

Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões

Tuberculosis: health care and surveillance in prisons

Tuberculosis: control y asistencia a la salud en prisiones

Manuela Filter Allgayer^I

ORCID: 0000-0002-9170-8594

Karine Zenatti Ely^I

ORCID: 0000-0002-1692-5556

Graziela Hamann de Freitas^{II}

ORCID: 0000-0003-2815-7272

Andréia Rosane de Moura Valim^I

ORCID: 0000-0001-9611-3103

Roxana Isabel Cardozo Gonzales^{III}

ORCID: 0000-0001-7180-897X

Suzane Beatriz Frantz Krug^I

ORCID: 0000-0002-2820-019X

Lia Gonçalves Possuelo^I

ORCID: 0000-0002-6425-3678

^IUniversidade de Santa Cruz do Sul.

Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II}Superintendência de Serviços Penitenciários.

Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III}Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Allgayer MF, Ely KZ, Freitas GH, Valim ARM, Gonzales RIC, Krug SBF, et al. Tuberculosis: health care and surveillance in prisons. Rev Bras Enferm. 2019;72(5):1304-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0260>

Autor correspondente:

Lia Gonçalves Possuelo

E-mail: liapossuelo@unisc.br



Submissão: 30-04-2018 **Aprovação:** 13-12-2018

RESUMO

Objetivo: Identificar ações assistenciais e de vigilância relacionadas à tuberculose em Unidades de Saúde Prisional. **Método:** Estudo transversal, de caráter quantitativo, exploratório e descritivo. Foram visitadas 13 Equipes de Saúde Prisional e entrevistados enfermeiros e técnicos de enfermagem com relação à instrumentos de vigilância epidemiológica, estrutura física e materiais. **Resultados:** A busca de sintomáticos respiratórios na admissão foi relatada por 6(46,2%) equipes, sendo a baciloscopia o exame mais solicitado. O Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios e o Livro de Registro de Acompanhamento dos Caso de Tuberculose eram utilizados em 7(53,8%) instituições. Duas (15,4%) apresentavam local para coleta de escarro e 1(7,7%) possuía radiógrafo. O Tratamento Diretamente Observado foi referido em 7(53,8%) unidades. **Conclusão:** As ações assistenciais relacionadas à busca de sintomáticos respiratório e Tratamento Diretamente Observado deveriam ser ampliadas, bem como as ações de vigilância e registro nos documentos oficiais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Descritores: Tuberculose; Prisões; Vigilância em Saúde Pública; Assistência à Saúde; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objective: To identify tuberculosis-related health care and surveillance actions in Prison Health Units. **Method:** Cross-sectional study, of quantitative, exploratory and descriptive character. We visited 13 Teams of Prison Health, and nurses and technicians were interviewed regarding epidemiological surveillance instruments, physical structure and materials. **Results:** Search for respiratory symptoms in admission was reported by 6 (46.2%) of the teams, and the smear microscopy was the most requested test. The Logbook of Respiratory Symptoms and the Logbook for Monitoring Tuberculosis Cases were used in 7 (53.8%) institutions. Two of them (15.4%) had a location for sputum collection and 1 (7.7%) had a radiographer. The Directly Observed Therapy was reported in 7 (53.8%) units. **Conclusion:** Health care actions related to the search for respiratory symptoms and Directly Observed Therapy should be expanded, as well as surveillance actions and recording in official documents of the National Tuberculosis Control Program.

Descriptors: Tuberculosis; Prisons; Public Health Surveillance; Delivery of Health Care; Cross-sectional Studies.

RESUMEN

Objetivo: Identificar acciones asistenciales y de control de la tuberculosis en Unidades de Salud en Prisiones. **Método:** Estudio transversal, de tipo cuantitativo, exploratorio y descriptivo. Se visitaron a 13 equipos de Salud en Prisiones, de los cuales participaron enfermeros y técnicos de enfermería de una entrevista sobre los instrumentos de control epidemiológico, la estructura física local y los materiales. **Resultados:** La búsqueda de sintomáticos respiratorios durante la admisión fue relatada por 6 (un 46,2%) equipos, siendo la baciloscopia el examen más solicitado. El Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios y el Libro de Registro de Seguimiento de los casos de Tuberculosis son utilizados en 7 (un 53,8%) instituciones. Dos (un 15,4%) de ellas contaban con un local para recolección de esputo y 1 (un 7,7%) tiene radiógrafo. El Tratamiento Directamente Observado se mencionó en 7 (un 53,8%) unidades. **Conclusión:** Las acciones asistenciales relacionadas con la búsqueda de sintomáticos respiratorios y el Tratamiento Directamente Observado deberían ser ampliadas, así como las acciones de control y registro en los documentos oficiales del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Descriptorios: Tuberculosis; Prisiones; Vigilancia em Salud Pública; Prestación de Atención de Salud; Estudios Transversales.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 10,4 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose (TB) em 2016, sendo que 1,3 milhões de mortes ocorreram entre os doentes soronegativos para HIV e 374 mil mortes em soropositivas, caracterizando-se como uma das principais causas de morte no mundo⁽¹⁾. O comprometimento causado no sistema imune pela coinfeção com o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) propicia seu desenvolvimento. Fatores sociais como condições de moradia insalubres, desnutrição e a baixa renda, representam maior vulnerabilidade à doença⁽²⁾. Ausência de vínculo e acolhimento, preconceito por parte dos profissionais e dificuldade no acesso à exames, consultas e tratamentos representam pontos de estrangulamento sobre o controle da TB na atenção primária⁽³⁾.

Dentre as populações vulneráveis podem ser destacadas as populações indígenas, populações em situação de rua e as populações privadas de liberdade (PPL). Os profissionais de saúde também apresentam maior risco de infecção e desenvolvimento de TB⁽⁴⁾. O Brasil possui a quarta maior população carcerária do mundo e uma incidência de TB 28 vezes maior quando comparada a população geral, sendo que a falta de manejo adequado da doença torna-se um fator de risco para a comunidade⁽⁵⁾. A TB é uma doença persistente nos sistemas prisionais, devido ao diagnóstico tardio, alta prevalência de bactérias resistentes a antimicrobianos, tratamento inadequado, uso de drogas ilícitas, superlotação dos sistemas carcerários, condições precárias de infraestrutura das prisões, alta rotatividade de presos e baixo poder socioeconômico⁽⁶⁻⁸⁾. A TB se constitui como segunda pena para os detentos e o alto risco de desenvolver a doença é partilhado com profissionais da segurança, da saúde, visitantes e a população em geral⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O rastreamento da TB nas prisões é um desafio, de forma que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado devem ser priorizados⁽¹¹⁾. A PPL com TB ativa deve ser acompanhada pela rede de saúde, minimizando chances de interrupção do tratamento e possibilidade de recidiva. O desenvolvimento de políticas, programas e estratégias, como a busca de sintomáticos respiratórios (BSR), exame dos contatos, cultura, teste de sensibilidade, diagnósticos de coinfeção, tratamento diretamente observado (TDO) e ações de educação são essenciais para atingir a meta do "Plano Global Stop TB 2016-2020" de erradicar a doença até 2030^(4,6,11-12).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano de 2003 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) para garantir o acesso à saúde dos presos condenados, oferecendo serviços de atenção básica dentro das unidades prisionais⁽¹³⁾. Em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estendeu o cuidado em saúde para todas as pessoas privadas de liberdade, incluindo os presos provisórios, porém persistem entraves tecnicistas e burocráticos, além do preconceito e discriminação⁽¹⁴⁾.

O PNAISP preconiza a integralidade da atenção à saúde no sistema prisional e equipes multiprofissionais formadas por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Cada equipe deveria ser responsável pelo quantitativo de 100 a 500 presos; e nas unidades com menos de 100 presos, o atendimento é de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde do território⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Os municípios que aderem ao PNAISP recebem incentivo financeiro para realizar o cuidado em saúde dentro do sistema prisional, porém esse sistema carece de monitoramento e avaliação sobre as ações realizadas.

OBJETIVO

Identificar ações assistenciais e de vigilância relacionadas à tuberculose desenvolvidas em Unidades de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pela Escola do Serviço Penitenciário da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) e posteriormente submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CAEE 48170715.0.0000.5343). No presente trabalho foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a preservação da identidade dos participantes foi garantida em todos os momentos do estudo.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo transversal de caráter quantitativo, exploratório e descritivo realizado em Unidades de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul no período de agosto a outubro de 2015.

População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

O RS apresentava, no momento do estudo, 18 unidades de saúde prisional, distribuídas em 15 municípios, sendo que cinco (38,4%) unidades possuem mais de uma equipe de saúde. Foram excluídas do estudo unidades que comportavam apenas população carcerária feminina, unidades de difícil acesso e aquelas em que não se encontrou o profissional contatado no momento da visita. Assim, integraram o estudo 13 (72,2%) unidades de saúde prisional, sendo 4 (30,8%) localizadas no município de Charqueadas (Figura 1).



Figura 1 – Municípios visitados que apresentam unidades de saúde prisional

Protocolo do estudo

As visitas foram agendadas com antecedência, onde o contato prévio ocorreu por meio telefônico, com o enfermeiro da unidade. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário que abordou dados gerais da penitenciária e respectiva unidade de saúde, recursos humanos e atendimento à saúde; e outro instrumento, do tipo *check-list*, estruturado com base no documento elaborado pelo Grupo de Estudos Operacionais em TB da Universidade de São Paulo (USP). Este, teve como referência o *Primary Care – Assessment Tool (PCAT)*, proposto e validado em português para a Atenção Primária à Saúde (APS), com o intuito de identificar instrumentos de vigilância epidemiológica, estrutura física e materiais⁽¹⁵⁾. O Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios (LRSR) e o Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de TB também foram instrumentos avaliados. Os profissionais entrevistados eram enfermeiros ou técnicos de enfermagem, pois os mesmos são responsáveis pelo gerenciamento das equipes de saúde prisional.

Análise dos resultados e estatísticas

A tabulação de dados foi realizada em banco de dados eletrônico no Microsoft® Excel 2010 (Sistema Operacional Windows 2010, Microsoft Corporation Inc.). As análises descritivas e univariadas foram realizadas no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (v. 20.0). Os valores foram expressos como média e desvio padrão ou números absolutos e percentuais.

RESULTADOS

As equipes de saúde prisional do referente estudo são constituídas por profissionais da saúde de âmbito municipal e da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe). Doze (92,3%) unidades de saúde prisional contavam com equipe de saúde mínima, composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Os profissionais fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, psiquiatra e biomédico

estavam presentes em 1 (7,7%) unidade de saúde. O número de profissionais variou de 6 a 34, visto que algumas das unidades visitadas possuíam mais de uma equipe de saúde. Profissionais de enfermagem e de assistência social possuem maior carga horária semanal, se comparados com os demais profissionais.

O estudo foi realizado com 10 (76,9%) enfermeiros e 3 (23,1%) técnicos de enfermagem componentes das equipes de saúde. Todas as unidades penitenciárias estudadas foram prisões masculinas de regime fechado ou semiaberto, 10 (76,9%) estavam superlotadas (Tabela 1) e com composição sociodemográfica predominante de jovens, com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico.

Não foi possível avaliar se as instituições penais com maior taxa de ocupação apresentam também maior prevalência de TB, pois a Instituição Penal nº 12, que apresenta a segunda maior taxa de ocupação não informou o número de casos de TB no momento do estudo.

Nas unidades visitadas foi identificada a demanda espontânea como forma mais comum de detecção da TB. Os métodos de diagnósticos mais frequentes nas unidades prisionais foram a baciloscopia, cultura de escarro e radiografia de tórax. O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) foi encontrado em um (7,7%) presídio localizado na capital do estado (Tabela 2).

A BSR na porta de entrada do sistema prisional foi relatada por 7 (53,8%) equipes, sendo que 6 (46,2%) equipes realizavam triagem até 6 dias após a admissão e uma (7,7%) não utilizava padronização de tempo para realização da triagem na admissão.

Quanto ao TDO, em 7 (53,8%) unidades era realizado com todos os doentes e em 2 (15,4%) somente quando não havia adesão ao tratamento; 4 (30,8%) unidades referiram utilizar a ficha de acompanhamento da tomada diária de medicação. O TDO, na maioria das unidades, era executado pelo profissional enfermeiro.

Referente à intervenção na cadeia de transmissão da TB, foi evidenciado que 3 (23,1%) unidades optam por isolar o preso e a totalidade afirma que a convocação para atendimentos dos contatos é primordial, sendo que os contatos intramuros são avaliados na própria unidade e os contatos extramuros são encaminhados para a referência municipal. A orientação aos visitantes dos casos positivos em 4 (30,8%) unidades eram realizadas pelo profissional da equipe de saúde.

Tabela 1 – Características das 13 Unidades de Saúde Prisional analisadas no Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Nº	Capacidade	Lotação	Taxa de Ocupação	Lotação das Celas	Casos de TB em tratamento	Prevalência TB por 1000 presos
1	250	397	158%	4 a 20	3	7,55/1000
2	529	529	100%	8	9	17,1/1000
3	1.372	2.400	174%	12 a 20	44	18,33/1000
4	976	1.301	133%	4	5	3,84/1000
5	288	260	90%	1	0	0
6	336	670	199%	15 a 20	4	5,97/1000
7	1.824	4.335	237%	2 a 18	169	38,98/1000
8	138	131	95%	2 a 4	1	7,63/1000
9	162	250	154%	5 a 10	0	0
10	466	528	113%	3 a 4	7	13,26/1000
11	288	360	125%	6 a 16	0	0
12	472	1.039	220%	10	n/i*	-
13	976	1.500	145%	4 a 5	5	3,33/1000

Nota: * Não informado no momento do estudo. TB - Tuberculose.

Em uma (7,7%) unidade, o LRSR havia sido substituído por um instrumento próprio de acompanhamento, uma (7,7%) entrevistada não sabia do que se tratava o livro e 4 (30,8%) não o utilizavam. Por outro lado, ficou evidente no decorrer do *check-list* que o Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de TB em 3 (23,1%) unidades foi substituído por instrumentos próprios, um (7,7%) entrevistado não soube responder e 2 (15,4%) não utilizavam este instrumento. A notificação de doenças compulsórias foi evidenciada em todas as unidades, assim como a existência de prontuários médicos dos apenados. A ficha de acompanhamento da tomada diária de medicação não era utilizada em 9 (69,2%) unidades visitadas (Tabela 3).

Quanto à existência de local específico para coleta de escarro, 11 (84,6%) unidades visitadas não contavam com essa estrutura e 4 (30,8%) não possuíam geladeira para acondicionamento de material biológico. Referente ao transporte do material biológico, uma (7,7%) não possuía caixa de isopor para transportar amostras ao laboratório (Tabela 4).

Tabela 2 – Ações relacionadas à busca de casos e diagnóstico de tuberculose nas Unidades de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Ações	Nº de unidades de saúde prisionais	%
BSR* na admissão	7	53,8
BSR* anual	4	30,8
Métodos de diagnóstico para TB**		
Baciloscopia	13	100,0
Cultura	11	84,6
Radiografia	11	84,6
TRM-TB***	1	7,7

Nota: * Busca de sintomático respiratório; ** Tuberculose; ***Teste rápido molecular.

Tabela 3 – Instrumentos de vigilância epidemiológica utilizados para o controle da tuberculose nas 13 Unidades de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Instrumentos de Vigilância epidemiológica	Nº de unidades de saúde prisional	%
LRSR*	7	53,8
LR casos**	7	53,8
Ficha SINAN***	13	100,0
Prontuário de Saúde	13	100,0
Ficha de acompanhamento da tomada de medicação	4	30,8

Nota: * Livro de registro de sintomático respiratório; ** Livro de registro e de acompanhamento dos casos; *** Ficha do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN).

Tabela 4 – Estrutura física e disponibilidade de recursos materiais nas 13 Unidades de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Estrutura Física	Nº de unidades de saúde prisional	%
Local para coleta de escarro	2	15,4
Frascos para coleta de escarro	13	100
Geladeira para acondicionamento de material biológico	9	69,2
Caixas de isopor para transporte	12	92,3
Radiógrafo	1	7,7

DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas demonstram a insuficiente implementação do Programa de TB nas prisões, onde as recomendações do Ministério da Saúde são seguidas parcialmente pelas equipes de saúde prisional. Os exames diagnósticos de TB necessitam maior implementação, principalmente na realização de cultura de escarro para todos os suspeitos de TB, na estratégia de BSR na porta de entrada do sistema prisional e na TDO para todos os casos diagnosticados.

A superlotação e condições insalubres de confinamento são fatores que contribuem para a manutenção da cadeia de transmissão da TB no sistema carcerário. A aglomeração e as más condições de moradia também foram fatores evidenciados em outras unidades prisionais do Brasil, que vieram a contribuir para o adocimento da PPL, caracterizando-se como um entrave na luta contra a TB⁽¹⁶⁾. Os sistemas prisionais representam um ambiente de alto risco para transmissão da TB entre contatos e comunidades extramuros. No Brasil, 25% dos casos de TB ocorrem entre prisioneiros, que representam menos de 1% da população. No Mato Grosso do Sul, pessoas que já haviam sido presas tiveram 23% a mais de casos de TB do que na população geral⁽¹⁷⁾.

As estratégias adotadas para o controle da TB nas instituições penais continuam sendo essencialmente biomédicas (identificação e tratamento dos casos) e educativas, tendo eficácia limitada se não associadas a medidas de melhoria das condições ambientais, raras vezes implementadas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. A dinâmica funcional das instituições penais dificultam a inserção de rotinas de saúde, podendo limitar as ações de controle da TB e outras enfermidades⁽²⁰⁾. Os serviços de saúde escassos e ineficientes são motivo de grande insatisfação entre os presos⁽²¹⁾.

A forma de identificação da TB por meio da demanda espontânea ocorre quando os presos procuram voluntariamente atendimento médico com sintomas agudos da doença⁽¹⁶⁾. A deficiência na comunicação entre a equipe de segurança e de saúde, a alta rotatividade de detentos e o grande número de admissões são fatores evidenciados pelos profissionais como fragilidades no rastreamento da doença. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) recomenda a detecção de novos casos de TB através da demanda espontânea, do questionamento sobre a presença de tosse na porta de entrada do sistema penitenciário, da busca ativa sistemática anual, da supervisão do tratamento e informação/conscientização das PPL e equipes de segurança prisional⁽²²⁾. Outra penitenciária brasileira realiza a BSR em até 7 dias após admissão e os exames mais frequentemente solicitados são a baciloscopia, cultura de escarro e teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA), além da oferta de sorologia para o HIV⁽¹⁶⁾. A descentralização na entrada dos presos no sistema prisional foi um fator prejudicial na realização da BSR.

O TRM-TB ainda é um exame pouco presente nas penitenciárias do Rio Grande do Sul (RS). A sensibilidade do TRM-TB é de cerca de 90% (enquanto a da baciloscopia é de 65%), a especificidade é de 99% e o resultado é liberado em apenas duas horas, favorecendo o início oportuno do tratamento. Além disso, o TRM-TB também detecta a resistência à rifampicina, um dos principais fármacos utilizados no tratamento da TB, o que possibilita identificar os casos de resistência ao esquema básico, diminuindo o tempo

necessário para o início do tratamento com medicamentos de segunda linha⁽²³⁾. Triagem realizada por exames radiológicos possibilita maior detecção da TB quando comparada a detecção por sintomas clínicos, porém é pouco utilizado no sistema prisional⁽²⁴⁾.

O TDO é uma ação não desenvolvida em sua plenitude pelas unidades de saúde prisional estudadas, apesar da PPL pertencer ao grupo com riscos de descontinuidade do tratamento. O TDO tem como objetivo contribuir para maior adesão ao tratamento e consiste na observação da ingestão de medicamentos para TB, de preferência todos os dias, por profissionais da saúde. Esta estratégia possibilita uma maior probabilidade de cura e risco menor de resistência bacteriana, estabelecendo vínculos entre o paciente e o profissional⁽⁴⁾. Na Colômbia, a implementação do TDO contribuiu significativamente para a cura da TB quando comparado ao período em que o mesmo não era efetuado nas unidades pesquisadas. Ao analisar os fatores determinantes para abandono do tratamento, a maioria dos casos está relacionado à maneira como os serviços de saúde se organizam para desenvolver estratégias de controle da doença. Os motivos que se relacionam ao abandono do tratamento podem ser sanados com ações de educação permanente, busca ativa de casos e fortalecimento da estratégia de observação diária da tomada da medicação⁽²⁵⁾.

O isolamento é um fator de discussão entre os profissionais da saúde. A maioria das equipes não isola os doentes de TB, seguindo as diretrizes do MS. Não há necessidade de isolamento para aqueles doentes já inseridos no sistema prisional, pois os presidiários já foram largamente expostos ao risco de infecção e a contagiosidade tende a diminuir rapidamente após início do tratamento⁽⁴⁾. Em Bangladesh, evidenciou-se que a BSR, isolamento imediato e tratamento de pessoas com TB pulmonar, resultou na diminuição da transmissão dentro das prisões⁽²⁶⁾. No Espírito Santo, a partir da suspeita da doença o apenado é encaminhado ao isolamento respiratório em uma cela específica, até que seja ou não confirmada a doença por meio de exames laboratoriais⁽²⁷⁾.

O controle de contatos é uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa e deve ser instituída pelos programas de controle da TB. Esse ambiente de convívio pode se dar em casa, em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência e unidades penitenciárias⁽²⁸⁾. A orientação aos contatos externos como a família e visitantes, na maioria das vezes não são abordados diretamente pelo profissional da saúde, cabendo ao próprio presidiário orientá-los⁽¹⁸⁾. Em várias unidades, o encarcerado doente era o responsável pela orientação aos seus visitantes. Estudo realizado em Ribeirão Preto/SP evidenciou que o conhecimento das famílias sobre TB foi satisfatório, pois as mesmas conheciam os fatores predisponentes ao adoecimento, forma de transmissão e os sintomas da doença, porém algumas associavam a forma de transmissão da doença ao uso compartilhado de roupas e talheres, alimentos contaminados e através de relação sexual, o que pode levar a discriminação do doente e exclusão do convívio social⁽²⁹⁾. Desta forma, seria de fundamental importância a educação permanente e conscientização de toda população carcerária, incluindo familiares e profissionais, sobre a importância do diagnóstico precoce e tratamento ininterrupto⁽³⁰⁾.

Os livros de registros são utilizados para o acompanhamento epidemiológico da doença entre a população, porém eram utilizados por poucas equipes. Dados de investigação, diagnóstico e

acompanhamento dos casos de TB são registrados em diversos instrumentos de coleta que são utilizados para avaliação das ações de controle em nível local, conforme recomendações do PNCT. O LRSR e o livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de TB são alguns instrumentos de coleta de dados usados rotineiramente pelas unidades de saúde⁽⁴⁾.

O livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos TB é uma ferramenta de informação oficial do PNCT e deve ser utilizado para base de cálculo para indicadores operacionais e epidemiológicos. Os dados fornecidos pelo livro devem alimentar a ficha de Notificação/Investigação de TB e o Boletim de Acompanhamento dos Casos de TB, ambos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁽³¹⁻³²⁾. O SINAN subsidia ações de prevenção e controle das doenças cuja notificação é obrigatória, devendo ser alimentado com dados fidedignos. Dentre os agravos que necessitam de uma base de dados para subsidiar as ações de prevenção e controle, destaca-se a TB dada a sua magnitude e prevalência⁽³¹⁾. Em 2007, o MS introduziu na ficha do SINAN a informação sobre a origem prisional que contribuiu para um melhor conhecimento sobre as informações da doença no sistema prisional⁽³²⁾.

Quanto à existência de local para coleta de escarro, as equipes relatam que as coletas ocorrem no banheiro, cela, galeria, na própria enfermaria ou em local arejado. Um estudo realizado nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), no interior de São Paulo, averiguou que nenhuma das unidades dispusera de local apropriado para a coleta de escarro⁽³³⁾. O PNSSP estabeleceu, em 2003, que as unidades de saúde prisional deveriam dispor de sala de coleta com ventilação natural, geladeira para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais e caixas térmicas para envio de amostras para o laboratório de referência⁽³⁴⁾.

Apesar das legislações específicas determinarem a mesma carga horária mínima para todos os profissionais das equipes de saúde prisional, sendo 6 horas semanais para cada profissional em Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP) tipo I, 20 horas semanais para EABP tipo II e 30 horas semanais para EABP do tipo III, na prática profissionais da enfermagem e assistentes sociais estão presentes em maior tempo nas equipes de saúde prisional⁽³⁵⁾.

Limitações do estudo

Este estudo limitou-se à avaliação de ações de assistência e vigilância da tuberculose nas instituições penais e não avaliou dados de HIV e coinfeção. Ações de capacitação, educação permanente, informação e conscientização da PPL e profissionais da saúde e segurança são incipientes. É relevante destacar que as entrevistas foram realizadas com um membro da equipe de saúde, não representando a totalidade dos profissionais das equipes de atenção básica prisional. Além disso, apresentam a fotografia de um momento específico que pode ser modificado pela substituição de algum profissional ou alteração no processo de trabalho. Desta forma, recomenda-se monitoramento e avaliação contínua das ações de vigilância e assistência desenvolvida pelas equipes de saúde prisional.

Contribuições para área da enfermagem e saúde pública

Este estudo contribuiu para um diagnóstico referente às ações de assistência e vigilância da tuberculose nas instituições penais

com equipe de atenção básica prisional no Rio Grande do Sul. O controle da tuberculose nas instituições penais pode repercutir na diminuição da incidência de casos na comunidade. No âmbito da enfermagem, pesquisas que envolvem a vigilância em saúde são de grande relevância, tendo em vista que no decorrer da formação acadêmica o enfermeiro é preparado para atuar na investigação epidemiológica. Este profissional encontra-se na linha de frente do cuidado em saúde, em contato direto com os usuários e com a equipe multidisciplinar, participando ativamente do processo saúde-doença da população. Reconhecendo este cenário da TB nas Unidades de Saúde Prisional, o enfermeiro pode atuar na condução das ações em saúde pública, o que adquire significativa importância na execução das atividades de controle da doença.

CONCLUSÃO

Quanto às ações assistenciais identifica-se a demanda espontânea como principal meio de atendimento, o isolamento dos casos confirmados é aplicado por algumas equipes de saúde, há falta de materiais e equipamentos e o TDO é pouco utilizado. No que se refere às ações de vigilância epidemiológica, os pontos positivos estão relacionados à confirmação laboratorial e radiológica dos casos suspeitos, a notificação no SINAN, o registro no prontuário

do paciente e a avaliação dos contatos. A BSR, a orientação aos familiares e a utilização dos instrumentos específicos de registro devem ser ampliados pelas equipes de saúde prisionais. A BSR é uma atividade que requer planejamento, estratégias e apoio da equipe de segurança prisional. A inutilização de livros de registros e preenchimento limitado dos mesmos, repercute na assistência e conseqüentemente no prognóstico do apenado doente. É possível questionar também que a ausência e um número reduzido de casos de TB de algumas das unidades visitadas podem estar relacionadas a falhas nos registros de informações. O registro é de extrema importância, pois fundamentam indicadores e favorecem a elaboração de planos de ação. Cabe aos enfermeiros contribuir para o desenvolvimento de ações de assistência e vigilância da TB, aprimorando condutas referentes aos registros realizados nas unidades, potencializando a identificação de sintomáticos respiratórios e casos diagnosticados.

FOMENTO

Ao CNPq e FAPERGS pelo apoio financeiro. Aos servidores da Superintendência de Serviços Penitenciários e das Secretarias Municipais de Saúde que contribuíram para a realização do estudo, embora não o assinem como autores.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Global Tuberculosis Report 2017[Internet]. Geneva : WHO; 2015 [cited 2018 Jun 25]. Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/MainText_13Nov2017.pdf?ua=1
2. Biadglegne F, Rodloff, AC, Sack U. A first insight into high prevalence of undiagnosed smear-negative pulmonary tuberculosis in northern Ethiopian prisons: implications for greater investment and quality control. PLoS ONE. 2014;9(9):e106869. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106869>
3. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Oliveira RCC, Nogueira JA, Villa TCS. Critical points for the control of tuberculosis on primary health care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017[cited 2018 Feb 22];70(6):1296-304. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1227.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília (DF): [Internet] 2011[cited 2018 Mar 28]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf
5. Sacchi FPC, Praça RM, Tatará MB, Simonsen V, Ferrazoli L, Croda MG, et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Brazil. Emerg Infect Dis [Internet]. 2015[cited 2018 Feb 16];21(3):452-5. Available from: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/3/pdfs/14-0896.pdf>
6. Dara M, Acosta CD, Melchers NVSV, Al-darraj HAA, Chorgoliani D, Reyes H, et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. Emerg Infect Dis [Internet]. 2014[cited 2018 Feb 16];32(2015):111-7. Available from: [www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(14\)01747-0/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(14)01747-0/pdf)
7. Rueda Zv, López L, Marin D, Vélez LA, Arbeláez MP. Sputum induction is a safe procedure to use in prisoners and MGIT is the best culture method to diagnose tuberculosis in prisons: a cohort study. Int J Infect Dis [Internet]. 2015[cited 2018 Feb 16];33:82-8. Available from: [www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(15\)00007-7/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(15)00007-7/pdf)
8. Telesinghe L, Fielding K, Malden JL, Hanifa Y, Churchyard GJ, Grand AD, et al. High tuberculosis prevalence in a South African prison: the need for routine tuberculosis screening. PLoS ONE. 2014;9(1):e87262. doi: 10.1371/journal.pone.0087262
9. Sanches A, Massari V, Gerhardt G, Espinola AB, Siriwardana M, Camacho LAB, et al. X ray screening at entry and systematic screening for the control of tuberculosis in a highly endemic prison. BMC Public Health [Internet]. 2013[cited 2018 Feb 12];13(983):1-7. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-983>
10. Larouzé B, Ventura M, Sánchez AR, Diuana V. Tuberculosis in Brazilian prisons: responsibility of the State and double punishment for the inmates. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015[cited 2018 Feb 22];31(6):1127-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010615>

11. Harris JB, Siyambango M, Levitan EB, Maggard KR, Hatwiinda S, Foster EM, et al. Derivation of a tuberculosis screening rule for sub-Saharan African prisons. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18(7):774-80. doi: <https://doi.org/10.5588/ijtld.13.0732>
12. World Health Organization. WHO. Stop TB Partnership. The paradigma shift 2016-2020: global plan to end TB [Internet]. Geneva: WHO; 2015[cited 2017 Nov 25]. Available from: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTbPartnership.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2014.
14. Barsaglini R. Do plano à política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2016[cited 2018 Feb 23];26(4):1429-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01429.pdf>
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool-pcatool [Internet]. Brasília (DF); 2010[cited 2018 Feb 28]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf
16. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Analysis of the implementation of the tuberculosis control program in Brazilian prisons. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015[cited 2018 Feb 22];31(3):543-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00543.pdf>
17. Sacchi FPC, Praça RM, Tatará MB, Simonsen V, Ferrazoli L, Croda MG, et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Brazil. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2015[cited 2018 Jun 28];21(3):452-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344267/pdf/14-0896.pdf>
18. Abebe DS, Biffa D, Bjune G, Ameni G, Abebe F. Assessment of knowledge and practice about tuberculosis among eastern Ethiopian prisoners. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2011[cited 2018 Feb 20];15(2):228-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21219686>
19. Santos M, França P, Sánchez A, Larouzé B. Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões [Internet]. 2012[cited 2018 Feb 18]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_intervencoes_ambientais_controle_tuberculose_prisoes.pdf
20. Valença MS, Cezar-Vaz MR, Brum CB, Silva PEA. O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 23];21(7):2111-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2111.pdf>
21. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro (RJ), *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016[cited 2018 Feb 10];21(7):2031-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2031.pdf>
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF): 2010[cited 2018 Feb 12]. Available from: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>
23. Reid SE, Topp SM, Turnbull ER, Hatwiinda S, Harris JB, Maggard KR, et al. Tuberculosis and HIV control in Sub-Saharan African prisons: "Thinking outside the prison cell". *J Infect Dis*. 2012;205(Suppl 2):265-73. doi: <https://doi.org/10.1093/infdis/jis029>
24. Valença MS, Possuelo LG, Cezar-Vaz MR, Silva PEA. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016[cited 2018 Feb 10];21(7):2147-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2147.pdf>
25. Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. *Saúde Debate* [Internet]. 2014[cited 2018 Feb 12];38(102):572-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0572.pdf>
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolos de enfermagem [Internet]. Brasília (DF): 2011[cited 2018 Feb 12]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf
27. Banu S, Rahman MT, Uddin MKM, Khatun R, Khan SR, Rahman M, et al. Effect of active case finding on prevalence and transmission of pulmonary tuberculosis in Dhaka central jail, Bangladesh. *PLoS ONE*. 2015;9(9):01-10. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124976>
28. Macedo LR, Macedo CR, Maciel ELN. Epidemiologic surveillance of tuberculosis in prisons of Espírito Santo. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2013[cited 2018 Feb 22];26(2):210-16. Available from: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2907/pdf_1
29. Freitas IM, Crispim JA, Pinto IC, Villa TCS, Brunello MEF, Pinto PFPS, et al. Knowledge and perception about tuberculosis of patients' families under directly observed treatment at a health service in Ribeirão Preto-SP. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2018 Feb 13];21(3):642-49. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a20.pdf
30. Ely KZ, Algayer MF, Leão J, Valim ARM, Hermes VB, Becker D, et al. Brazil. TB-free prisons in Southern Brazil. In: World Health Organization. Good Practices in the prevention and care of tuberculosis and drug-resistant tuberculosis in correctional facilities. Geneva: WHO [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 15]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/360543/TB-prisons-9789289052917-eng.PDF?ua=1
31. Ministério da Saúde (BR). Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose: Programa Nacional de Controle da Tuberculose [Internet]. Brasília (DF): 2006[cited 2018 Mar 18]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/registro_pacientes_acompanhamento_casos_tuberculose.pdf
32. Araújo LNF, Vieira AN, Oliveira GWS. Avaliação dos registros das fichas do sistema de informação de agravos de notificação para tuberculose. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2013[cited 2018 Feb 24];37(4):969-78. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4490.pdf>

33. Balderrama P, Vendramini SF, Santos MLSG, Ponce MAZ, Oliveira IC, Villa TCS, et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2014[cited 2018 Feb 24];16(3):511-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n3/pdf/v16n3a03.pdf
 34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF); 2004[cited 2018 Mar 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf
 35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 15]. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/8.-Portaria-Ministerio-da-Saude-n-482-2014-Institui-Normas-para-a-Operacionalizacao-da-PNAISP-no-SUS.pdf>
-