

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
FACULDADES DOCTUM DE SERRA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ELITON GOMES DA SILVA
HELOISA MARIA LIMEIRA DE MOURA
PAULO CESAR CONCEIÇÃO**

**INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO
ESPÍRITO SANTO**

**SERRA
2018**

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
FACULDADES DOCTUM DE SERRA**

**ELITON GOMES DA SILVA
HELOISA MARIA LIMEIRA DE MOURA
PAULO CESAR CONCEIÇÃO**

**INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO
ESPÍRITO SANTO**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem das Faculdades Doctum de
Serra, como requisito parcial para à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.**

**Orientadora: Prof.^a Ms. Eliane Magalhães
de Souza.**

**SERRA
2018**

**FACULDADE DOCTUM DE SERRA
FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho de Conclusão de curso intitulado: **DESAFIOS DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA COM TUBERCULOSE**, elaborado pelos alunos Eliton Gomes da Sila, Heloísa Limeira Moura de Souza e Paulo César Conceição foi aprovado por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo curso de Enfermagem das Faculdades Doctum de Serra, como requisito parcial da obtenção do título de

Bacharel em Enfermagem

Serra, ____ de Dezembro de 2018.

Serra, ____ de outubro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Eliane Magalhães de Souza
Faculdades Doctum de Serra

Prof. Esp. Cátia Pereira de Souza
Faculdades Doctum de Serra

Ms. Cíntia Pereira Ferreira Menezes
Faculdades Doctum de Serra

RESUMO

A tuberculose (TB) na população carcerária tem sido grande problema de saúde pública e de alta incidência, devido a fatores físicos, dentre eles, sexo, baixa escolaridade, drogas, HIV, encarceramento e pouco acesso a saúde. Isso tem favorecido a disseminação da doença entre os detentos. O objetivo é identificar a incidência dos casos de TB da população carcerária do Espírito Santo, através de um estudo de natureza quali-quantitativo. Foi realizado uma pesquisa bibliográfica, com base em artigos acadêmicos, periódicos, e consultas em bancos de dados eletrônicos como: Scielo, Bireme e portal do Ministério da Saude. Na população em geral a incidência da tuberculose está em 33 casos para 100 mil habitantes, entre a população carcerária esse indicador sobe para 932 casos para 100 mil indivíduos. Isso acontece devido a fatores envolvendo falta de infraestrutura, poucos recursos, falta de treinamento das equipes e problemas sociais e políticos dentre outros. Podemos concluir que a pesquisa poderá contribuir para a atenção à vigilância dos sintomas dentro do sistema carcerário, que possibilitará no diagnóstico precoce e no tratamento mais eficaz da doença, trazendo melhorias na qualidade do serviço de saúde tanto nos presídios, como também em outras redes de saúde.

Palavras-chave: Incidência. Tuberculose. Sistema prisional. Enfermeiro.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) in the prison population has been a major problem of public health and high incidence, due to physical factors, among them, sex, low schooling, drugs, HIV, imprisonment and poor access to health. This has favored the spread of the disease among detainees. The objective is to identify the incidence of TB cases in the prison population of Espírito Santo, through a qualitative and quantitative study. A bibliographic research was done, based on academic articles, periodicals, and consultations in electronic databases such as: Scielo, Bireme and portal of the Ministry of Health. In the general population the incidence of tuberculosis is 33 cases per 100,000 inhabitants, among the prison population this indicator rises to 932 cases for 100,000 individuals. This is due to factors involving lack of infrastructure, few resources, lack of training of the teams and social and political problems among others. We can conclude that the research may contribute to the attention to the monitoring of symptoms within the prison system, which will enable early diagnosis and more effective treatment of the disease, bringing improvements in the quality of the health service both in prisons and in other networks. Cheers.

Keywords: Incidence. Tuberculosis. Prison system. Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de vigilância sanitária
BK - Bacilo de Koch
DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional
DNC - Doenças de Notificação Compulsória
INFOPEN - Sistema de informações penitenciárias
LEP - Lei de Execução Penal
MS - Ministério da Saúde
MT - Mycobacterium Tuberculosis
OMS - Organização Mundial da Saúde
PPL - Pessoas Privadas de Liberdade
PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPD - Proteína Purificada Derivada
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TB - Tuberculose

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 ObjetivosGeral.....	11
3 REFERENCIALTEÓRICO.....	12
3.1 Tuberculose.....	12
3.2 Tuberculose Na População Carcerária.....	13
3.3 O Enfermeiro No Manejo Da Tuberculose Junto A População Carcerária.....	15
3.4 Tratamento da Tuberculose.....	17
4 METODOLOGIA.....	19
5 DISCUSSÃO.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença que tem como fator etiológico o Bacilo de Koch (BK) que acomete principalmente os pulmões, apesar de atingir outros órgãos do corpo. O principal reservatório da tuberculose é o ser humano, que tem sofrido com o surgimento de outras formas mais grave da doença (FERRI et al., 2014).

A luta contra a Tuberculose é antiga, mesmo com o avanço da ciência não foi possível erradicar a doença que continua sendo uma das causas de mortalidade dentre as doenças infectocontagiosas. É uma doença oportunista e de propagação por via aérea. Quando se entra em exposição ao patógeno em locais fechados e de grande aglomeração, apresenta um elevado índice de infectados, no período de um ano, 01 pessoa infectada pode disseminar a doença para 10 a 15 pessoas (NÁPOLES, 2015).

Apesar do diagnóstico e o tratamento da infecção pelo Mycobacterium Tuberculosis (MT) estar disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2016 foram registrados 4.426 óbitos por TB somente no Brasil. Isto significa que a cada 100 mil cidadãos brasileiros, dois morreram por TB (BRASIL, 2018).

A decadência social, a falta de saneamento básico e condições imprópria de moradia aumentam a vulnerabilidade entre as pessoas o que eleva os índices de TB, onde no Brasil ocupa a décima oitava posição no ranking entre os 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose, com 73 mil novos diagnósticos e 4.477 mortes por ano. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esses números são injustificáveis, pois o sistema de saúde do Brasil possui todos os recursos necessários para o diagnóstico e tratamento da doença. (JORNAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, 2016).

De acordo com dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2012, o Brasil apresentou uma taxa de incidência de tuberculose de 36,7 casos por 100 mil habitantes, enquanto o Espírito Santo (ES) notificou 35,2 casos. No que se refere à taxa de mortalidade, no ano de 2011, o país contabilizou 2,4 casos de óbitos por tuberculose por 100 mil habitantes, enquanto o ES notificou 1,7 casos. No

entanto, este grande número de mortes pela doença pode ser evitado, tendo em vista que a tuberculose apresenta alta chance de cura quando o seu tratamento é realizado de forma correta (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL-DEPEN, 2017).

Para o atendimento das necessidades de saúde da população carcerária, o sistema prisional dispõe de profissionais de saúde nas unidades prisionais. Dada a importância da atenção de saúde deste grupo específico, os Ministérios da Justiça e da Saúde instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) através da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003 que prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos, proporcionando atenção à saúde integral e universal para todos aqueles que pertencem à população encarcerada em regime fechado e de ambos os sexos (SOUZA E PASSOS, 2008; BARBOSA et al., 2014).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) elegeu como populações mais vulneráveis à infecção os indivíduos em situação de rua, a população privada de liberdade (PPL), indígenas e pessoas vivendo com o HIV. Diante disto, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) elegeu a tuberculose como prioritária e definiu ações programáticas para seu controle, incluindo a produção e análise de indicadores baseados nos dados dos estados e municípios, com o objetivo de identificar os principais desafios e estabelecer metas para o controle e prevenção da doença. As taxas de incidência e de mortalidade e a proporção de cura (sucesso de tratamento) são os principais indicadores empregados para acompanhar o comportamento da endemia, sendo de extrema importância seu cálculo e análise crítica, tanto para a população geral quanto para populações específicas como é o caso da PPL (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017).

É notável que o sistema prisional seja um ambiente potencialmente transmissor da TB. A prevalência da TB nos presídios não se limita apenas aos detentos, afeta também a comunidade com a qual se relacionam: familiares e funcionários dos presídios, durante e após a detenção (MACEDO, 2014).

Para uma maior compreensão da tuberculose nas prisões, é importante

conhecer as características clínicas e epidemiológicas relacionada à doença dos portadores da doença nessa população específica, principalmente quanto às condições de evolução da doença, pois esse conhecimento é capaz de subsidiar projetos de prevenção e intervenção da doença neste ambiente (MACEDO; MACEDO; MACIEL, 2013). Diante do exposto, o objetivo deste estudo é identificar a incidência de casos de TB na população carcerária do Espírito Santo.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Identificar a incidência dos casos de TB da população carcerária nas unidades prisionais do ES.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Tuberculose

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium Tuberculosis* (MT), descoberta por Robert Koch em 1882, que é transmitida pelo ar através de tosse ou espirro contendo os bacilos expelidos por portadores ativos da bactéria. Estas gotículas inaladas por pessoas saudáveis provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença. A TB pulmonar é a forma mais frequente da doença, porém o bacilo pode infectar outros tecidos como ossos, pele, articulações, intestinos, rins e até mesmo o Sistema Nervoso Central (SNC) (MUNIZ et al., 2006).

Pacientes imunocomprometidos, portadores de HIV, diabetes, insuficiência renais crônicas (IRA), desnutridos, idosos doentes, alcoólatras, viciados em drogas e fumantes são mais propensos a contrair a TB. Na maioria dos infectados, os sinais e sintomas mais frequentemente descritos são tosse seca contínua, com presença de secreção por mais de quatro semanas; cansaço excessivo; febre baixa geralmente à tarde; sudorese noturna; falta de apetite; palidez; emagrecimento acentuado; rouquidão; fraqueza; e prostração (SANTOS; BECK, 2009).

A TB é uma doença relatada desde a Antiguidade, no entanto, há cerca de duas décadas, foi considerada pela OMS como uma doença em estado de emergência em todo mundo. Trata-se de uma relevante questão de saúde pública, pois é causa de morte em adultos. Os dados da tuberculose em populações vulneráveis podem atingir índices ainda mais altos e preocupantes, como é o caso da população privada de liberdade, que, embora represente apenas 0,2% da população do país, contribuiu com 5% dos casos notificados de tuberculose em 2008 (BRASIL, 2011).

No sistema prisional, a TB tem sido considerada um problema de saúde pública, já que sua incidência é maior entre os presos do que na população em geral. Vale ressaltar que a TB é uma doença de transmissão aérea, facilitada em ambientes de pouca ventilação e iluminação, e encontra nos ambientes superlotados dos presídios, condições muito favoráveis para a infecção dos detentos (MACHADO et al, 2016).

Para o diagnóstico da tuberculose são utilizados os seguintes exames: baciloscopia, teste rápido molecular para tuberculose e cultura para micobactéria, além da investigação complementar por exames de imagem (BRASIL, 2018).

A identificação do bacilo provém de métodos bacteriológicos, importantes para o diagnóstico da tuberculose, estabelecendo a etiologia da doença. A baciloscopia de escarro é o exame diagnóstico de escolha, onde através de uma pequena amostra de escarro da árvore brônquica é possível identificar a presença do bacilo e é utilizada ainda para acompanhar a evolução do tratamento. Já o teste rápido molecular identifica fragmentos de seu material genético, sendo assim, possível iniciar o diagnóstico imediato (NOGUEIRA et al, 2000).

O teste tuberculínico, exame auxiliar no diagnóstico da TB, utiliza a preparação padrão de Proteína Purificada Derivada (PPD), exame utilizado desde 1931 para determinar casos de infecção pelo bacilo. O PPD contém uma mistura de antígenos que induz uma reação de hipersensibilidade tardia e reflete a imunidade celular dirigida contra o bacilo e, apesar de suas restrições, é o indicado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, para verificar, tanto individualmente como em populações, a infecção pelo bacilo da tuberculose (CONDE; MARQUES, 2009).

A patologia afeta principalmente os pulmões (TB pulmonar). No entanto, pode também localizar-se em outros sítios (TB extrapulmonar), como meningoencefálico, renal, pleural, ósseo ou ganglionar (ROGERIO, 2013).

3.2 Tuberculose na população carcerária

A prevalência de tuberculose na população privada de liberdade tem mostrado coeficientes distintos de acordo com as regiões brasileiras. Em um município do sul do Brasil, a prevalência de TB contabilizou 3.800 casos por 100.000 presos, já em município do centro-oeste, a prevalência da doença ativa foi de 400 por 100.000 presos. Em uma instituição prisional no nordeste do país este indicador mostrou 362.500 presos com tuberculose por 100.000, enquanto atingiu 830,6 casos por 100.000 presos em um município da região sudeste (MACEDO, 2014).

Um estudo realizado no Espírito Santo constatou que a incidência da doença no estado variou no ano de 2003, de 343 a 915,8 casos por 100 mil presos, no ano

de 2006, com uma elevação no ano de 2004, sendo diagnosticados 1.000 casos de TB por 100 mil presos. Quando comparado aos dados de incidência na população em geral no mesmo período, observamos que as taxas foram aproximadamente de 40, 37 e 29 casos por 100 mil habitantes nos anos de 2003, 2004 e 2006 respectivamente (MOREIRA; FAVERO; MACIEL, 2010).

No Brasil, a tuberculose está incluída entre as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) em todo território nacional, sendo estabelecido como mecanismo de notificação o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2008).

Em se tratando da população privada de liberdade, muitos são os fatores que contribuem para alta endemicidade da tuberculose nas prisões podendo-se citar aqueles relacionados aos indivíduos e as suas condições de vida antes do encarceramento tais como o predomínio da população jovem, sexo masculino, com baixa escolaridade, oriunda de comunidades desfavorecidas e com maior ocorrência de tuberculose; uso de drogas ilícitas; maior frequência de tratamento anterior de tuberculose; antecedente frequente de encarceramento e dificuldade ao acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

E ainda os fatores relacionados ao encarceramento como as celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação solar; exposição frequente ao *Mycobacterium tuberculosis* em ambiente de confinamento, além de falta de informação e dificuldade ao acesso dos serviços de saúde na prisão (BRASIL, 2011).

Outras questões como desnutrição, estresse causado pelo encarceramento e presença de comorbidades como doenças mentais também podem contribuir para um maior risco de desenvolver a doença (MACEDO, 2014).

O Brasil está em terceiro lugar com número de pessoas presas, sendo que 64% da população prisional é composta de pessoas negras e 35%, são pessoas brancas; já em relação à escolaridade, 75% não chegou ao ensino médio, esses dados se tornam relevantes diante do quadro de abandono social à que essa população tem sobre elas imposto. Sendo assim, em junho de 2014 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à saúde as Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) assim garantindo a essa população o direito a saúde (BRASIL, 2003).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988, cita os direitos sociais e

destaca o direito à saúde, afirma ainda que a saúde é direito de todos e dever do estado, porém quando essa Lei não se cumpre vai contra a dignidade humana, ao realizar a leitura na íntegra sobre o conceito de saúde veremos que saúde é o bem estar por completo, mental, social e físico e não apenas ausência de doença, contudo os alojamentos são precários e desprovido da mínima condição de higiene (RIBEIRO, 2014).

Em 2003, a Portaria Interministerial nº 1777 instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSPP). Este plano prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito a cidadania se efetive na perspectiva dos Direitos Humanos. O acesso dessa população às ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984.

A garantia do acesso das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) às ações e aos serviços de saúde constitui responsabilidade partilhada pelos ministérios da Justiça (MJ) e Ministério da Saúde (MS) e sua concretização implica efetiva parceria entre as Secretarias de Saúde e de Justiça/Administração Penitenciária nos níveis estadual e municipal (BRASIL, 2011).

Segundo Levantamento Nacional de Informações penitenciárias (INFOPEN), 2016, O número alarmante de detentos no Brasil gera preocupação, atualmente essa população corresponde à 622.202 indivíduos, fator que amplia as chances de transmissão de diversas doenças contagiosas, dentre elas a mais comum, a infecção por TB (BRASIL, 2003).

Por se apresentar com uma prevalência 38 vezes maior que na população não carcerária, foi lançado em 2010 o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, o qual incluiu um capítulo específico que contempla recomendações para o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos casos de TB nos presídios. Essa publicação veio juntamente com ampla divulgação nos setores presidiários a fim de reduzir a prevalência da doença, otimizar o diagnóstico e melhorar a qualidade da assistência nesses pacientes (VALENÇA et al., 2016).

3.3 O enfermeiro no manejo da TB junto à população carcerária

As equipes de saúde que realizam atendimento em presídios são compostas por: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social e auxiliar de enfermagem e suas ações são voltadas para a promoção, prevenção e tratamento de agravos. Para o atendimento das necessidades de saúde da população carcerária, o sistema prisional dispõe de profissionais de saúde nas unidades hospitalares prisionais (BRASIL, 2005).

As ações inerentes à profissão de Enfermagem quer sejam administrativas ou assistenciais, dadas as especificidades do Sistema Penal, se diferenciam na sua aplicabilidade da realidade extramuros (SOUZA E PASSOS, 2008).

O enfermeiro possui um importante papel social e para tanto, atua no planejamento e implementação de ações considerando o exercício profissional. Tais ações estão regulamentadas pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

O enfermeiro destaca-se como o profissional facilitador para o acolhimento e tratamento de diversas doenças infecciosas, atua na detecção e controle de doença no meio prisional, garantindo a essa população o direito a saúde (SOUZA, BALDOINO E SILVA, 2016).

Existe todo um contexto no que se refere a forma de tratamento de TB, onde os enfermeiros são responsáveis por acompanhar todas as medidas de tratamento realizadas e estão engajados na detecção e diagnóstico dessa enfermidade. É notório que a doença avança e causa complicações se as medidas de tratamento não forem adotadas e seguidas corretamente conforme as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Atualmente, o tratamento de TB é realizado predominantemente de forma ambulatorial, expondo os trabalhadores da saúde ao contágio. Assim, o conhecimento destes profissionais sobre a TB pode ser fundamental em relação à sua vulnerabilidade. O tratamento existente é seguro e eficiente quando realizado de forma correta. O Ministério da Saúde faz cumprir todo o método para se obter êxito no tratamento, através da disponibilização das medicações padronizadas, promovendo assim a diminuição da disseminação da doença.

(JÚNIOR, OLIVEIRA, MARIN-LEON, 2013).

O impacto da tuberculose nos presídios não se limita aos detentos afeta também a comunidade com que se relacionam, ou seja, familiares e funcionários dos presídios, durante e após a detenção. É fundamental que o enfermeiro que atue em presídios seja um profissional capacitado e atento aos possíveis casos de TB e assim realizar a investigação dos casos bacilíferos, onde há tosse por mais de 2 semanas, independente se o detento chega ao profissional por demanda espontânea, ou se é por busca ativa. Sendo assim, é primordial que o enfermeiro identifique possíveis sintomas no recém encarcerado e realize a avaliação periódica dos mesmos a fim de buscar medidas para restringir a disseminação da doença aos demais detentos (BRASIL, 2003).

Frente aos estudos propostos, a baciloscopia de escarro é o exame diagnóstico de escolha em todas as Unidades Prisionais. Todas solicitam a cultura de escarro de rotina, exceto na busca ativa periódica quando se solicita apenas a baciloscopia.

Junior (2013), apontou 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.

À partir do diagnóstico de um detento com TB, é necessário que o profissional realize a busca de outros casos de tuberculose ativa. Indica-se realizar baciloscopia de escarro para todos os contatos (detentos da mesma cela) que tiverem expectoração, independentemente da duração da tosse e se possível, realizar exame radiológico de tórax (JUNIOR, 2013).

3.4 Tratamento da Tuberculose

De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento da tuberculose é feito durante seis meses, e são utilizados as seguintes medicações: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol. Nos primeiros dois meses as doses são muito intensas para combater o bacilo de forma rápida a fim de diminuir a transmissão da doença, sendo os seguintes fármacos utilizados: Rifampicina 150mg, Isoniazida 75mg, Pirazinamida 400mg, Etambutol 275mg, todas combinadas, em uma dose diária pela manhã em jejum de 4 comprimidos. Após os primeiros dois meses de

tratamento, o esquema terapêutico muda para doses de manutenção, assim, o paciente passa a tomar apenas a Rifampicina de 150mg e Isoniazida 75mg, durante os quatro meses com doses diárias de 4 comprimidos em jejum. Durante o tratamento é importante realizar mensalmente a baciloscopia de escarro para confirmar a eficácia do mesmo (BRASIL, 2011).

Para Oliveira e Cardoso (2004), o esquema terapêutico empregado para tratamento da tuberculose nos presídios consiste no mesmo realizado para a população não privada de liberdade. Apesar dos fármacos serem efetivos contra o bacilo, e o serviço de saúde pública proporcionar estrutura adequada na promoção do tratamento, o que vai determinar sua realização é o comprometimento terapêutico dos portadores de tuberculose. A adesão ao esquema terapêutico é considerada a principal estratégia de atuação no controle da infecção tuberculosa, sendo considerada efetiva e capaz de atuar em diferentes estágios do metabolismo bacilar, visando potencializar seu efeito destrutivo.

Sá et al. (2007), ressaltam os fatores que fragilizam a obtenção do sucesso terapêutico na população carcerária, estão relacionados a eventos complexos e diversificados, como: falta de informação sobre a doença e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento, etilismo, tabagismo e o uso de drogas ilícitas, crença da obtenção de cura através da fé, problemas socioeconômicos, intolerância medicamentosa, regressão dos sintomas no início da terapêutica, longo tempo de tratamento e a grande quantidade de comprimidos ingeridos, são fatores que resultam no abandono do tratamento.

O abandono do tratamento contribui de modo significativo para a grande transmissibilidade do bacilo nos presídios, além de contribuir para o aumento da resistência às diversas drogas e da propagação dessas micobactérias resistentes na comunidade (OLIVEIRA E CARDOSO, 2004).

O controle da tuberculose nas prisões deve ser parte rotineira das intervenções direcionadas a eliminar a doença na comunidade. A colaboração entre o corpo médico das prisões e os programas de tuberculose na saúde pública são importantes para assegurar o tratamento adequado e o seguimento dos pacientes quando eles se movem entre as prisões e a comunidade, garantindo uma melhor qualidade de vida para os presos e um controle mais efetivo da tuberculose dentro e fora das prisões (SANTOS et al., 2012).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com caráter descritivo. De acordo com Marconi e Lakatos (2007) a pesquisa bibliográfica é importante pois procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, artigos, periódicos e outros. Esse tipo de pesquisa tem o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com tudo que já foi escrito sobre determinado assunto e visa não apenas repetir mas proporcionar uma observação sobre um novo visão a problemática ja observadas afim de chegar a uma conclusão inovadora.

A busca pelos textos foi realizada nas seguintes bases de dados: Scielo, google acadêmico e periódicos. Para a seleção dos artigos, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Incidência, Tuberculose, Sistema prisional e Enfermeiro. Foi realizada a leitura dos resumos a fim de selecionar os trabalhos pertinentes ao tema proposto. Os textos selecionados foram os publicados do período de 2010 à 2018 em português.

5 DISCUSSÃO

Para Abrahão, (2003), as prisões, em sua maioria, são locais superlotados, pouco ventilados, e com baixos padrões de higiene e limpeza, a nutrição é inadequada, e comportamentos ilegais, como uso de álcool e drogas ou atividades sexuais (com ou sem consentimento), não são reprimidos. Essas condições são perfeitas para surtos de doenças como tuberculose e HIV. Devido a essas condições, estudo realizados desde 1944, em várias partes do mundo, já apontavam uma prevalência em incidência da tuberculose muito maior na população prisional do que na população geral.

Já para Valença et al., (2016), um ambiente de confinamento com alta prevalência da doença em sua forma ativa, a superlotação populacional, a pobre ventilação e iluminação, justifica-se a ocorrência de tantos casos de infecção por tuberculose diagnosticados, uma vez que a transmissão do bacilo é aérea. Além dos fatores ambientais, aspectos comportamentais, onipresentes na população carcerária, contribuem para um maior risco de infecção pelo bacilo. A maioria dos presos tem um histórico de má nutrição e de uso de álcool, tabaco e outras drogas. Uma vez na prisão, estas pessoas continuam a adotar comportamentos de risco, como uso de drogas e sexo sem proteção (ambos os fatores contribuem para a infecção pelo HIV).

No Brasil, o índice de TB em prisões vem sendo descrita como um problema de saúde pública em muitos países. A prevalência mundial do bacilo de Koch entre detentos pode ser até 50 vezes maior do que as médias nacionais. Em 2012, o índice em todo mundo foi estimado em 169 casos por 100.000 habitantes, enquanto a prevalência média de Tuberculose em presídios de diferentes estados do mundo, entre 1993 e 2011, foi de 1913 casos por 100.000 habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde a incidência está com dados alarmantes que faz o Brasil um dos países com alto índice de TB, segundo a Organização mundial de saúde (OMS).

Apolinário (2013), diz que, os profissionais relatam que diariamente atendem a muitos pacientes. Dados das unidades prisionais demonstram que o grande número de atendimento diário, deve-se à quantidade de presos que excede a capacidade de cada unidade. Percebe-se que as unidades em geral estão com 40% de população acima de sua capacidade, e conforme os dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), de dezembro de 2011, o Estado de São Paulo tem

um contingente de 180.059 pessoas entre homens e mulheres privados de liberdade, ou seja, muito acima da real disponibilidade de vagas existentes. Já no Espírito Santo, o número de detentos é 19,4 mil, homens e mulheres.

Santos e Sá (2014), afirmam que os profissionais que atuam nestes espaços são em número reduzido, com contratos de trabalho precários e baixa remuneração, o que de algum modo contribui para a elevada rotatividade das equipes e fragilidade dos programas locais de controle da tuberculose. No âmbito da população prisional, fatores como falta de conhecimentos sobre a doença, o medo, o estigma, a discriminação e os prejuízos nas relações interpessoais que esta condição pode proporcionar interferem no acesso aos serviços de saúde ou mesmo à adesão ao tratamento da tuberculose.

Segundo Abrahão (2003), a variada periculosidade da população carcerária, aliada às complexas relações entre aprisionados, profissionais responsáveis pela segurança e diretoria da unidade, resultam em dificuldade para o trabalho dos profissionais de saúde junto aos presos. Conseqüentemente, os casos bacilíferos raramente são diagnosticados em tempo hábil à fim de evitar a disseminação da micobactéria para os demais detentos e quando isso ocorre, a falta de controle ou a interrupção do tratamento perpetuam a fonte de infecção e aumenta o risco de casos resistente as drogas.

Souza et al. (2012), em um estudo realizado em prisões do Nordeste do Brasil, verificaram que a decisão de permitir o acesso aos serviços de saúde era tomada por profissionais da área de vigilância epidemiológica, e que este era um fator que contribuía para o atraso no diagnóstico e para a dificuldade de controle da TB no sistema prisional.

Um estudo realizado por Oliveira, Natal e Camacho (2015), mostrou a insuficiência de recursos humanos e materiais, prejudicial à execução das ações de saúde. A falta de coordenação entre as unidades de saúde das prisões e o sistema de saúde extramuros resultou, em estudo apresentado por Castro (2011), na indefinição de responsabilidades nas ações de saúde nas prisões, comprometendo também, o sistema de informação e a continuidade do tratamento dos egressos. O sistema de registro e notificação está presente, mas ainda carece de aperfeiçoamento.

Santos e Sá (2014), relata que segundo a experiência do doente apenado, o atraso no diagnóstico da TB (fator que contribui para os alarmantes índices da

doença em presos), “está relacionado à naturalização da desassistência ao sujeito preso, à interpretação do presídio como um lugar de morte e sofrimentos e à privação do direito à saúde para detentos em decorrência de sua posição”. Com isso, evidencia-se, ainda, maior descaso de uma doença que já é mundialmente reconhecida como negligenciada, na medida em que a privação de liberdade impõe iniquidade de acesso à assistência em saúde para este grupo populacional. Desta forma, o cenário da pesquisa aponta para outro grande desafio ao controle da TB em presídio: a mudança de concepções sobre o direito à saúde dos apenados. Enxergar o acesso ao sistema de saúde como direito dos detentos e não como concessão do sistema prisional, pode ser o primeiro passo para promover a autonomia dos presos sobre a própria saúde.

A Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, em que foi aprovado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ele é designado a prover atenção integral à saúde da população prisional, através de ações e serviços que tenham como propósito alavancar a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dessa problemática, bem como estabelecer prioridades e linhas de ação para que esses objetivos sejam desenvolvidos e alcançados. Uma das linhas de ação instituídas atribui-se ao controle da tuberculose, no que se refere à busca de novos casos, tratamento dos portadores e proteção dos saudáveis (BRASIL, 2005).

Pela Secretaria de Estado da Justiça (2018) o Espírito Santo é o estado com melhor cobertura de saúde do sistema penitenciário nacional, assim atende a 94% dos internos nas dependências das unidades locais dentro dos presídios, é o único estado que possui uma unidade de referência no tratamento de tuberculose, dispõe de farmácias com um arsenal de 170 medicamentos, atua conforme as normas da Agência Nacional de vigilância Sanitária (ANVISA).

Macedo, Macedo e Maciel (2013), realizaram um estudo retrospectivo referente aos casos de TB em 27 unidades Prisionais do ES. Observaram-se 167 casos de tuberculose (taxa de incidência de 1962,6 por 100 mil presos). O sexo masculino apresentou maior número de pacientes, assim como a faixa etária de 25 a 36 anos e a forma clínica pulmonar. Sobre o desfecho dos casos, destaca-se que 167 (65,3%) pacientes tiveram alta por cura, ocorrendo dois óbitos durante o período, sendo a taxa de mortalidade por tuberculose de 11,7 por 100 mil presos. A maior incidência da tuberculose foi em pacientes localizados nas unidades prisionais

da Região Metropolitana e um pequeno número de casos ocorreu em outros locais externos às unidades prisionais.

O enfermeiro tem um papel importante no programa de controle da tuberculose, organizar e cumprir as recomendações do Ministério da Saúde e, segundo a Portaria da Atenção Básica no 648, de 28 de março de 2006, o diagnóstico de tuberculose nos serviços de saúde está implícito nas atribuições desse profissional: “Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2003).

A partir desse contexto, a atuação do enfermeiro no Tratamento Diretamente Observado (TDO) deve contemplar duas dimensões do processo de trabalho: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, e a assistencial, ligada à organização e à realização das ações do cuidado, diretamente envolvidas no tratamento. Estas duas dimensões podem ser organizadas por meio da elaboração e da implantação de protocolos de enfermagem adaptados às unidades de saúde nos níveis estaduais, municipais e locais (BRASIL, 2011).

Para Sousa, Balduino e Silva (2016) o enfermeiro é o profissional que, sem dúvida, recebeu na Atenção Básica o papel de protagonista na prevenção e controle da tuberculose, o que deve ser feito com planejamento e compromisso, portanto a sistematização do trabalho é de fundamental importância para evitar intercorrências que favoreçam o abandono, a recidiva, a falência e a tuberculose resistente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os estudos analisados foi possível identificar que existem altas taxas de infecção por TB nos presídios brasileiros e que a infecção está relacionada principalmente a falta de infraestrutura, como superlotação e pouca ventilação. Além disso, os presos apresentaram um histórico de má nutrição, e alto consumo de álcool e drogas ilícitas.

Considerando as ações de diagnóstico da TB em presídios, o estudo sugere avanços nas ações de busca de sintomáticos respiratórios, com sentido de vigilância, que possibilitem o diagnóstico precoce da TB em penitenciárias, somados a melhoria da qualidade da assistência de saúde nos presídios e da articulação com outros serviços da rede de saúde.

Falhas neste processo implicam prejuízos – ao doente: complicações clínicas e resistência medicamentosa; à comunidade: exposição ao bacilo; e ao Estado: a administração de um quadro complexo e oneroso.

Fazem-se necessárias ações de educação e sensibilização à tuberculose nas prisões, garantindo a visibilidade do problema, promover o conhecimento acerca da doença para além da sua forma de tratamento e prevenção, possibilitar a desconstrução de valores que fomentam práticas discriminatórias, valorizar a contribuição dos diferentes membros da comunidade carcerária no controle da tuberculose e favorecer a percepção da saúde como um bem comum e um direito de todos.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, R. M. C. M. **Diagnostico da Tuberculose na População Carcerária dos Distritos Policiais da Zona Oeste da Cidade de São Paulo**. 2003. 174 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

APOLINARIO, F. H. **Significados Atribuídos por Enfermeiros à Assistência que Prestam a Indivíduos em Situação Prisional**. 2013. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, 2013.

BARBOSA. M. L. et al. *Atenção Básica À Saúde De Apenas No Sistema Penitenciário: Subsídios Para Atuação De Enfermagem*. **Rev. Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 586-592, out/dez, 2014.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** Infopen, 2016. Disponível em:<<https://www.google.com.br/search?q=O+Brasil+esta+em+terceiro+lugar+com+número+de+peçoas+presas%2C+sendo> acessado em 20-11-2018.

BRASIL, Ministerio da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília: Ministério da Saúde, 580,p.8.2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim **Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. Disponível em:<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/05/2018-041.pdf> em acessado em 27/09/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1777. Gabinete do Ministro**, 09 de setembro de 2003. Disponível em:<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri_1777_09_09_2003.html> Acesso em 26 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Ministério da Saúde 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atencão básica: protocolo de Enfermagem**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2011. Disponível em:<http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf>. Acesso em: 11 dez 2018.

CASTRO, V. D. **Saúde nas prisões: um estudo da implementação do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário.** 2011. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

CONDE, M. B.; MARQUES, F. A. F. *III Diretrizes para a TB da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.* **J. Bras. Pneumol**, v. 35, n. 10, p. 1018-1048, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. *Legislação comentada: lei do exercício profissional e código de ética/Organização:* Helga Regina Bresciani et al. Florianópolis: Letra Editorial, 2016. 137p. – (Cadernos Enfermagem; v.3).

CONSTITUIÇÃO (1988). **CONSTITUIÇÃO [DA] REPÚBLICA FEDERATIVA DO Brasil.** Brasília: Senado Federal. 1988. Disponível em: <http://WWW.planalto.gov.br/CCIVIL_03/constituico compilado.htm>. Acesso em :18 de abr.2018.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). **Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões.** Rio de Janeiro: Departamento Penitenciário Nacional; 2012.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN), Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização - Junho de 2016.** Brasília, 2017.

FERRI, A. O. et al. *Diagnóstico da tuberculose: uma revisão.* **Revista Liberato**, v. 15, n. 24, p. 105-212, jul./dez. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância, **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino serviço**/coordenado por Maria Jose Procópio. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

Jornal Da USP. c2018. DISPONÍVEL EM: <<https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-humanas/desigualdade-social-e-principal-motivo-de-mortes-por-tuberculose/>> Acesso em: 11 dez. 2018.

JUNIOR, S. F.; OLIVEIRA, H. B. MARIN-LÉON, L. *Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde.* **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 1, p. 100-113, 2013.

JUNIOR, W. V. **O Controle da Tuberculose nos Presídios: Atuação das Equipes de Saúde na Região (DRS VI) de Bauru/SP.** 2013. 123 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, 2013.

MACEDO, L. R.; MACEDO, C. R.; MACIEL, E. L. N. *Vigilância Epidemiológica da Tuberculose em Presídios do Espírito Santo.* **Rev Bras Promoc Saude**, v. 26, n. 2, p. 216-222, abr./jun. 2013.

MACEDO, L. R.; MACIEL, E. L. N. STRUCHINER, C. J. *Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil*, **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 4, p. 783-794, out-dez. 2017.

MACEDO, L. R. ***Tuberculose na População Privada de Liberdade: Características Clínicas e Epidemiológicas Relacionadas à Doença***. 2014. 91f. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

MACHADO, J. C. et al. *A Incidência De Tuberculose Nos Presídios Brasileiros: Revisão Sistemática*. **Rev. Aten. Saúde**, v. 14, n. 47, p. 84-88, jan./mar., 2016.

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

MUNIZ, J. N. et al. *Aspectos epidemiológicos da co-infecção TB e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003*. **J. Bras. Pneumol**, v. 32, n. 6, p. 529-34, 2006.

NÁPOLES, K. O. Universidade Federal de Minas Gerais, ***Plano De Intervenção Para Prevenção De Tuberculose No Município De São João Do Oriente***, MINAS GERAIS, 2015.

NOGUEIRA, J. A. et al. *Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da TB na percepção do agente de saúde*. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 1, p. 106-18, 2000.

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

OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S.; CAMACHO, L. A. B. *Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil*. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 543-554, Mar. 2015.

RIBEIRO, D. S. ***O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?*** 2014. 169 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

ROGERIO, W. P. *Prevalência e Fatores Associados à Infecção pelo M. Tuberculosis entre Agentes Comunitários de Saúde*. 2013. 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.

SÁ, L. D. et al. *Tratamento Da Tuberculose Em Unidades De Saúde Da Família: Histórias De Abandono*. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 4. p. 712-718. Out-Dez. 2007.

SANTOS, J. S.; BECK, S. T. *A coinfeção TB e HIV: um importante desafio - Artigo de revisão*. **RBAC**, v. 41, n. 3, p. 209-215, 2009.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_intervencoes_ambientais_contr_ole_tuberculose_priso.es.pdf>. Acesso em 11 dez. 2018.

SANTOS, M. N. A. SÁ, A. M. M. *Viver com Tuberculose em Prisões: O Desafio de Curar-Se*. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 4, p. 854-861, Out-Dez, 2014.

SECRETARIA DA JUSTIÇA ESPÍRITO SANTO - SEJUS. *Portaria Interministerial nº 690*. Publicado em 29 de Setembro de 2008, P. 34. Disponível em:<[Sejus.es.gov.br/Media/sejus/Arquivos%20PDF/Seleção%20OSS/ANEXO%203.1.%20INFORME%20TÉCNICO.pdf](http://sejus.es.gov.br/Media/sejus/Arquivos%20PDF/Seleção%20OSS/ANEXO%203.1.%20INFORME%20TÉCNICO.pdf)>Acesso em 25 de mar.2018.

SOUZA, G. P.; BALDOINO, L. S.; SILVA, M. R. S. *Atuação do Enfermeiro no Controle da Tuberculose Pulmonar em Unidades Básicas de Saúde Teresina-PI*. *R. Interd.* v. 9, n. 4, p. 122-131, out. nov. dez. 2016.

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

SOUZA, M. O. S.; PASSOS, J. P. *A Prática de Enfermagem no Sistema Penal: Limites e Possibilidades*. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 3, p. 417-423, set. 2008.

VALENÇA M. S. et al. *Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2147-2160, 2016.