I
TUBARÃO	3032043	PRESÍDIO REGIONAL DE TUBARÃO	M	

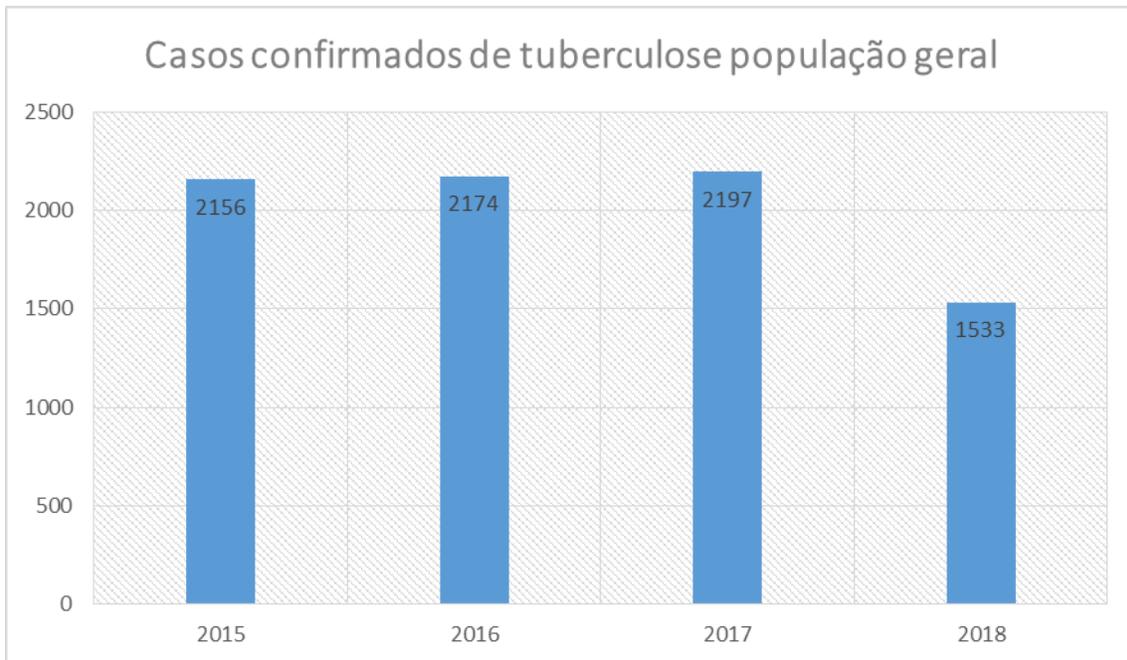
Fonte: CNES, jan. 2019

Os dados coletados foram apropriados em uma planilha Excel versão 2013 e para análise foi utilizada a estatística descritiva, com apresentações gráficas, porcentagem, taxas de prevalência e incidência.

6. RESULTADOS

A tuberculose ainda é uma doença com alta incidência de casos na população geral. Durante o período compreendido entre os anos de 2015 e 2017 o número de casos novos diagnosticados manteve-se relativamente estável, em torno de 2170 casos. No ano de 2018 observa-se um número significativo de casos confirmados, mesmo que os dados oficiais terem sua base de dados atualizada até o mês de outubro desse ano, conforme gráfico abaixo.

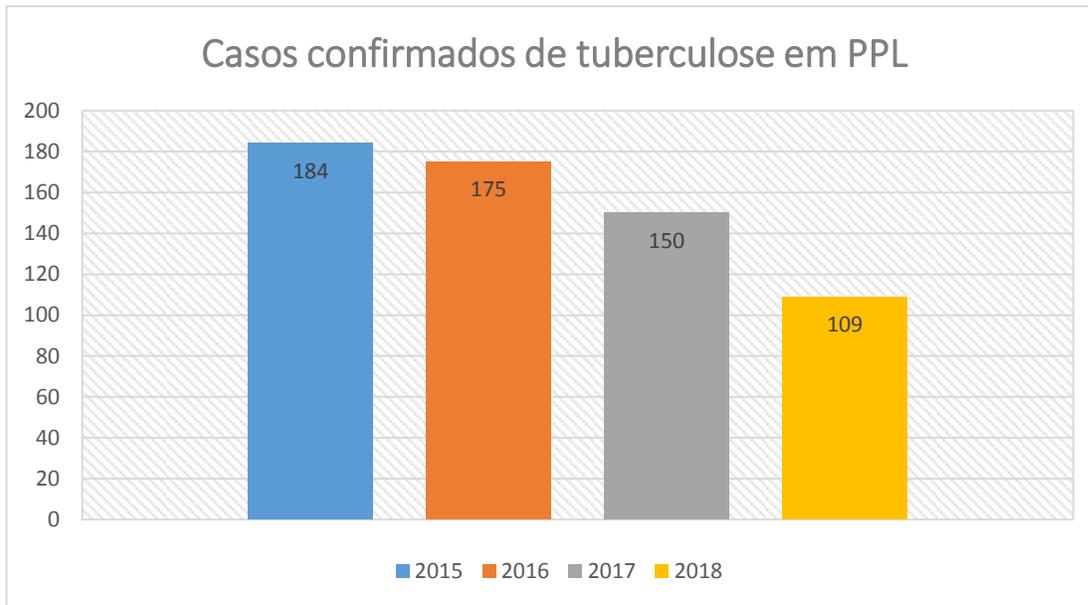
Gráfico 2 – Casos confirmados de tuberculose em SC (2015-2018)



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

Na população em estudo, no período entre 2015 e outubro de 2018, foram registrados 618 casos de tuberculose. Verifica-se um decréscimo nos casos confirmados entre 2015 (184 casos) e 2017 (150 casos).

Gráfico 3 – Casos confirmados de tuberculose em PPLs (2015-2018)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

Dos 618 casos confirmados, 83,49% destes realizaram algum exame laboratorial dentre os preconizados pelo protocolo do Ministério da Saúde. Porém o número de casos diagnosticados clinicamente é um indicativo de falha na detecção precoce destes.

Gráfico 4 – Casos confirmados com realização de exames laboratoriais (2015-2018)

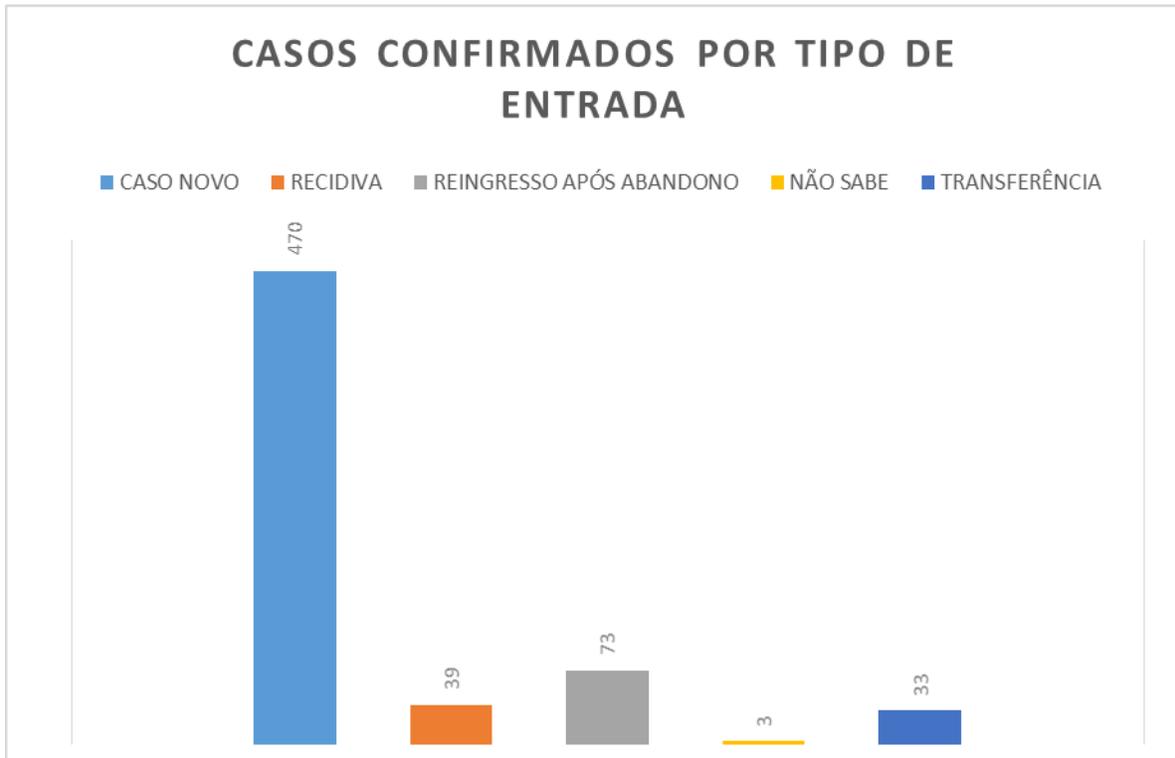


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

Do total de casos, 76,05% foram diagnosticados pela primeira vez quando rastreados dentro do sistema prisional.

Gráfico 5 – Casos confirmados por tipo de entrada (2015-2018)



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

O município com maior número de casos notificados foi Florianópolis (Tabela 3), seguido de Blumenau e Itajaí, sendo estes responsáveis por um total de 378 casos, correspondendo a 61,16% dos diagnósticos no período. Estes três municípios somados possuem uma população prisional de 7162 pessoas, correspondendo a 30,05% do total de presos do Estado de Santa Catarina.

Tabela 3 - Casos confirmados de tuberculose por município de notificação

MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	NÚMERO DE CASOS
Araranguá	6
Blumenau *	120
Canoinhas	05
Chapecó *	24
Concórdia	01
Criciúma	33
Curitibanos	15
Florianópolis	149
Itajaí **	109
Ituporanga	01
Joaçaba	02
Joinville *	90
Lages	07
Rio do Sul *	02
São Bento do Sul	01
São Miguel do Oeste *	02
Tijucas	06
Tubarão	40
Xanxerê	05
Total	618

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

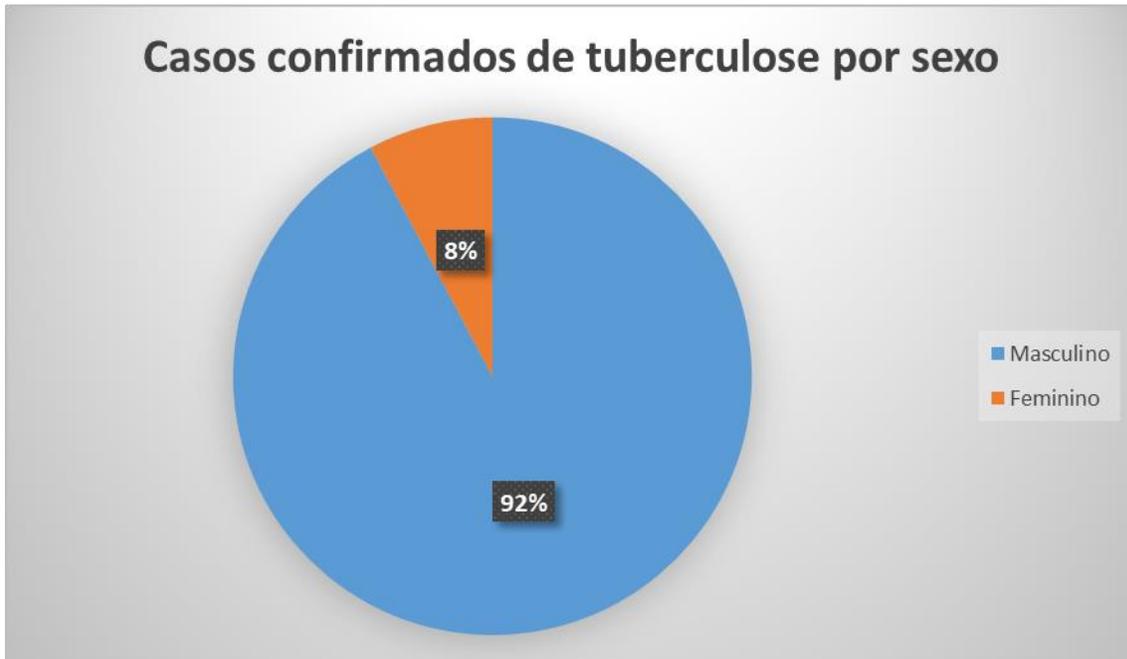
1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

* Municípios com EABP.

** Estabelecimento com mais de uma EABP.

Na análise por sexo, observou-se um predomínio do sexo masculino com 92% (570 casos) e apenas 8% do sexo feminino (48 casos).

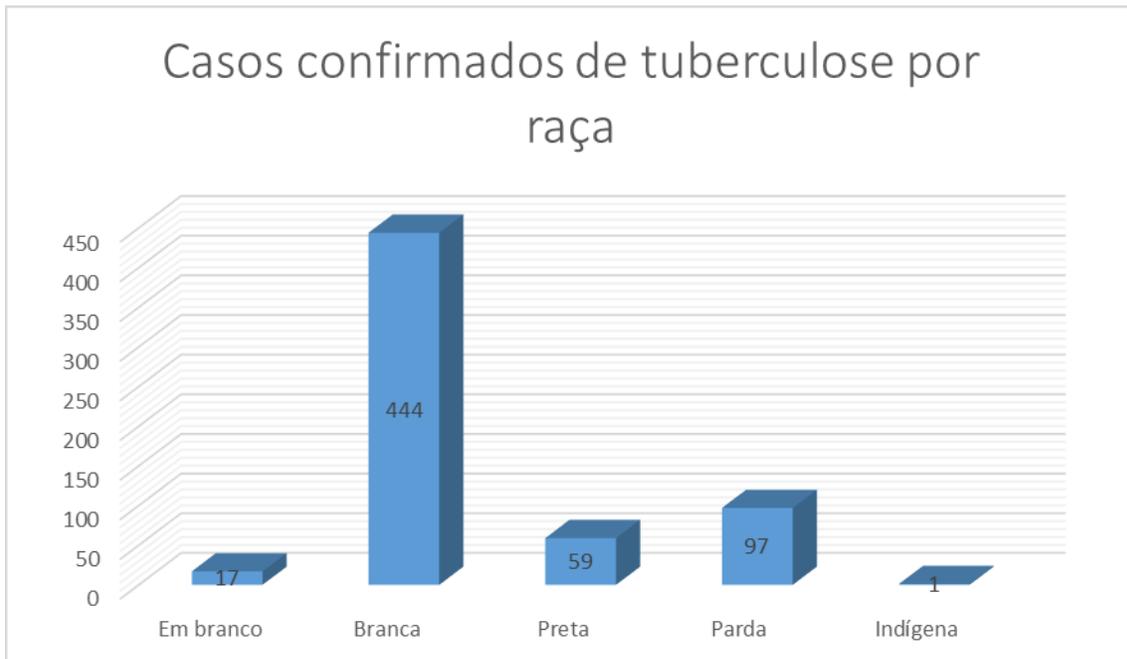
Gráfico 6 – Casos confirmados de TB em PPLs segundo o sexo (2015-2018)



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

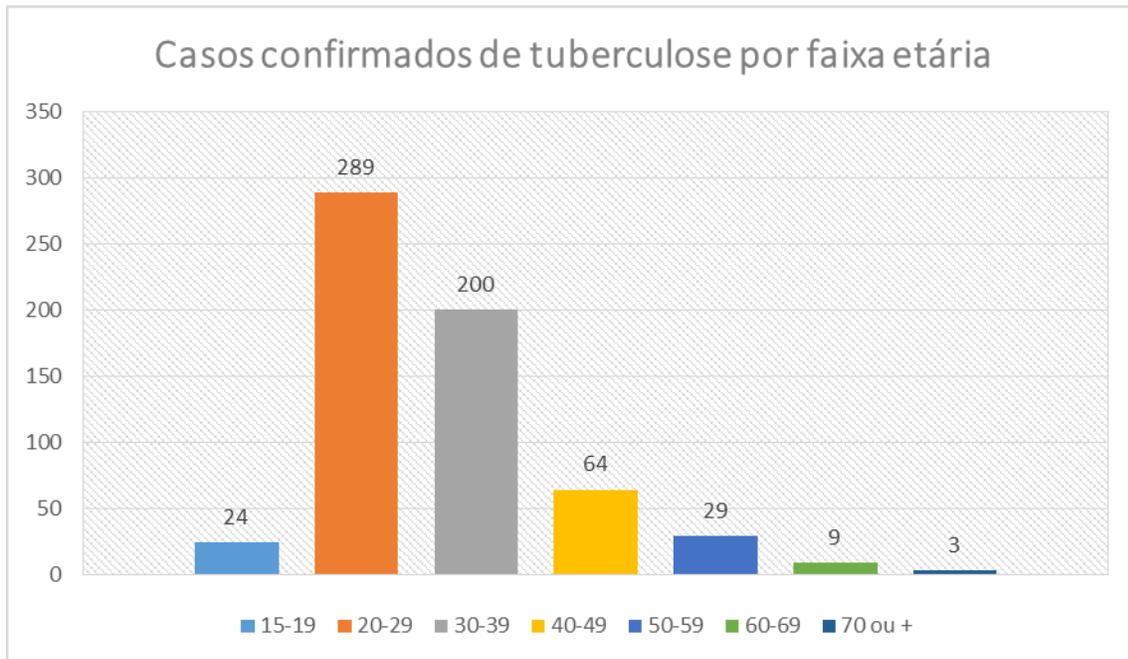
Referente à raça/cor da pele, dos casos confirmados, predomina a branca, seguida da parda com 71,84% e 15,69, respectivamente.

Gráfico 7 – Casos confirmados de TB em PPLs por raça (2015-2018)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

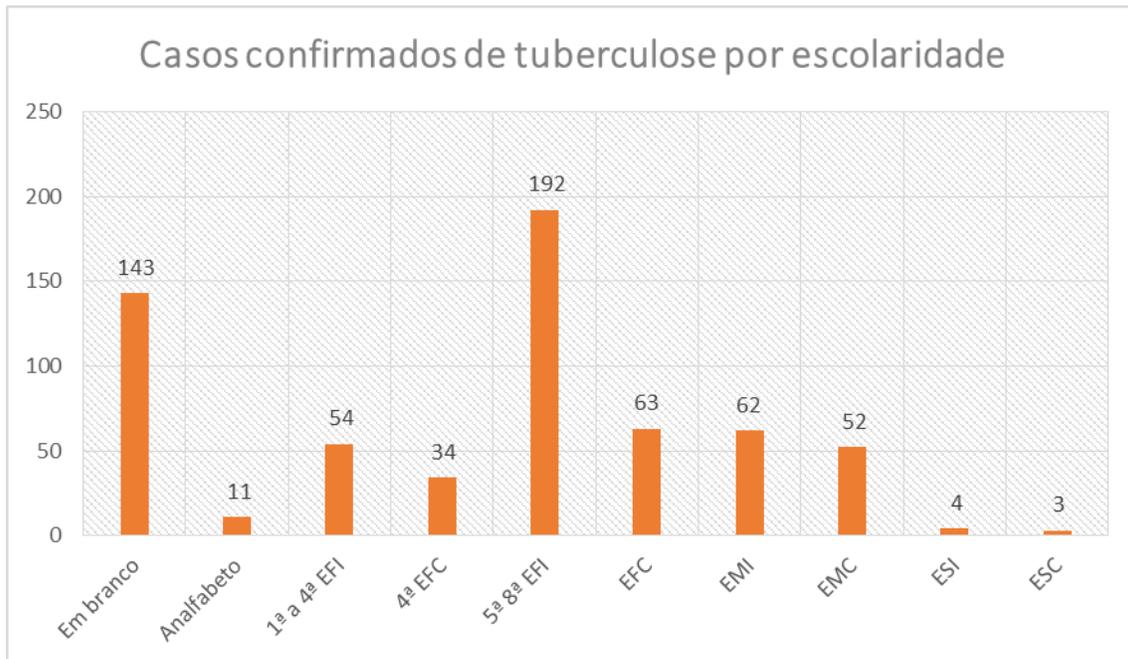
Em relação aos casos confirmados, segundo a faixa etária, (79,12%) concentra-se em indivíduos entre 20 e 39 anos. Há que se destacar o número de casos em indivíduos com 60 ou mais anos de idade (1,94%).

Gráfico 8 – Casos confirmados de tuberculose em PPLs por faixa etária (2015-2018)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

Referente à escolaridade, observam-se diferentes níveis de instrução, com maior número de casos concentrados entre a 5^a e 8^a séries do ensino fundamental incompleto. Observa-se o relevante número de casos em que a escolaridade não foi informada (143), correspondendo a 23,3%.

Gráfico 9 – Casos confirmados de TB em PPLs segundo a escolaridade (2015-2018)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

Com relação à realização do tratamento diretamente observado, é expressivo o número de casos em que se utilizou deste recurso para acompanhamento e otimização da intervenção em saúde, totalizando 69,41% dos casos diagnosticados.

Gráfico 10 – Casos confirmados com TDO realizado (2015-2018)

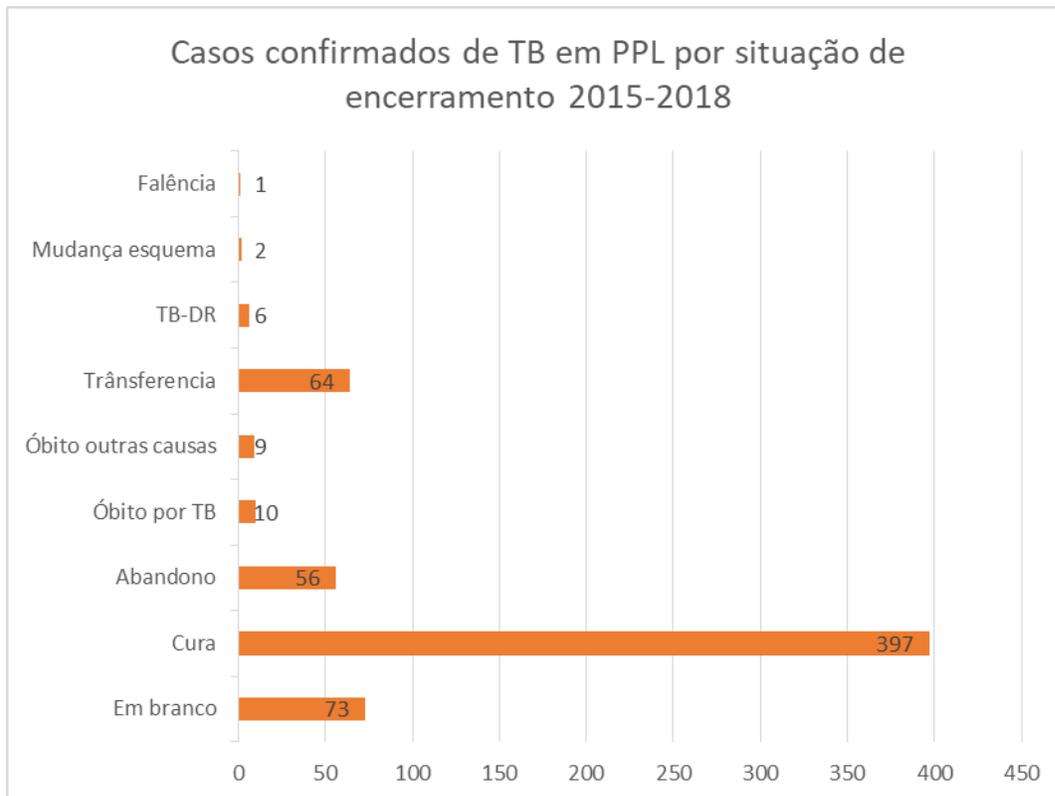


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

Analisando a situação de encerramento dos casos, a taxa de cura no período foi de 61,32%, significativa neste cenário, porém aquém dos índices preconizados pelas organizações de saúde. Relevantes também os casos de transferência, característica intrínseca do sistema prisional, e abandono, em virtude da finalização de sua passagem pelo sistema penal e ruptura de vínculo.

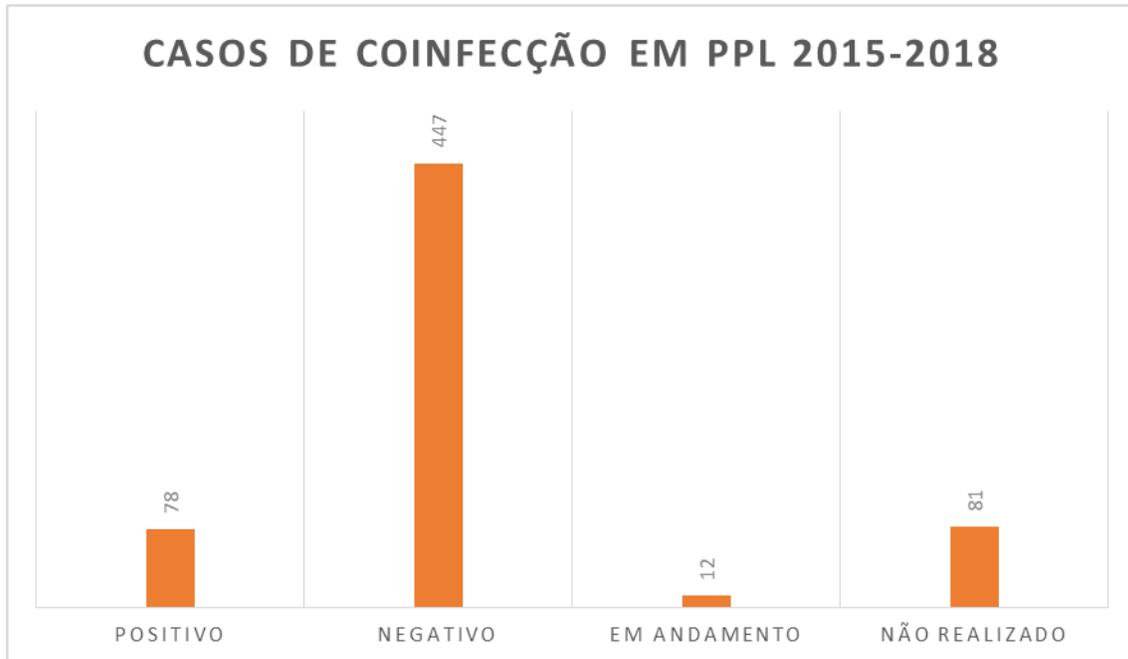
Gráfico 11 – Casos confirmados de TB em PPLs por situação de encerramento (2015-2018)



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

Dos 618 casos, 84,95% foram testados quanto ao HIV e, dentre eles, 12,62% eram portadores do referido vírus. Observamos que 81 casos não tiveram rastreamento, o que poderia ocultar um número relativamente superior de coinfetados.

Gráfico 12 – Casos de coinfeção em PPLs (2015-2018)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Acesso em jan. 2019.

1. Dados de 2015 a 2018 atualizados em 10/2018, sujeitos à revisão.

7. DISCUSSÃO

A população do estudo é caracterizada por jovens entre 20 e 39 anos, predominantemente do sexo masculino, com baixa escolaridade e de raça/cor da pele branca. Estas características demonstram o perfil da população prisional do estado e refletem o panorama geral em nosso país, como observado nos dados do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões (2018), onde 95% (572.764) são homens e 42,03% (87835) são de cor/raça branca. Pessoas analfabetas, alfabetizadas informalmente e aqueles que têm até o ensino fundamental completo representam 72,13% da população prisional.

Devem-se destacar ainda dois fatores significativos: primeiro, que entre homens jovens está a maior taxa de criminalidade influenciando nas estatísticas relacionadas à mortalidade e morbidade. E, segundo, que o homem culturalmente apresenta uma forma peculiar de se relacionar com o sistema de saúde, questão mais sensível ainda nas camadas menos favorecidas da sociedade, o que favorece a alta endemicidade da tuberculose nesta população, agravo este que na maioria das vezes só é rastreado pelo serviço de saúde quando do ingresso do recluso no sistema prisional.

Em Santa Catarina, dos 50 estabelecimentos penais para maiores de idade, somente 11 destes possuem equipes de atenção básica prisional vinculadas à política. O acesso ao sistema e serviços de saúde constitui, para a população do estudo, uma necessidade primária dentro deste ambiente diferenciado em relação aos demais cidadãos, pois, segundo Machado (2009), “o ambiente carcerário é um lugar impróprio para se conseguir algum benefício ou ressocialização do indivíduo”. Outra questão que diferencia esta situação é a relação jurídica distinta advinda da responsabilidade do Estado pela integridade física e psicossocial regulamentada por leis específicas. Em relação à saúde, apesar de haver um plano nacional de saúde no sistema prisional (2004) e uma política específica para os PPLs (2014), a implementação das ações sofre com problemas relacionados à gestão, infraestrutura, recursos materiais e humanos e diálogo entre as diversas áreas do Estado envolvidas (BRASIL, 2004; 2014).

Referente ao diagnóstico de TB, 83% realizaram algum dos exames diagnósticos preconizados pelo Ministério da Saúde (exame de escarro, cultura de escarro e/ou raio x de tórax). Os demais, 17%, foram diagnosticados clinicamente, o que representa uma

falha na detecção precoce dos casos. A incidência de casos no estudo foi de 1,95% (1.958 por 100.000). Em comparação a estudos em países desenvolvidos, como, por exemplo, a França (Hanau-Berçot et al. 2000), onde foi identificada uma incidência de 215 casos em 100.000 presos, constata-se uma incidência nove vezes menor do que a encontrada em nosso estado. Já, em um estudo chileno (Aguilera et al. 2016), foi apurado uma incidência de 123,9 por 100.000, novamente inferior à do presente estudo. Em comparação a outros estados brasileiros, em um estudo no Mato Grosso do Sul (Carbone et al. 2018), identificaram uma incidência de 1.839 por 100.000 habitantes, muito próxima à do presente estudo.

A alta rotatividade dos detentos dentro da unidade penal e entre as demais unidades, esta condição contribui por aumentar ainda mais a transmissibilidade e o número de pessoas exposta ao bacilo. Além dos detentos, incluem-se os profissionais de segurança, saúde, educação e os familiares que regularmente visitam o sistema. Por estas circunstâncias, a tuberculose no sistema prisional é considerada um problema social, ultrapassando as fronteiras do cárcere.

Outro fator de risco que favorece o desenvolvimento da TB são os casos de coinfeção por HIV. Dos 618 casos de TB do estudo, 78 indivíduos (12,62%) eram coinfectados, e a testagem foi realizada em 84,95% do total de casos. Observou-se que 81 casos não foram rastreados, o que poderia ocultar um número relativamente superior de coinfectados. Em 2015, no Brasil, dos apenas 68,9% casos novos de TB que foram testados para HIV, 9,7% corresponderam a pessoas com a coinfeção TB-HIV. O MS preconiza a testagem para o HIV em 100% dos casos de TB, tendo em vista a íntima relação entre as patologias (BRASIL, 2016).

Há, nesse sentido, a necessidade do conhecimento da situação da coinfeção TB/HIV para planejar a assistência adequada. O manejo do tratamento para TB na coinfeção tem suas particularidades relacionados ao uso concomitante de medicamentos para controle e cura destas doenças, diretamente relacionados ao grau de adesão ao tratamento pelo indivíduo (BRASIL, 2013).

Nesse cenário, o TDO, é uma estratégia que oferece maior acolhimento, melhor adesão, com aumento da cura e redução de abandono do tratamento (BRASIL, 2011). Na população em estudo, 69,41% se utilizaram deste instrumento. A não adesão a este

método pode estar relacionada ao fato, por parte do profissional de saúde, de não identificar a necessidade do doente (lembrando que a grande maioria dos detentos apresenta baixo nível de instrução), pela indisponibilidade de profissionais de saúde nas unidades penais e se priorizar, no sistema penal, a questão de segurança, envolvendo a movimentação do detento e o conseqüente aumento no número de agentes de segurança.

Contudo, a taxa de cura para os casos de tuberculose da população em estudo foi de 61,32%, conforme a situação de encerramento abaixo da média brasileira, que é de 73,5% (DE ALMEIDA WINTER; GARRIDO, 2017). Influenciam este percentual os casos de abandono (56 casos), primeiramente, pelo fato de que, após cessados os sintomas no primeiro ou segundo mês de tratamento, o doente tem percepção de melhora e não vê necessidade de continuar até o fim. Segundo, por situações de fuga do sistema penal e perda do vínculo com a unidade e profissionais de saúde. Outro fator importante, neste contexto, são os casos de transferências (64 casos), em que a falta de comunicação referente às condições de saúde do detento, entre as unidades penais torna-se um obstáculo, retardando ou interrompendo o processo de tratamento. Estas são algumas das condições que colaboram para os casos de tuberculose drogárresistente, que inevitavelmente refletem no aumento do tempo, custo, adesão ao tratamento e cura da doença. A tuberculose se não tratada, pode levar ao óbito. Foram 10 casos de óbito por TB no período do estudo. No Brasil, em 2016, foram registrados 4.426 óbitos por tuberculose (BRASIL, 2018).

8. CONCLUSÃO

Pode-se verificar, com o estudo, que o acesso ao sistema e serviços de saúde para a população prisional, no Estado de Santa Catarina, é feito de forma parcial. Considerando que há uma política de saúde específica para esta população, apenas 11 dos 50 estabelecimentos penais dispõem de equipe de saúde prisional.

Identificou-se um número significativo de casos de tuberculose no período em estudo e que em alguns deles o diagnóstico foi realizado tardiamente. Significativos também são os casos de coinfeção, que necessitam manejo particular para tratamento das doenças.

Em relação à taxa de cura, o estado situou-se, no período, abaixo da média nacional. Reflexo disso são as próprias características sociodemográficas da população, de infraestrutura prisional e falta de adoção e uniformização de protocolos de assistência à saúde no momento da entrada no sistema prisional.

O estudo respondeu aos objetivos propostos, identificando 618 casos de tuberculose, uma taxa de cura de 61,32% e o percentual de 12,62% de casos coinfectados pelo HIV. Proporcionou também, verificar a forma de acesso ao sistema e serviços de saúde através das equipes de saúde prisional ou equipes de atenção básica.

Importante destacar que o não preenchimento ou preenchimento incompleto dos campos da ficha de notificação e atualização até outubro de 2018, do número de casos no SINAN, foram fatores limitantes desta investigação. Provavelmente ocultando um número superior de casos de tuberculose e coinfeção pelo HIV na população privada de liberdade no estado.

Esta análise contribui para evidenciar ainda mais a problemática deste agravo no sistema prisional do estado e a necessidade de pactuação de parcerias entre as Secretarias de Justiça e Saúde do estado e gestores de saúde dos municípios para elaboração e implementação de medidas de controle da doença, fortalecendo os sistemas de referência entre as esferas. Ainda, este será apresentado ao Grupo Condutor da Política de Saúde Prisional do estado para conhecimento da situação e elaboração de ações estratégicas para enfrentamento da tuberculose nas unidades prisionais catarinenses.

Espera-se que este trabalho motive outros profissionais e pesquisadores a aprofundarem o conhecimento a respeito da temática a partir da realidade local de trabalho, implementando fluxos para uma assistência segura e efetiva no controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

- AGUILERA, X. P. et al. Tuberculosis in prisoners and their contacts in Chile: estimating incidence and latent infection. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 20, n. 1, p. 63-70, 2016.
- BRASIL. Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei n. 72210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jul. 1984. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7210-11-julho-1984-356938-normaatualizada-pl.pdf> Acesso em 05 Mai. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Justiça, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 de jan. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html Acesso em 05 Mai. 2018.
- _____. Ministério de Justiça. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais. Brasília: Ministério da Justiça, 2018. Disponível em: < http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php > . Acesso em 05 Jan. 2019.
- _____. 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. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf Acesso em 07 mai. 2018.
- _____. Ministério Público Federal. Conselho Nacional do Ministério Público. A visão do Ministério Público Brasileiro Sobre o Sistema Prisional Brasileiro. Brasília: MPF, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 49 Nº 11. Mar. 2018. Disponível em <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf> Acesso em Mai. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. vol. 47, nº 13, 2016. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf> Acesso em Fev. 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Banco Nacional de Monitoramento de Prisões – BNMP 2.0: Cadastro Nacional de Presos, Conselho Nacional de Justiça, Brasília, agosto de 2018. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2018/08/987409aa856db291197e81ed314499fb.pdf> Acesso em Abr. 2019.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/> Acesso em Jan. 2019.

CARBONE, A.S.S. et al. Estudo multicêntrico da prevalência de tuberculose e HIV na população carcerária do Estado do Mato Grosso do Sul. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 01, p. 53-57, 2018.

DANIEL, T.M. **Captain of Death: the story of tuberculosis**. NY: University of Rochester Press; 2006.

DE ALMEIDA WINTER, B. C; GARRIDO, R. G. La tuberculosis en el cárcel: un retrato de las adversidades del sistema prisional brasileño. **Med. leg. Costa Rica**, v.34, n.2, p.20-31, 2017.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. **Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfeções no Sistema Prisional**. Brasília: UNODC, 2012.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GONÇALVES, B.D. Perfil Epidemiológico da Exposição à Tuberculose em um Hospital Universitário: uma proposta de monitoramento da doença. Rio de Janeiro, 2009. 93f. Dissertação (Mestrado, Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz.

HANAU-BERCOT, B. et al. A one-year prospective study (1994–1995) for a first evaluation of tuberculosis transmission in French prisons. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 4, n. 9, p. 853-859, 2000.

MACEDO, L. R; MACIEL, E.L.N.; STRUCHINER, C. J. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 4, p. 783-794, dez. 2017 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400783&lng=pt&nrm=iso Acesso em 05 Fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400010>.

MACHADO, V.G. O fracasso da pena de prisão: alternativas e soluções. Revista Eletrônica Acadêmica de Direito. 2009.

Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercsc.def> Acesso em Jan. 2019

NUCCI, G.S. **Código de Processo Penal Comentado**. 11^a ed. São Paulo: RT, 2012.

OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C.; MEDEIROS, K. K. A. S. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 139-148, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n1/a14v16n1.pdf> Acesso em: 05 Mai. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prisons and Health**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1> Acesso em: 05 mai. 2018.