

CARMEN MÜLLER
JONAS DE SOUZA PINTO

**PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE CONSIDERANDO A
COMORBIDADE HIV/AIDS: UM ESTUDO DE CASO DO SISTEMA
PENITENCIÁRIO DO PARANÁ E DO COMPLEXO MÉDICO PENAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Contabilidade do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas.

Orientador Prof.: Blênio César Severo Peixe

CURITIBA

2009

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Blênio César Severo Peixe pelas valiosas contribuições para a realização do presente estudo.

A Dra. Cinthia Maria Bernardelli, Diretora do Complexo Médico Penal pelo apoio prestado para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Luciana Luisa Caneparo pelo apoio técnico durante a estruturação do relatório.

Aos nossos familiares pela compreensão e incentivo para alcançarmos mais este objetivo.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a conclusão deste estudo.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1 – Taxa de Incidência de Tuberculose, América Latina, 1997.....	7
Quadro 2 – Mortalidade por Tuberculose, 1997.....	9
Figura 1 – Distribuição Geográfica das Unidades Penais no Estado do Paraná	30
Figura 2 – Fluxograma de Orientação e Conduta frente a um Caso Suspeita de Tuberculose Pulmonar Bacílfera no Sistema Prisional	33

LISTA DE SIGLAS

<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>	- AIDS
<i>Centers of Disease Control</i>	- CDC
Complexo Médico Penal	- CMP
Departamento Penitenciário do Paraná	- DEPEN/PR
Laboratórios Central	- LACEN
<i>Multidrug Resistant Tuberculosis</i>	- MDR-TB
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	- MT
Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde	- NOB-SUS
Organização Mundial de Saúde	- OMS
Programa de Controle da Tuberculose	- PCT
Programa Nacional de Controle da Tuberculose	- PNCT
Região Metropolitana de Curitiba	- RMC
Secretaria de Saúde	- SESA
Sintomático Respiratório	- SR
Sistema de Informação de Agravos de Notificação	- SINAN
Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose	- SILTB
Tuberculose	- Tb
Tuberculose Multidrogaresistente	- TBMDR
Vigilância Epidemiológica	- VE

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tratamento de Tuberculose – Esquema I	15
Tabela 2 – Tratamento de Tuberculose – Esquema IR.....	16
Tabela 3 – Tratamento de Tuberculose – Esquema II.....	16
Tabela 4 – Tratamento de Tuberculose - Esquema III	16
Tabela 5 – Demonstrativo do esquema de tratamento da tuberculose, duração e custo de cada tratamento	18
Tabela 6 – Recursos humanos da área de saúde no CMP, 2008	29
Tabela 7 – Estabelecimentos penais no Estado do Paraná e total de presos, 2005	31
Tabela 8 – Coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas, notificado pelo Complexo Médico Penal, 2004 a 2008	34
Tabela 9 – Demonstrativo sobre o número de casos de tuberculose notificados no Complexo Médico Penal, por tipo de entrada, forma de doença, resultados de baciloscopias, anos 2004-2008	35
Tabela 10 – Demonstrativo sobre o número de casos de tuberculose notificados no Complexo Médico Penal, por Raio X realizados, exames anti-Hiv, esquema de tratamento e antibiograma, anos 2004-2008	36
Tabela 11 – Demonstrativo sobre o número de casos de tuberculose notificados no complexo médico penal, por sexo e escolaridade dos presos/doentes, 2004-2008.....	37
Tabela 12 – Demonstrativo sobre o número de casos de tuberculose notificados no Complexo Médico Penal, por idade dos presos/doentes, 2004-2008.....	37
Tabela 13 – Demonstrativo da situação de encerramento dos casos de tuberculose notificados no Complexo Médico Penal, 2004-2008.....	38

RESUMO

MÜLLER, C.; PINTO, J. DE S. **Programa de Controle de Tuberculose considerando a Comorbidade Hiv/Aids: um Estudo de Caso do Sistema Penitenciário do Paraná e do Complexo Médico Penal.**

Este estudo apresenta a situação da tuberculose no Sistema Penitenciário do Complexo Médico Penal (CMP), em Pinhais, no Estado do Paraná. Além da caracterização do CMP, traça o perfil do preso/doente e analisa a situação de tratamento e encerramento dos casos de tuberculose notificados no período de 2004 a 2008. Os dados foram coletados em fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), posteriormente foram analisados e tratados por meio do Estudo de Coorte. A partir do que, foi possível concluir que a tuberculose acomete a população carcerária jovem e em idade produtiva. Com relação ao acompanhamento dos casos foi constatado que a alta taxa de incidência e abandono de tratamento dessa doença se constituem nas variáveis mais significativas. Sendo que o abandono ao tratamento representa um dos principais problemas relacionados ao controle da doença, uma vez que pode evoluir para um tipo de multidrogaresistente. Constatou-se, ainda, que as atuais ações desenvolvidas para o controle da tuberculose no Sistema Penitenciário do Paraná não são suficientes para estabelecer o diagnóstico precoce e tratamento e monitoramento adequado dos presos/doentes até obtenção da cura. O estudo aponta, também alta taxa de recidivas, não-realização de exames anti-HIV e baciloscopias para todos os casos e falta de realização da cultura e antibiograma. Em decorrência destes problemas identificados pode haver a disseminação para a comunidade de cepas multidrogasresistentes. Isto demonstra há necessidade de (re)definição de políticas públicas específicas para esta população, visando o adequado estabelecimento do controle para evitar a disseminação da cepa multidrogaresistente na comunidade em geral atendendo ao estabelecido no Programa de Controle de Tuberculose, oficializado em 2006.

Palavras-chaves: Controle de tuberculose. Sistema Penitenciário.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	iii
LISTA DE SIGLAS	IV
LISTA DE TABELAS	v
RESUMO	vi
1. INTRODUÇÃO	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2.1. A TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO	4
2.2. TUBERCULOSE – SINAIS E SINTOMAS	10
2.3. TUBERCULOSE E AIDS	12
2.4. CONCEITOS BÁSICOS	14
2.5. ESQUEMAS DE TRATAMENTO	15
2.6. ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO	20
2.7. PERSPECTIVAS PARA NOVOS TRATAMENTOS	22
2.8. PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.....	23
3. METODOLOGIA	26
3.1. LOCAL DA PESQUISA	26
3.2. COLETA DE DADOS	26
3.3. TRATAMENTO DOS DADOS	27
3.4. ANÁLISE DOS DADOS	27
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO COMPLEXO MÉDICO PENAL.....	28
4.2. DADOS POPULACIONAIS	30
4.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
5. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS	40
6. REFERÊNCIAS	42
7. ANEXOS	46

1. INTRODUÇÃO

Este estudo pretende responder a seguinte questão norteadora: As atuais ações desenvolvidas para o controle da Tuberculose (Tb) no Sistema Penitenciário do Paraná, são suficientes para estabelecer o diagnóstico precoce, tratamento e monitoramento adequado dos presos até a obtenção da alta por cura?

A tuberculose afirmou-se no início do Século XXI, como uma doença renovada, ativa e com altos índices de morbi-mortalidade. Isto é alarmante uma vez que trata-se de uma doença evitável e curável, com tratamento específico.

Atualmente, ser contagiado pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MT), pode constituir uma situação de enorme gravidade. O perigo das resistências é o novo desafio lançado pela tuberculose. O MT é um microorganismo de crescimento aeróbio, que se transmite essencialmente por via inalatória, o que faz do aparelho respiratório o local de eleição para o seu desenvolvimento, embora possa atingir outros órgãos.

O contágio, inalação do bacilo, dá-se através de aerossolização da expectoração de um doente, os quais atingem o macrófago alveolar.

Recentemente, a tuberculose tornou-se uma doença reemergente nos países desenvolvidos, mas manteve a ocorrência em níveis elevados e, eventualmente crescente nos países em desenvolvimento. A tuberculose no Brasil não é um problema de saúde pública emergente nem reemergente, e sim, um problema presente.

Nas últimas décadas, o controle da tuberculose foi negligenciado pelas políticas públicas, sociedade e comunidade científica, pelo equivocado entendimento de que o problema estaria sob controle ou resolvido.

Com os novos avanços tecnológicos, acreditava-se que doenças infecto-contagiosas, como a Tb seriam facilmente controladas no nosso meio. A realidade porém mostrou-se contraditória.

Vários fatores têm criado condições propícias para o recrudescimento da Tb, destacando-se o fator social como determinante principal associado à ocorrência da doença.

O surgimento da epidemia de AIDS na década de 1980 e o aparecimento da Tuberculose Multidrogaresistente (TBMDR) agravam ainda mais o problema da doença.

De outro modo, a falta de estratégias adequadas nas áreas social e de saúde, mais especificamente relacionadas com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) se constituem em um problema. Do mesmo modo, os altos índices de morbimortalidade de casos de tuberculose na população penitenciária de Curitiba e Região Metropolitana, os quais chegam, muitas vezes, ao Complexo Médico Penal (CMP) em estágio avançado da doença, bacilíferos e já tendo disseminado a doença para outras pessoas, se caracterizam como um grave problema.

Este fato, implica na necessidade de se estabelecer políticas públicas de saúde no Sistema Penitenciário do Paraná para realizar o diagnóstico precoce e controle dessa doença, evitando a sua disseminação para outras pessoas (funcionários, presos e comunidade em geral), que inclusive, correm o risco de disseminar uma forma de tuberculose multidrogaresistente (MDR) devido a grande taxa de abandono do tratamento, no sistema penitenciário.

Os autores são enfermeiros militantes no trabalho das doenças infecto-contagiosas, em ambientes insalubres e observaram por pressuposto que ao longo dos anos, as condições de confinamento, aliadas ao aumento da população penitenciária em espaços pouco ventilados e com infraestrutura precária levou ao aumento drástico e significativo dos casos de Tb no Sistema Penitenciário do Paraná.

O presente estudo propõe uma revisão de literatura com a pesquisa bibliográfica exploratória realizada em livros e documentos pertinentes ao assunto, encontrados em variadas formas de mídia (jornais, revistas, internet), bem como propõe consulta as bases de dados epidemiológicas, com o intuito de, ao final realizar a análise crítica de todo conteúdo obtido, a fim de contribuir para a documentação histórica, trazer subsídios para a (re)formulação de políticas públicas para o setor e incentivar outras pesquisas referentes ao tema escolhido.

Pretende, ainda sensibilizar os gestores públicos sobre a importância de se estabelecer estratégias para o controle da tuberculose no sistema penitenciário, intensificando-se a vigilância dos sintomáticos respiratórios; aumentando as taxas de cura; diminuindo o abandono do tratamento, diminuindo os gastos do SUS com esquemas terapêuticos onerosos, e, por fim, evitar o impacto danoso sobre a sociedade na disseminação de uma forma de tuberculose multidrogaresistente, já que o preso interage com a sociedade através de visitas de familiares, funcionários, advogados e por ocasião da liberdade.

Tem como objetivo principal desenvolver um estudo sobre o controle e avaliação do Programa de Tuberculose para subsidiar a elaboração de políticas públicas para o setor visando reduzir a morbi-mortalidade por tuberculose no sistema penitenciário da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) e Complexo Médico Penal (CMP).

E como objetivos específicos conhecer os fundamentos teóricos sobre as questões da tuberculose como doença endêmica; apresentar a estrutura de saúde das Unidades Penais de Curitiba e Região Metropolitana; levantar e analisar dados epidemiológicos do Estado do Paraná e do Complexo Médico Penal a situação da tuberculose, buscando conhecer o impacto dessa doença na sociedade; realizar diagnóstico da situação de casos de tuberculose no sistema penitenciário e Complexo Médico Penal do Paraná e propor medidas para a (re)definição políticas públicas relativas ao acompanhamento e controle dos casos de Tb, com vistas a evitar a disseminação da doença e gastos desnecessários.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Destacam-se os seguintes itens nesta abordagem da fundamentação teórica: tuberculose no Brasil e no mundo, a tuberculose como um grande problema social e a taxa de incidência nas Américas e demais continentes, tuberculose sinais e sintomas, tuberculose e AIDS, conceitos, sistema de informação SINAN, busca de casos e esquemas e acompanhamento de tratamento. Além de tratar das perspectivas para novos tratamentos incluindo a tuberculose multirresistente e do Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário.

2.1. TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO

Estudiosos sobre o tema da tuberculose têm estudado os aspectos históricos, econômicos e sociais envolvidos e mencionam:

a grave situação mundial da tuberculose está intimamente ligada ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda e à urbanização acelerada. Este quadro contribui para a manutenção da pobreza, pois, como a AIDS, a tuberculose atinge, principalmente, indivíduos que poderiam ser economicamente ativos. A epidemia de AIDS e o controle insuficiente da tuberculose apontam para a necessidade de medidas enérgicas e eficazes de saúde pública. A emergência de focos de tuberculose multirresistente (TBMR), tanto nos Estados Unidos da América, no início dos anos noventa, quanto atualmente, nos países que compunham a antiga União Soviética, tem mobilizado o mundo para a questão da tuberculose. (HIJJAR et al., 2001, p. 1)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que haja anualmente 1,9 milhões de mortes por tuberculose, 98% delas em países em desenvolvimento.

HIJJAR et al. (2001, p.1) comentam que, “cerca de 350.000 mortes em casos de associação da tuberculose com a AIDS”. O número anual de novos casos de tuberculose é estimado em cerca de 8,7 milhões, sendo que 80% concentrados em 22 países, entre eles o Brasil. A “TBMR está presente em 63 dos 72 países que participaram do inquérito mundial realizado no período de 1994-1999” (HIJJAR et al., 2001, p. 1).

Acrescenta, ainda, que caso a gravidade deste quadro não se reverta, teme-se que, até 2020, um bilhão de pessoas sejam infectadas, 200 milhões adoeçam e 35 milhões possam morrer (HIJJAR et al., 2001, p. 1).

Os números do Brasil são extremamente preocupantes, seja considerando a

situação do país como um todo ou apenas por regiões,

Em 2000 foram notificados 82.249 casos novos, sendo 38.690 no Sudeste, 23.196 no Nordeste, 9.281 no Sul, 5.901 no Norte e 3.522 no Centro-Oeste. A distribuição por formas clínicas mostrou: 60,7% de pulmonares com baciloscopia positiva, 24,9% de pulmonares sem confirmação bacteriológica e 14,4% de extrapulmonares (HIJJAR et al., 2001).

No Brasil, pelo sistema rotineiro de notificação dos casos de tuberculose, têm-se observado percentuais de associação muito diversos entre as Unidades Federadas: maior nas do Sul e do Sudeste e menor nas das outras regiões, exceto o Distrito Federal que, situado no Centro-Oeste, apresenta alto percentual. Entre os casos de AIDS no momento da notificação, tem-se observado um percentual de associação de tuberculose, de todas as formas, próximo de 30%, sendo a segunda causa de óbito depois de outras pneumonias. Por sua vez, em 2,5% dos casos de AIDS notificados há associação com micobactérias não-tuberculose (HIJJAR, et al., 2001).

De acordo com BELLIN et al., (1993 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004, p. 23) “a incidência de tuberculose é maior entre os presos do que na população geral”. Mesmo antes da prisão, “muitos detentos estão expostos a fatores de alto risco para a doença, como desnutrição, higiene escassa e condições de vida inadequadas” (REYES e CONINX, 1997 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004, p. 25).

Além disso, as penitenciárias impõem um risco adicional para a transmissão: a superlotação (MACINTYRE et al., 1997 apud CARDOSO e OLIVEIRA, 2004) e a pouca ventilação são dois fatores que freqüentemente coexistem nas prisões, juntamente com condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico e uso de drogas (GLASER e GREIFINGER, 1993 apud CARDOSO e OLIVEIRA, 2004).

No que se refere ao impacto da tuberculose a literatura refere que,

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. Os muros são irrelevantes diante da trivialidade do movimento de indivíduos entre o sistema prisional e a comunidade. A infecção por tuberculose contraída na comunidade pode iniciar uma epidemia dentro de uma prisão, enquanto que a rota inversa de transmissão é igualmente possível (CARDOSO e OLIVEIRA, 2004, p. 3).

Além das frequentes transferências, a demora na identificação de presos suspeitos de apresentar tuberculose e o descuido nos procedimentos de controle e terapia tem favorecido a eclosão da doença em prisões (MARCH et al., 2000 e

CONINX et al., 1999 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004).

Os institutos correcionais, tradicionalmente, não têm sido considerados como participantes importantes nas intervenções de saúde pública (JONES et al., 1999 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004).

A tuberculose nas prisões já foi rotulada como uma praga esquecida (DROBNIIEWSKI citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004), e as inúmeras ações preconizadas para o controle da tuberculose nesse ambiente (WHO, 1998) não são rotineiramente adotadas, evidenciando descaso e negligência.

O abandono de tratamento contribui de modo significativo para a grande transmissibilidade do bacilo nos presídios, além de contribuir para o aumento da resistência às diversas drogas (CONINX et al., ZELLWEGGER e COULON 1999 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004) e da propagação dessas micobactérias resistentes na comunidade (CONINX et al., 1999; VALWAY et al., 1991; VALWAY, 1994 et al. citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004).

OLIVEIRA E CARDOSO (2004) mencionam que nos casos em que foi aplicado o tratamento supervisionado, não houve abandono e a cura foi alcançada na maioria dos pacientes, sendo a supervisão aconselhada em populações com alta taxa de resistência (CONINX et al., 1999 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004) ou com falhas no uso da medicação (VALWAY, 1994 et al., citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004).

Usualmente não deveria haver morte por tuberculose: ainda que seja inadequado, o tratamento evita o óbito e mantém o indivíduo bacilífero e crônico (ZELLWEGGER e COULON 1999; OLIVEIRA e MOREIRA FILHO, 2000 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004). O óbito ocorre tão somente se há demora ou falha no diagnóstico (BAKHSHI et al., 1998; PABLOS-MÉNDEZ citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004).

O atraso na instituição do tratamento é desastroso quando o paciente em questão é imunocomprometido (BAKHSHI et al., 1998). Estudos sobre cepas de *Mycobacterium tuberculosis* mostraram que a presença de infecção por HIV é um fator de risco para o desenvolvimento de resistência às drogas antituberculose (MARCH et al., 2000 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004). Uma terapia adequada possibilita a cura da tuberculose em pacientes com AIDS, prolongando a sobrevivência (BAKHSHI et al., 1998).

A estratégia do DOTS tem sido efetiva para a prevenção de novos casos,

especialmente em áreas grandemente afetadas pelo HIV, juntamente com a busca ativa de casos e o diagnóstico precoce.

RODRIGO et al. (2002) constataram a redução da incidência da tuberculose nas prisões como resultado da implementação de tratamento supervisionado, da busca ativa de casos e da diminuição do tempo de demora do diagnóstico e do abandono de tratamento.

O monitoramento da tuberculose nas prisões deveria ser parte rotineira das intervenções direcionadas a eliminar a doença na comunidade. A cooperação entre o corpo médico das prisões e os programas de tuberculose na saúde pública é importante para assegurar o tratamento adequado e o seguimento dos pacientes quando eles se movem entre as prisões e a comunidade (MARTIN et al., 2000; DEAN, 1994 citados por CARDOSO e OLIVEIRA, 2004).

Para OLIVEIRA e CARDOSO (2004) “é imperativo vencer as dificuldades organizacionais, logísticas e políticas para que seja factível a aplicação das estratégias como o DOTS nas prisões, assegurando uma melhor qualidade de vida para os presos e um controle mais efetivo da tuberculose dentro e fora das prisões”.

2.1.1. A tuberculose: um grande problema social

Nas Américas, as taxas de incidência da tuberculose em 1990-1997 foram bem distintas, com notáveis diferenças entre as regiões mais desenvolvidas e os países em desenvolvimento. No quadro 1, verifica-se que os maiores coeficientes de incidência são observados nos países mais pobres das Américas, reproduzindo a situação mundial.

Quadro 1 – Taxa de incidência de tuberculose, América Latina, 1997

> 85/10.000	25-85/100.000	< 25/100.000
Bolívia	Argentina	Costa Rica
República Dominicana	Brasil	Cuba
Equador	Chile	Porto Rico
El Salvador	Colômbia	Uruguai
Guatemala	México	Caribe Inglês
Haiti	Nicarágua	
Honduras	Panamá	
Peru	Paraguai	
	Venezuela	

Fonte: Controle da Tuberculose: Uma proposta de integração, ensino e serviço, FUNASA, 2002, p.32.

O número de casos de tuberculose, de 1990 a 1997, manteve-se praticamente sem alteração, tanto no que se refere à descoberta de casos novos de tuberculose pulmonar bacífera, como no total de casos pulmonares com e sem confirmação bacteriológica. As explicações, além do limite de serviços de diagnóstico e tratamento, incluem o crescimento populacional na região, no período, sem o aumento de oferta de serviços e um precário sistema de notificação de casos novos na maior parte das Américas. Apesar desse estacionamento, não se pode ignorar o possível impacto da quimioterapia que vem sendo utilizada há vários anos em alguns países, inclusive no Brasil, com relativa efetividade (FUNASA, 2002, p. 32).

O mesmo se verifica quando se comparam indicadores de tuberculose nos vários países do mundo. De acordo com a estimativa da OMS, cerca de milhões de pessoas são infectadas por tuberculose a cada ano e, nos países subdesenvolvidos, entre 30% a 60% dos adultos estão infectados. Do universo de infectados, 8 a 10 milhões deverão desenvolver a doença durante a vida, sendo que cerca da metade apresentará formas contagiantes. O quadro completa-se com 3 (três) milhões de óbitos conhecidos e determinados, anualmente, pela tuberculose. O número de casos de tuberculose atinge valores de milhões na Ásia e na China; os menores valores são observados nos países do Mercado Comum Europeu, EUA, Canadá, Japão, Nova Zelândia e Austrália (FUNASA, 2002, p. 32).

No quadro 2 observa-se grande variação geográfica dos coeficientes de mortalidade, que foram maiores nas estimativas para a África (91 a 100/100.000) e menores para os Estados Unidos, Canadá, Japão, Austrália e Nova Zelândia (1.4/100.000). Verifica-se que as estimativas para as Américas são muito superiores às dos países desenvolvidos.

Sendo assim, no Brasil, as taxas de tuberculose nas regiões sócio-economicamente mais frágeis, como o Norte e Nordeste, possuem indicadores mais elevados que as demais. Em 1998, a incidência de tuberculose verificada no Brasil foi de 51,3/100.000.

Entretanto, a grande diversidade de situações epidemiológicas dentro do país faz com que esta incidência não traduza a realidade dos centros onde a prevalência da tuberculose é um grande problema. Por exemplo, em 1998, na cidade do Rio de Janeiro, esta incidência foi de 160/100.000, ou seja, 4 (quatro) vezes superior à média nacional. Mesmo no Rio de Janeiro, se avaliados grandes bolsões de

pobreza, como favelas, verificar-se-á maior gravidade da situação (FUNASA, 2002, p. 32).

Quadro 2 – Mortalidade por Tuberculose, 1997

Região	Óbitos
África	540.000
Américas	66.000
Mediterrâneo Oriental	141.000
Sudeste Asiático	705.000
Pacífico Oeste	355.000
Europa	64.000

Fonte: Dphil, CD-JAMA, 1999 citado IN: Controle da Tuberculose: Uma proposta de integração, ensino e serviço, FUNASA, 2002, p. 33.

Observando o comportamento da transmissão da doença e as características individuais associadas à tuberculose, é possível entender porque a tuberculose é um problema social. Desta forma pode-se citar alguns exemplos: renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim/inexistente, famílias numerosas, adensamentos comunitários, desnutrição alimentar, alcoolismo, doenças infecciosas associadas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e fragilidade de assistência social (FUNASA, 2002, p. 32).

Tomando-se por base os aspectos mencionados, pode-se inferir quais os locais no espaço urbano que têm alto potencial de reprodução da endemia de tuberculose que seriam: favelas, mocambos, alagados, invasões, populações agrupadas em calamidades públicas, populações que vivem em ambientes socialmente fechados (escolas, creches, presídios, casa correccionais, abrigos sociais ou idosos etc.) e pessoas infectadas pelo HIV. No espaço periurbano e rural populações indígenas possuem elevado risco de evolução da endemia.

2.1.2. Características individuais se associam com a tuberculose

Entre outras características, destacam-se as seguintes que o médico necessariamente tem que computar no seu raciocínio: idade, estado imunológico e nutricional e doenças intercorrentes. A tuberculose é uma doença que atinge

principalmente as pessoas na idade produtiva entre 15 a 59 anos (70%), tendo características distintas segundo as faixas de idade. Entre 15 a 29 anos ela reflete a tuberculose primária de pessoas recém-infectadas e, portanto quando ela tem elevados índices, há uma grande possibilidade de haver muitas fontes de infecção na região. Os estados imunológico e nutricional (desnutrição em criança) guardam íntima relação e toda avaliação, mesmo que não aprofundada do ponto de vista laboratorial, deve ser feita pelo médico como elemento de raciocínio. Várias doenças, principalmente por interferência nas defesas imunológicas, podem afetar a evolução da tuberculose como o caso do sarampo, e mais recentemente a epidemia de AIDS. O alcoolismo crônico, em razão do seu cortejo, envolvendo queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social, exposições a situações de risco, entre outros é um importante problema associado à tuberculose, tanto pela sua maior incidência quanto a sua recuperação, inclusive os aspectos comportamentais associados a tratamentos prolongados como é o caso. O uso de drogas imunossupressoras se constitui um elevado risco em pessoas já infectadas que passam a estar mais sujeitas ao adoecimento (FUNASA, 2002, p. 34).

2.2. TUBERCULOSE – SINAIS E SINTOMAS

Segundo MAGRO FILHO e RIBEIRO (2008, p. 45) no início, a tuberculose apresenta-se assintomática, isto é, sem sinais ou sintomas os quais, em geral, evidenciam-se quando a lesão torna-se visível em exames radiológicos - como uma cavidade - ou quando é possível se observar o bacilo infiltrado no pulmão. Assim, sintomas como febre, mal-estar e perda de peso podem passar despercebidos. Com o agravamento da doença, entretanto, surgem novos sintomas como:

- a) tosse que se prolonga por mais de quatro semanas;
- b) dor no peito;
- c) catarro com sinais de sangue;
- d) emagrecimento acentuado;
- e) febre baixa;
- f) suores noturnos.

A evolução da tuberculose é muito variável, apresentando-se com sintomas leves ou ausentes, apesar da formação das cavidades e de fibrose acentuada.

2.2.1. O bacilo

A tuberculose humana é quase exclusivamente causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Essa micobactéria se caracteriza por ser álcool-ácido-resistente (BAAR) em colorações feitas no exame de escarro ou outros líquidos, possuindo taxa de crescimento lento, levando em média seu cultivo em laboratório, cerca de 6 semanas (cultura). Tem a capacidade de permanecer em estado de latência fisiológica durante longo tempo, assumindo o poder de parasitismo intracelular (SOUZA, 2009).

2.2.1.1. A fonte de infecção e a pessoa suscetível – o contágio

De acordo com o Manual de Tuberculose (FUNASA, 2002, p. 49) a fonte de infecção habitual é o indivíduo com forma pulmonar da tuberculose, eliminando bacilos para o exterior. A capacidade do bacilo se transmitir para uma outra pessoa a partir de um doente é conseqüência do estado bacteriológico deste:

- a) doentes bacilíferos (B+) – a baciloscopia do escarro é positiva e o doente elimina uma quantidade de bacilos superior a 5.000 por ml de escarro;
- b) doentes não-bacilíferos – a baciloscopia do escarro é negativa e a cultura pode ser positiva (C+) ou negativa (C-).

Calcula-se que, durante um ano, numa comunidade, uma fonte de infecção poderá infectar, em média, de 10 a 15 pessoas que com ela tenham tido contato.

2.2.2. Busca na comunidade

Deve-se fazer a busca de casos em todas as pessoas que apresentem tosse e expectoração por três semanas ou mais, através do exame bacteriológico. Quando a baciloscopia direta for persistentemente negativa, deve-se realizar exame radiológico do tórax. Esta atividade deve integrar o trabalho do agente que faz visita domiciliar sistemática, sobretudo nas comunidades em que esteja organizada a atenção primária de saúde (FUNASA, 2002, p. 65).

Atenção especial deve ser dada a populações de maior risco de adoecimento, representadas, sobretudo, por residentes em comunidades fechadas, como

presídios, manicômios, abrigos e asilos, onde se justifica a busca ativa periódica de casos. Alcoólatras, usuários de drogas, mendigos, trabalhadores de saúde e outros em situações em que haja contato próximo com os bacilíferos, são também prioritárias para esta ação. Também incluem-se nesta categoria os imunodeprimidos por uso de medicamentos e por serem portadores de doenças imunossupressoras (FUNASA, 2002, p. 66).

Na infecção pelo HIV principalmente na fase avançada da imunossupressão (nível sérico de CD4 inferior a 200 cels/mm³ ou linfócitos em quantidade inferior a 1000 cels/mm³), deve-se suspeitar de tuberculose na presença de qualquer sintoma respiratório e/ou de quadros de febre de origem indeterminada. A justificativa para essa conduta deve-se à alta frequência de manifestações atípicas de tuberculose e à ocorrência de outras doenças respiratórias causadas por agentes oportunistas (FUNASA, 2002, p. 66).

2.3. TUBERCULOSE E AIDS

Desde o seu surgimento no início da década de 80, o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV) tornou-se um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da tuberculose nas pessoas infectadas ("portadoras") pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A chance do indivíduo infectado pelo HIV adoecer de tuberculose é de aproximadamente 10% ao ano, enquanto que no indivíduo imunocompetente é de 10% ao longo de toda a sua vida (ABC SAÚDE, 2009).

No Brasil, conforme a faixa etária, a co-infecção tuberculose-HIV pode chegar até em torno de 25% (ABC SAÚDE, 2009).

2.3.1. O vírus HIV e a imunodeficiência humana

O aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV), modifica a epidemiologia da tuberculose e dificulta seu controle. A Organização Mundial da Saúde (OMS), calcula entre 5 a 10 milhões de indivíduos infectados atualmente no mundo pelo HIV. Destes, 2 a 8% vão desenvolver a síndrome completa (AIDS), estimando-se a ocorrência de 500.000 a 3.000.000 de casos novos de AIDS nos próximos anos (FUNASA, 2002, p. 34).

A infecção por HIV é o maior fator de risco para se adoecer por tuberculose

em indivíduos previamente infectados pelo bacilo. De outro modo, é uma das primeiras complicações entre os infectados pelo HIV surgindo antes de outras infecções freqüentes, devido à maior virulência do bacilo da tuberculose, independente do comprometimento significativo do sistema imunológico. Verifica-se, assim, a importância da tuberculose como fator de complicação em pessoas infectadas pelo HIV. A redução das doenças infecciosas oportunistas, no final da década de 1990, foi decorrente ao uso de potentes anti-retrovirais, mudança esta também verificada no Brasil (FUNASA, 2002, p. 34).

Os números dessa associação são preocupantes, pois a evolução do estado de infecção para o adoecimento são muito diferentes entre pessoas imunocompetentes e aquelas infectadas pelo HIV. Enquanto nas primeiras as chances de que a infecção tuberculosa evolua para a doença tuberculosa são de 10% ao longo de suas vidas, nos indivíduos infectados pelo HIV essa chance passa a ser de 8 a 10% ao ano. Em 1999, a OMS estimava a existência de 33,6 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS e 637 mil casos de tuberculose associada com HIV, no mundo (FUNASA, 2002, p. 342).

A tuberculose tem sido um dos principais complicadores dos infectados pelo HIV. Nos países da África, da América Latina e em algumas populações de países desenvolvidos, 30% a 60% dos infectados com o HIV estão co-infectados pelo bacilo da tuberculose (FUNASA, 2002, p. 34).

No Brasil, entre as notificações em pessoas com 13 ou mais anos de idade, a tuberculose representa 26,9% do total de casos de AIDS notificados. A estimativa de pessoas vivendo com HIV/AIDS no ano de 2000 era de 480 mil a 600 mil. Além disso, desde 1996 a tuberculose passou a ocupar o segundo lugar entre as doenças oportunistas ligadas à AIDS, entre os casos notificados, atrás somente da candidíase oral e suplantando a infecção mais freqüente até aquela data, a pneumonia por *Pneumocystis carini* (FUNASA, 2002, p. 35).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, entre 1980 e junho de 2000, ocorreram 190.523 casos de AIDS. Estima-se que 20% a 40% desenvolveram tuberculose, o que poderia mudar a tendência do doença no grupo etário de 15 a 49 anos, e em regiões de grande prevalência da infecção pelo HIV. É importante destacar que a tuberculose é a única doença contagiosa associada a infecção por HIV, que também é infectante e que pode ser transmitida a indivíduos não infectados pelo HIV. A tuberculose é a mais prevenível, curável e transmissível de todas as

infecções que acompanham a infecção por HIV (FUNASA, 2002, p. 35).

2.4. CONCEITOS BÁSICOS

Caso de tuberculose: Denomina-se “caso de tuberculose” em atividade, todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose.

Caso novo: conforme Manual de Controle da Tuberculose (2002, p. 20) é o doente com tuberculose que:

- a) nunca se submeteu a tratamento;
- b) fez uso de tuberculostáticos por menos de 30 dias;
- c) fez tratamento anterior para tuberculose há 5 anos ou mais.

Recidiva: teve tuberculose anteriormente e recebeu alta por cura sendo que a doença manifestou-se novamente em menos de 5 (cinco) anos (MANUAL DE CONTROLE DE TUBERCULOSE, 2002, p. 21).

Reingresso após abandono: é a reentrada de um preso/doente que não obteve cura no período anterior a 5 (cinco) anos.

Transferência: por algum motivo o preso/doente é deslocada de local através de Boletim de Transferência para outra instituição e nesta continuar o tratamento.

Tuberculose Pulmonar: É uma infecção causada por um microorganismo chamado *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido por bacilo de Koch. A doença costuma afetar os pulmões mas pode, também, ocorrer em outros órgãos do corpo, mesmo sem causar dano pulmonar.

Tuberculose Extrapulmonar: Depois de penetrar no organismo pela via respiratória, o *Mycobacterium tuberculosis* pode disseminar-se e instalar-se em qualquer órgão, seja durante a primoinfecção, quando a imunidade específica ainda não está desenvolvida, seja depois desta, a qualquer tempo, se houver queda na capacidade do hospedeiro em manter o bacilo nos seus sítios de implantação. Independentemente da forma patogênica da doença, a disseminação pode ocorrer, também, a partir da manipulação cirúrgica ou diagnóstica de um órgão doente (LOPES, CAPONE e MOGAMI, 2006).

A maioria das formas extrapulmonares acontece em órgãos sem condições ótimas de crescimento bacilar, sendo quase sempre de instalação insidiosa e

evolução lenta. As formas mais freqüentes, com pequenas variações de posição em diferentes períodos e regiões, são pleural, linfática, osteoarticular, geniturinária e intestinal, embora praticamente qualquer local do organismo possa ser afetado pela doença. Até o momento, só não há descrição de tuberculose em unha e cabelo (LOPES, CAPONE e MOGAMI, 2006).

As formas extrapulmomaes mais frequentes da doença são a pleural (que ocorre por ruptura de pequenos focos pulmonares subpleurais) - 45%, a linfática - 15%, a gênito-urinária - 16%, a miliar (disseminação por ruptura de lesão dentro de um vaso sanguíneo com disseminação dos bacilos por todo organismo) - 10% e a osteo-articular - 7%. A forma extrapulmonar representa cerca de 18% do total de casos notificados (SOUZA, 2009).

2.5. ESQUEMAS DE TRATAMENTO

O tratamento deve ser sempre realizado com combinação de, pelo menos, três drogas, tendo preferência absoluta à combinação de rifampicina e isoniazida entre elas. No Brasil, os esquemas indicados pelo Ministério da Saúde (2002) são:

2.5.1. Esquema I (Esquema básico)

Para os casos novos ou recidivas sem tratamento prévio nos últimos cinco anos, tratamento por menos de 30 dias (Tabela 1).

Tabela 1 – Tratamento de Tuberculose - Esquema I

Esquema I (R = rifampicina, H = isoniazida, Z = pirazinamida)					
Fases do Tratamento		< 20 Kg (mg/Kg/dia)	20-35 Kg (mg/dia)	20-35 Kg (mg/dia)	> 45 Kg (mg/dia)
Primeira fase – 2 meses	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
Segunda fase – 4 meses	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

FONTE: Ministério da Saúde, 2002.

2.5.2. Esquema IR (Esquema básico + etambutol)

Para os casos de retratamento por recidiva após cura ou abandono de tratamento (Tabela 2).

Tabela 2 – Tratamento de Tuberculose - Esquema IR

Esquema IR (R = rifampicina, H = isoniazida, Z = pirazinamida, E = etambutol)					
Fases do Tratamento		< 20 Kg (mg/Kg/dia)	20-35 Kg (mg/dia)	20-35 Kg (mg/dia)	> 45 Kg (mg/dia)
Primeira fase – 2 meses	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
	E	25	600	800	1200
Segunda fase – 4 meses	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1200

FONTE: Ministério da Saúde, 2002.

2.5.3. Esquema II (Esquema para tuberculose meningoencefálica)

Para os casos de tuberculose do sistema nervoso central. Ao esquema quimioterápico deve ser incluído corticosteróide (prednisona 1 mg/kg/dia até a dose máxima de 30 mg/dia) no início do tratamento, por um a quatro meses (Tabela 3).

Tabela 3 – Tratamento de Tuberculose - Esquema II

Esquema II (R = rifampicina, H = isoniazida, Z = pirazinamida)					
Fases do Tratamento		< 20 Kg (mg/Kg/dia)	20-35 Kg (mg/dia)	20-35 Kg (mg/dia)	> 45 Kg (mg/dia)
Primeira fase – 2 meses	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
Segunda fase – 4 meses	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

FONTE: Ministério da Saúde, 2002.

2.5.4. Esquema III (Esquema de falência)

Para os casos de falência do esquema I ou IR (Tabela 4).

Tabela 4 – Tratamento de Tuberculose - Esquema III

Esquema III					
Fases do Tratamento		< 20 Kg (mg/Kg/dia)	20-35 Kg (mg/dia)	20-35 Kg (mg/dia)	> 45 Kg (mg/dia)
Primeira fase – 2 meses	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
Segunda fase – 4 meses	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

FONTE: Ministério da Saúde, 2002.

2.5.5. Tratamento da Tuberculose no Paciente HIV+

A tuberculose no paciente HIV+ provoca uma evolução mais rápida da doença viral, levando a um aumento da carga viral e diminuição do número de linfócitos CD4+, tanto a curto como a longo prazo (WHALEN, HORSBURGH, HOM, LAHART, SIMBERKOFF, ELLNER, 1995) O tratamento da tuberculose no paciente HIV+ é tão efetivo quanto no paciente não infectado pelo vírus, apresentando a mesma taxa de cura. Entretanto, a intensidade e a frequência dos efeitos colaterais são maiores, tornando a adesão do paciente mais difícil (SCHÜRMAN, NIGHTINGALE, BERGMANN, RUF, 1997). Os esquemas indicados para os pacientes não infectados pelo HIV são os mesmos indicados para os pacientes HIV; no entanto, nos pacientes com imunidade mais comprometida, o esquema I poderá ter seu período prolongado até 9 meses de tratamento, para evitar taxa inaceitável de recidiva.

Multidrogaresistente: a forma de tuberculose com bacilos resistentes a rifampicina e isoniazida foi conceitualmente denominada *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) nos Estados Unidos, e universalmente aceita a partir da adoção deste conceito pelo *Centers of Disease Control* (CDC), 1992. Neste país o aumento de formas multirresistentes suscitou o reconhecimento do problema como de saúde pública e o desenvolvimento, através da *Federal Task Force* de um plano nacional de controle da tuberculose, com especial atenção a TBMR. Este plano estabeleceu objetivos e medidas a serem adotadas para o controle da doença que previam a possibilidade de erradicação nas próximas décadas, posição está revista à luz do comportamento epidemiológico tomado pela tuberculose no país e no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 113-114).

A resistência bacteriana entretanto, não se constitui em fenômeno novo e tampouco esta surgindo uma nova forma de doença. Desde o aparecimento de drogas anti-tuberculose se observa a presença de bacilos naturalmente resistentes. Igualmente, não se deve a novos mecanismos, mas a mutações genéticas estudadas desde a década de 1960 e bem estabelecidas a partir da década de 1970 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 113-114).

No início dos anos 1990, foram relatados surtos de transmissão intra-hospitalar de TBMR em paciente com AIDS nos Estados Unidos e outros, entre

populações ditas fechadas (asilos e presídios) e alguns na Europa, todos caracterizados por diagnóstico tardio, uso de esquemas terapêuticos inadequados, alta mortalidade e alta taxa de transmissão a partir de casos índice. O que gerou o alto risco de transmissão foram às condições de vida destes grupos especiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 113-114).

No Brasil, porque há um esquema de reserva para o retratamento de casos, considera-se multidrogaresistente aquele caso que apresente resistência *in vitro* a rifampicina, isoniazida e uma terceira droga dos esquemas padronizados, conforme aprovado pelo primeiro Consenso Nacional de Tuberculose, de 1997 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 113-114).

Assim, considera-se multirresistente aquele caso que apresente resistência *in vitro* à R+H e a uma terceira droga dos esquemas padronizados, conforme aprovado pelo I Consenso Nacional em Tuberculose, de 1997, e pelas normativas pertinentes. Contemplam, esta definição, ainda os pacientes com falência operacional aos esquemas padronizados e os portadores de bacilos com resistência *in vitro* à R+H e um terceiro medicamento (Z, S e/ou E).

Tendências da TB-MDR no mundo tem como condicionantes principais:

- a) resistência a INH principalmente pelo gen *catG* que interfere na patogenia e transmissão;
- b) deve envolver imunodeprimidos, em especial os portadores do HIV;
- c) relação direta com a qualidade do PNCT;
- d) influência de medidas de controle da MR;
- e) países avançados à surtos institucionais;
- f) países pobres à surtos intradomiciliares

Os dados com relação ao custo do tratamento da tuberculose no Brasil conforme o esquema e duração de tratamento - Brasil, 2003, são demonstrados na tabela 5, a seguir:

Tabela 5 – Demonstrativo do esquema de tratamento da tuberculose, duração e custo de cada tratamento

ESQUEMA	DURAÇÃO	CUSTO em R\$ 1,00
RHZ	6 meses	80
RHZE	6 meses	100
SZEET	12 meses	140
AM/OFLX/E/TZ/CF	18 a 24 meses	6.500 ⁽¹⁾

FONTE: Ministério da Saúde, 2003.

NOTA: ⁽¹⁾ US\$ 2200

Os cálculos teriam que incluir: baciloscopias, culturas, testes de sensibilidade, radiografias, exames de sangue, consultas, transporte, suplementos e procedimentos de biossegurança (Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e outros).

2.5.6. NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE

A notificação do caso de tuberculose de acordo com o Manual de Normas Técnicas de Tuberculose para Unidades Básicas de Saúde deve ser realizada atendendo aos seguintes passos:

- a) o caso deverá ser notificado através do preenchimento da ficha de notificação do SINAN (Anexo 7.1.);
- b) a digitação da ficha de notificação do SINAN deverá ser realizada na Regional de Saúde ou na Vigilância Epidemiológica (VE) do município;
- c) as notificações devem ser encaminhadas às Secretarias Estaduais de Saúde.

2.5.6.1. Sistema de informação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é a principal fonte de dados do sistema de informação epidemiológico da tuberculose em níveis federal, estadual e municipal. Sua regulamentação está presente nas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 1/96, de 6 de novembro de 1996 e NOAS-SUS Portaria n. 95/GM/MS, de 26 de janeiro de 2001), onde são definidas as atribuições das três esferas de governo na gestão, estruturação e operacionalização do sistema de informação epidemiológica informatizada, a fim de garantir a alimentação permanente e regular dos bancos de base nacional. Nas portarias n. 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, e n. 933 de 4 de setembro de 2000, a transferência de recursos do Programa será suspensa no caso de falta de alimentação de informações do SINAN, pela Secretaria de Saúde dos Municípios, junto a Secretaria Estadual de Saúde, por dois meses consecutivos (FUNASA, 2002, p. 39).

O SINAN tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de

governo, através de uma rede informatizada. Dados de tuberculose também estão disponíveis nos sistemas de informação referentes a internações (SIH/SUS), atendimento ambulatorial (SAI/SUS) e óbitos (SIM) (FUNASA, 2002, p. 39).

No tocante aos dados laboratoriais, tem-se o Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose (SILTB), que permite tanto o armazenamento de dados de casos de tuberculose registrados no Livro de Registro de Baciloscopia e de Cultura para Diagnóstico e Controle da Tuberculose, dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) e Unidades Laboratoriais, bem como avaliação da qualidade dos exames realizados (FUNASA, 2002, p. 39).

O conjunto de ações relativas à coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informação sobre os agravos de notificação compulsória de interesse nacional, incluindo a tuberculose, deverão atender às normas definidas por portaria ministerial e os manuais de normas de rotina do SINAN (FUNASA, 2002, p. 40).

2.5.6.2. Ficha SINAN - Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose

O instrumento de coleta de dados de acompanhamento do tratamento para digitação no SINAN é o Boletim do Acompanhamento de Casos de Tuberculose, o qual deverá ser transmitido pelo primeiro nível informatizado e enviado às unidades de saúde, pelo menos quatro vezes ao ano, janeiro, abril, julho e outubro. As unidades federadas que possuem boletim de acompanhamento mensal deverão padronizar as variáveis deste instrumento com aquelas presentes no Boletim do Acompanhamento de Casos de Tuberculose/SINAN para alimentação da base de dados com as informações de acompanhamento dos casos notificados (FUNASA, 2002, p. 41).

2.6. ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO

O acompanhamento do tratamento consiste na avaliação periódica da evolução da doença e a utilização correta dos medicamentos. Para que isto ocorra, é fundamental que o profissional de saúde garanta as condições básicas para o sucesso do tratamento.

2.6.1. Condições básicas para o êxito do tratamento

De acordo com o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (2002), do Ministério da Saúde as condições básicas para a efetividade do tratamento da tuberculose são:

- a) unidade de saúde com profissionais treinados para fazer o diagnóstico e o acompanhamento do doente;
- b) acesso fácil do doente ao serviço de saúde;
- c) laboratório no município responsável pela realização da baciloscopia, tanto para diagnóstico quanto para o acompanhamento;
- d) garantia de fornecimento gratuito e ininterrupto da medicação específica;
- e) realização mensal de baciloscopia de controle, sendo indispensáveis as do 2º., 4º. e 6º. meses de tratamento, no esquema básico (esquema I) e esquema básico + etambutol (esquema IR) e nos 3º., 6º., 9º. e 12º. meses, nos casos de esquema III e esquemas especiais.

É importante nas consultas mensais e/ou de enfermagem, a identificação de queixas e sintomas que possam avaliar a evolução da doença com a introdução dos medicamentos, e a detecção das manifestações adversas com seu uso. A avaliação do peso do doente é um bom indicador de resposta ao tratamento para doentes com tuberculose pulmonar e baciloscopias negativas e para aqueles com formas de tuberculose extrapulmonar.

Nas unidades com recursos de exames radiológico este pode ser utilizado, se necessário, para acompanhar a regressão ou o agravamento das lesões na forma pulmonar da doença, em especial na ausência de expectoração (MANUAL TÉCNICO PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE, p. 28, 2002).

2.6.1.1. Adesão ao tratamento

O compromisso do paciente com o seu tratamento e conseqüentemente a regularidade na tomada dos medicamentos vai depender, em grande parte, da maneira como ele é atendido no serviço de saúde. Estabelecer uma relação de confiança com o paciente é um dever do profissional de saúde. Esta é uma atividade

de educação para a saúde que deve ser desenvolvida durante as consultas e entrevistas, tanto iniciais como subseqüentes.

Estudos também demonstram que a adesão do paciente ao tratamento depende do seu conhecimento sobre :

- a) a doença;
- b) a duração do tratamento prescrito;
- c) a importância da regularidade no uso das drogas;
- d) as graves conseqüências advindas da interrupção ou do abandono do tratamento (MANUAL TÉCNICO PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE, p. 28, 2002).

2.7. PERSPECTIVAS PARA NOVOS TRATAMENTOS

O último medicamento eficaz contra a tuberculose foi a rifampicina. Novas classes de medicamentos surgidos na década de 1990, como novos derivados da ansamicina, a rifapentina e o rifalazil, foram testados *in vitro*, porém seus resultados em ensaios clínicos não revelaram efetividade maior do que com a rifampicina. Por sua vida média em soro cinco vezes maior do que a rifampicina, a rifapentina torna-se virtualmente indicada para regimes de tratamento intermitente, com uso uma ou duas vezes por semana, e para quimioprofilaxia da tuberculose, facilitando a adesão ao tratamento por propiciar uso semanal (FUNASA, 2002, p. 113).

A partir de 1990, iniciou-se o desenvolvimento de estudos com o objetivo de testar novos medicamentos, em diferentes fases, com a utilização de outros derivados quinolônicos, e análogos do etambutol, de derivados da pirazinamida, de novas fenazinas, de derivados nitroimidazólicos, e de oxazolidonas. Além desses, estudos com a utilização de Interferom Gama e algumas citocinas tem sido desenvolvidos, objetivando encontrar novas alternativas medicamentosas para as formas multirresistentes da doença e, eventualmente encontrar um medicamento ou imunomodulador que possa ser utilizado na fase de latência da doença (FUNASA, 2002, p. 113).

2.7.1. Perspectivas de novos tratamentos para tuberculose multirresistente

Como perspectiva para os portadores de TBMR, vem surgindo novos

fármacos, como os derivados quinolônicos, derivados de ansamicina e da pirazinamida, e recuperados antigos medicamentos, como a ciclosserina, a terizidona, a caprezomicina e o ácido paraminossalícílico, o que possibilita a formulação de esquemas terapêuticos alternativos, como os que têm sido testados nesta última década, no Brasil e em outros países.

Com base na literatura internacional e nas experiências brasileiras que haviam utilizado alguns desses medicamentos e, sobretudo, com a constatação de que era significativo o número de pacientes portadores de TBMR no país, sem tratamento e com baciloscopias positivas, foi necessária a elaboração de um estudo nacional controlado para responder a este desafio (FUNASA, 2002, p. 114).

2.7.1.1. Manejo de pacientes com tuberculose multirresistente

O contato prévio com drogas antituberculose é a variável clínica mais associada à tuberculose multirresistente na maior parte dos estudos. Outros fatores associados que merecem registro são: a imigração recente de países onde a TBMR tem alta prevalência; o contato recente com TBMR; a presença de doença pulmonar e cavitária; a idade entre 30 e 45 anos e o sexo masculino. O conceito de cura no caso multirresistente é impreciso. Consensualmente, até o momento, é admitido como o tempo de negativação bacteriológica, sem sinais de doença, após a alta (FUNASA, 2002, p. 115).

2.8. PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais.

A população penitenciária brasileira é composta, predominantemente, por adultos jovens: homens brancos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. São, em sua grande maioria, pobres e condenados pelos crimes de furto e roubo. Poucos entre eles foram alfabetizados e possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema

Prisional. Mais da metade é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram.

No Brasil, a distribuição dos presos por estado e região é feita de forma irregular e muitas vezes desproporcional. Os Estados de São Paulo, Minas Gerals, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul juntos contabilizam cerca de 65% da população carcerária nacional. O custo médio mensal de um preso para o Estado também varia muito de uma unidade federada para outra, retratando realidades diferenciadas de confinamento e assistência a essa população.

2.8.1. Princípios que fundamentam o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Acreditando que os altos índices de criminalidade não serão reduzidos apenas com a ampliação do Sistema Penitenciário, por meio da construção de mais presídios e do aumento indiscriminado de vagas, surge a preocupação de investir em políticas de atenção à saúde, à educação e à profissionalização das pessoas privadas de liberdade. Desta forma, são traçadas diretrizes nacionais para o setor.

2.8.2. Diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

- a) prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- b) contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que acometem a população penitenciária;
- c) definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
- d) proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- e) contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- f) provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- g) estimular o efetivo exercício do controle social.

De acordo com o Anexo I, da PT Interministerial nº 1777, de 09 de

setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário verifica-se que o propósito é de contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais freqüentes à saúde da população penitenciária brasileira.

Como linhas de ação existe um elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional. Sendo que a unidade ou serviço executor das ações deverá desenvolver um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da atenção básica e do mínimo da assistência no nível da média complexidade.

As ações de Atenção Básica de acordo com o Anexo 1 da Norma Operacional da Assistência (NOAS/MS). para o controle de tuberculose são:

- a) busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia o sintomático respiratório (SR); notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do SINAN);
- b) tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos casos diagnosticados;
- c) oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados;
- d) registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose;
- e) acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos);
- f) proteção dos sadios (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar RX quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas).

Como resultados esperados e metas são previstos: a implantação de ações de assistência à saúde que compõem o elenco mínimo, relativos à saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais.

Como metas para o controle da tuberculose, tem-se: implantação de ações de controle da tuberculose (TB) em 100 % das unidades penitenciárias; diagnóstico de 100 % dos casos existentes; cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Estudo quantitativo e qualitativo foi desenvolvido a partir de consulta em diversas fontes de autores consagrados e especialistas no assunto, bem como leis, bases de dados e *sites* relacionados com o objeto de investigação. Apresenta ainda um estudo de caso sobre a tuberculose no CMP/DEPENPR.

Triviños (1997), destaca que o Estudo de Caso é uma categoria de pesquisa que nos permite analisar uma unidade em profundidade, bem como explorar o fenômeno em toda a sua complexidade, como é o caso deste estudo, sendo seu maior ou menor aprofundamento determinado pelos enfoques teóricos adotados pelos investigadores, motivo pelo qual foi realizado o enfoque teórico sob a ótica da população explicitada neste trabalho.

3.1. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa dos dados secundários foi desenvolvida a partir de bases de dados e relatórios técnicos nacionais e internacionais disponíveis sobre Tb e Programas de Controle de Tb. Os dados primários foram coletados no Complexo Médico Penal da Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado do Paraná (CMP/SEJU), localizado no Município de Pinhais, Estado do Paraná. A abrangência do estudo refere-se ao Sistema Penitenciário do Paraná, CMP e Região Metropolitana de Curitiba (RMC).

3.2. COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de consulta em fichas de notificação de casos de tuberculose - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) modelo em anexo 7.1, além de dados do Banco de Dados Epidemiológicos, do Setor de Epidemiologia do Complexo Médico Penal do Paraná. Com objetivo de descrever a situação da tuberculose no sistema penitenciário do Paraná, Complexo Médico Penal e Região Metropolitana de Curitiba.

Desta forma, foram compilados os seguintes dados: tipo de entrada, Raio X realizado, forma da Tuberculose, agravos associados, baciloscopia de escarro, exame anti HIV e esquema terapêutico.

A pesquisa foi desenvolvida com base em uma série histórica, considerando o

período de 5 (cinco) anos compreendendo 2004 a 2008.

Foram apropriados os dados de 413 fichas epidemiológicas de casos de tuberculose, as quais foram notificados pelo Setor de Epidemiologia do CMP, ao longo dos 5 anos

Para traçar o perfil dos internos/doentes foram coletados do SINAN os seguintes dados: idade, profissão e escolaridade. E dados sobre o tratamento: AIDS comorbidade, caso novo, transferência, abandono, óbito e cura e o esquema de tratamento utilizado.

3.3. TRATAMENTO DOS DADOS

Após a coleta os dados foram apropriados e analisados a partir do Estudo Coorte, cuja metodologia se aplica a este estudo - tipo observacional, no qual os indivíduos são classificados (ou selecionados) segundo o *status* de exposição, sendo seguidos para avaliar a incidência de doença. Particularmente, neste estudo foi empregada a classificação segundo Coortes de Grupos Populacionais Restritos - a população penitenciária do CMP. Neste estudo verificou-se a situação encerramento dos casos de tuberculose notificados por meio da ficha do SINAN, por ano de entrada, no período de 2005 a 2008.

3.4. ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram tratados, analisados e apresentados em forma de tabelas. Foi avaliado o coeficiente incidência de tuberculose, na população penitenciária atendida no CMP, e sua variação no período estudado, assim como a presença de co-infecção por HIV e o acompanhamento do caso e suas intercorrências.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item é feita a caracterização do Complexo Médico Penal que inclui o quadro de profissionais de saúde existentes, distribuição das unidades penitenciárias no Estado do Paraná, infraestrutura de saúde do CMP e dados da população carcerária. Como resultado da presente investigação apresenta-se o perfil do preso/doente e informações sobre o resultado do acompanhamento dos casos notificados no período de 2005 a 2008.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO COMPLEXO MÉDICO PENAL

O CMP localizado em Pinhais, é órgão integrante da estrutura organizacional do Departamento Penitenciário do Estado do Paraná (DEPEN/PR), subordinado à Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania.

É um estabelecimento penal de custódia e tratamento psiquiátrico destinado a presos imputáveis e inimputáveis, condenados e provisórios, do sexo masculino e feminino, em regime fechado, destinado ao pronto atendimento médico e hospitalar dos internos do sistema penitenciário do Estado do Paraná (REGIMENTO INTERNO DO CMP, 1993).

O CMP é composto por infra-estrutura que conta com 2 Unidades, a saber:

- a) Unidade de Psiquiatria: localizada na ala inferior onde estão os doentes psiquiátricos com medida de segurança¹, com aproximadamente 300 presos. Na ala do piso superior permanecem aproximadamente 150 presos provenientes de todo o Sistema Penitenciário para tratamento clínico. Neste piso ainda encontram-se os presos que estão fazendo o tratamento de tuberculose e que já obtiveram melhora clínica, sem necessidade de isolamento;
- b) Unidade Hospitalar: há, em média, 70 presos provenientes de todas as Unidades penais, que precisam de assistência à saúde e os que iniciam o tratamento para tuberculose.

De acordo com KREISEL (2006) o CMP apresenta um fluxo médio mensal de entrada e saída de 1.100 presos referente ao ano de 2008. Possui uma infra-

¹ Medida de segurança são os presos considerados inimputáveis perante a Lei.

estrutura de recursos e serviços básicos de apoio diagnóstico, sendo referência para as Unidades Penitenciárias, da Região Metropolitana de Curitiba (RMC).

O CMP é dotado de aparelho para exames de Raio X, Laboratório para Análises Clínicas, Odontologia, Fisioterapia, Centro Cirúrgico, Farmácia, Eletrocardiograma, Serviço de Arquivo Médico (SAME) e Epidemiologia que monitora e gerencia todos os casos de tuberculose das Unidades Penais da RMC, de acordo com as normas preconizadas pelo Programa de Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde (PT/SESA).

O CMP conta com um quadro de recursos humanos conforme o descrito na tabela 6 a seguir:

Tabela 6 – Recursos humanos da área de saúde no CMP, 2008

ESPECIFICAÇÃO PROFISSIONAL	TOTAL
Médico Tisiologista/Pneumologista	01
Médico Radiologista	01
Ortopedista	01
Infectologista	01
Ginecologista	01
Cirurgião	02
Clínico Geral	03
Psiquiatra	04
Fisioterapeuta	01
Terapeuta Ocupacional	01
Dentista	01
Bioquímico	01
Farmacêutico	02
Enfermeira	05
Psicólogo	05
Assistente Social	03
Auxiliar de Farmácia	04
Auxiliar de Enfermagem	48
Técnico de Raio X	02
Auxiliar de Odontologia	01
TOTAL	88

Fonte: Departamento de Recursos Humanos/CMP

4.2 DADOS POPULACIONAIS

Neste item são apresentados dados sobre a população penitenciária e a distribuição das unidades penais no Estado do Paraná.

4.2.1. População Penitenciária

A população penitenciária do Estado do Paraná, concentra-se em 26 Unidades Penais, distribuídas pelo Estado do Paraná, girando em torno de 12.500 presos, no ano de 2008. Do total de Unidades 10 concentram-se na RMC, perfazendo um total aproximado de 7.000 presos, em 2008 incluindo o CMP. A estrutura de saúde do CMP é referência para estas Unidades e tem como competência estabelecer o diagnóstico de tuberculose.

4.2.2. Distribuição das Penitenciárias

As Unidades Penitenciárias do Estado acham-se distribuídas em vários municípios do Paraná, de acordo com o mapa a seguir (Figura 1).

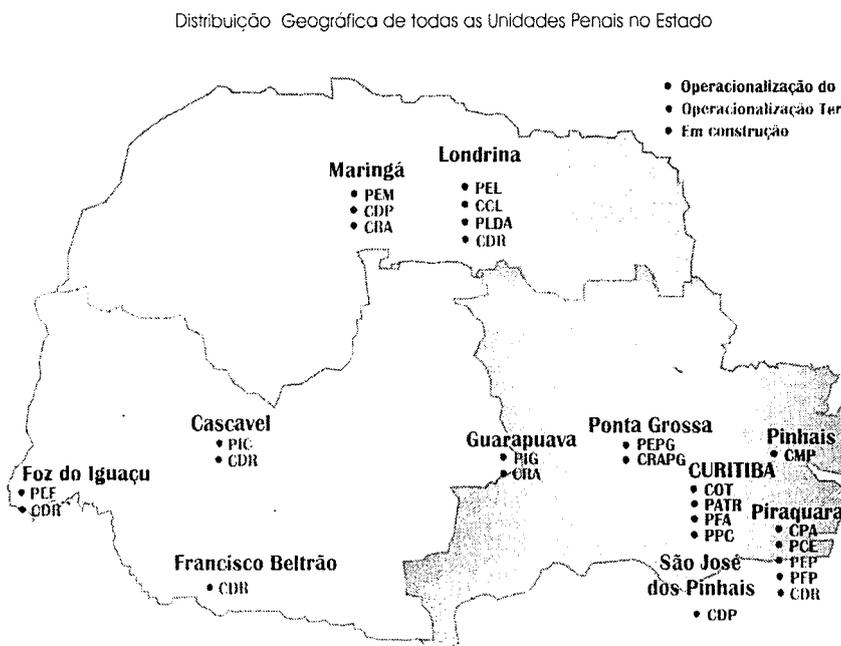


Figura 1 – Distribuição Geográfica das Unidades Penais no Estado do Paraná
Fonte: DEPEN, 2008.

Observa-se que do total de Unidades Penais em todo o Estado do Paraná, a maioria 10 (dez) encontram-se localizadas nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba e dependem exclusivamente do CMP para resolver as questões prioritárias de saúde, no caso específico – a tuberculose.

Na tabela 7, são demonstrados: a capacidade de ocupação das penitenciárias e número médio de presos por Unidade Penal na data de 19 de outubro de 2008.

Tabela 7 – Estabelecimentos Penais no Estado do Paraná e total de Presos, 2005

SIGLAS	ESTABELECIMENTOS PENAIS	TOTAL
COCT	Centro de Observação Criminológica e Triagem	100
PCE	Penitenciária Central do Estado	1500
PEP	Penitenciária Estadual de Piraquara	700
PFP	Penitenciária Feminina do Paraná	500
CCC	Casa de Custódia de Curitiba	510
CDP/SJP	Centro de Detenção Provisória de São José dos Pinhais	800
CPA	Colônia Penal Agrícola	1100
PFA	Penitenciária Feminina de Regime Semi-Aberto	25
CMP	Complexo Médico Penal	500
CDRP	Centro de Detenção e Recuperação de Piraquara	960
PEPG	Penitenciária Estadual de Ponta Grossa	500
RAPG	Regime-Aberto Ponta Grossa	-
PIG	Penitenciária Industrial de Guarapuava	260
PIC	Penitenciária Industrial de Cascavel	400
PEM	Penitenciária Estadual de Maringá	400
CCL	Casa de Custódia de Londrina	426
PEL	Penitenciária Estadual de Londrina	598
PEFI	Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu	600

Fonte: DEPEN/PR, Secretaria de Justiça, 2008

Estes números variam diariamente de acordo com a movimentação de entradas e saídas dos presos nas diferentes Unidades Penais do Estado do Paraná.

No ano de 2005, evidenciou-se um aumento drástico de casos de tuberculose entre os presos das diversas delegacias o que chamou a atenção da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) para evidenciar a formação de uma parceria com as Secretarias de Estado da Segurança Pública (SESP) SEJU/DEPEN e as Secretarias Municipais de Saúde no sentido de estabelecer um protocolo oficial para o encaminhamento dos casos visando promover a assistência e o tratamento de saúde dessas pessoas garantindo o acesso integral e efetivo dessas pessoas ao

tratamento humanizado conforme preconizado na Portaria Interministerial 1777, de 9 de setembro de 2003 – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário que garante a inclusão dessa população nas ações e serviços oferecidos pela rede Sistema Único de Saúde (SUS).

Na perspectiva da tendência do problema, e considerando ainda o impacto da epidemia de HIV/AIDS na dinâmica de transmissão da tuberculose deve ser também permanentemente avaliado, principalmente naquelas regiões e ambientes mais atingidas pela transmissão do HIV.

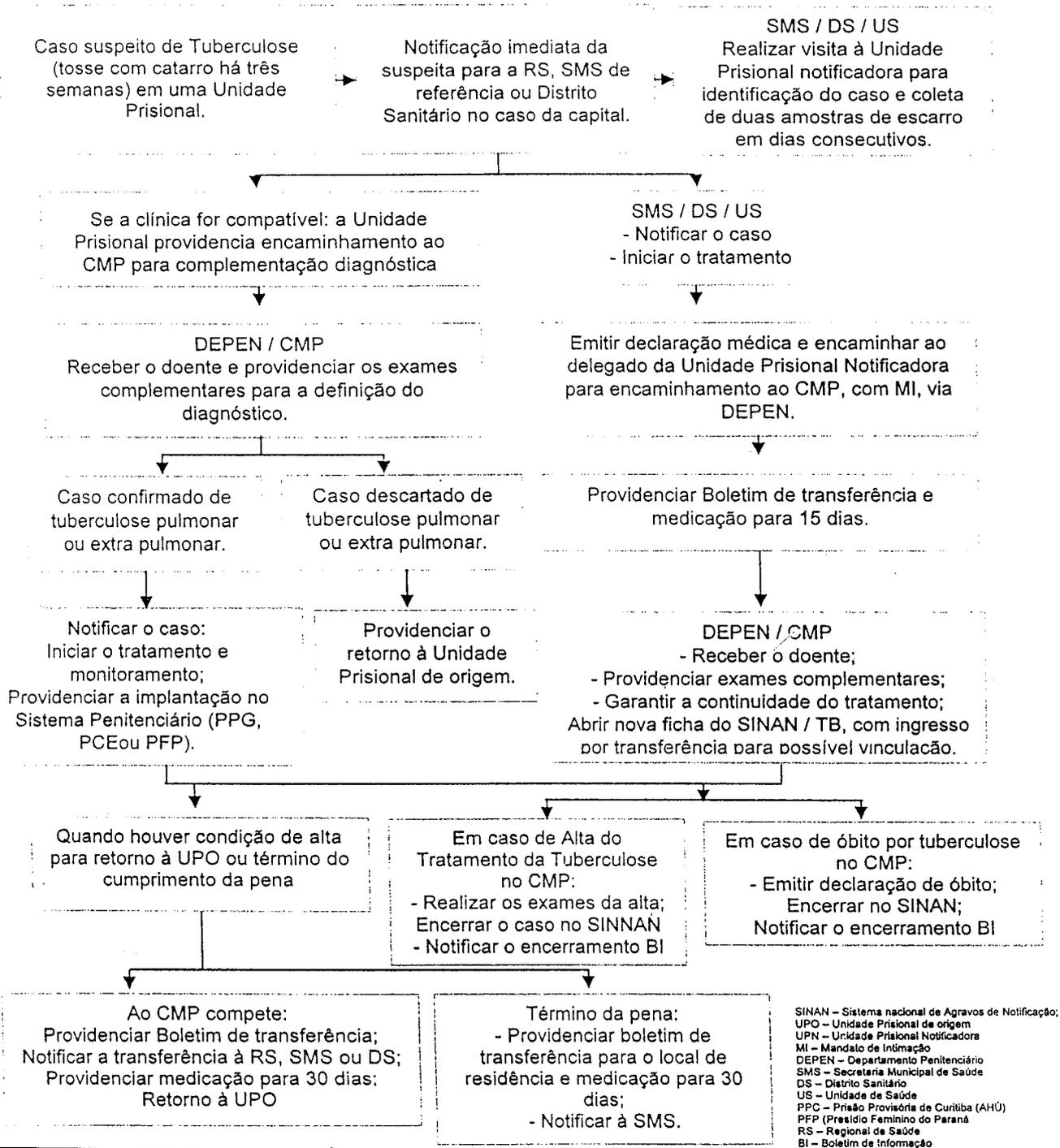
Reconhecendo que estimativa da magnitude e tendência do problema tuberculose é essencial para a boa administração e avaliação dos programas de controle, deste modo mostrou-se oportuna a realização deste estudo e análise como contribuição capaz de auxiliar na melhor definição de variáveis e parâmetros com o objetivo de se estabelecer um modelo mais próximo da realidade local e brasileira. Somente assim se poderá comparar os dados dos programas de controle com as estimativas e, conseqüentemente, dimensionar sua cobertura.

Além do sistema prisional, é importante a busca ativa de sintomáticos respiratórios na população geral e a realização de estudos com o objetivo de diferenciar a proporção de sintomáticos na população em distintas situações e áreas do Brasil. Igualmente resultaria a proporção de bacilíferos nos sintomáticos examinados verificando as variações ocorridas em diferentes áreas e situações. Acredita-se também que é necessário e relevante atualizar e implementar um modelo de avaliação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose uniformizado, que permita ser usado por todas as unidades de saúde, nos diferentes níveis de atenção, no país. As avaliações de maior complexidade devem ficar restritas aos níveis de maior complexidade e referência.

É de fundamental importância, também, criar mecanismos que permitam permanente integração ensino-pesquisa e serviço, bem como instrumentos que favoreçam a participação da sociedade civil não-governamental, visando ações mais globalizadas.

Nesta direção são definidos protocolos de conduta para acompanhamento de casos suspeitos de tuberculose no sistema prisional, conforme o descrito na figura 2, a seguir.

Figura 2 – Fluxograma de Orientação e Conduta frente a um caso de suspeita de Tuberculose Pulmonar Bacilífera no Sistema Prisional



Fonte: KREISEL, p. 53, 2006

Este protocolo orienta a conduta sobre os casos suspeitos e confirmados de tuberculose na população carcerária do Estado do Paraná (Figura 2).

4.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Análise dos resultados foi realizada a partir da série histórica que compreende o período de 2004 a 2008.

Ressalta-se que este número de casos notificados não representa a realidade uma vez que existe a sub-notificação pela falta da busca ativa de casos que são os tossidores, por mais de três semanas, pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde por razões de segurança e falta de recursos humanos na área de saúde.

Tabela 8 - Coeficiente de Incidência de Tuberculose de todas as formas, notificado pelo Complexo Médico Penal, 2004 a 2008

ANO	POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA	NÚMERO DE CASOS NOVOS	COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA (por 1000 presos)
2004	5020	43	9
2005	5800	53	9
2006	6800	44	6
2007	7000	55	8
2008	7000	46	6,5

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Tuberculose (SINAN), NET.

Nota: Coeficiente de Incidência = $\frac{\text{número de casos} \times 100}{1000}$

O coeficiente de incidência (CI) da tuberculose para cada 1.000 presos, em 2004, é de 9 casos e, em 2008 apesar da população penitenciária ter aumentado o CI caiu para 6,5 casos por 1.000 (Tabela 8). Este resultado indica que o sistema de saúde vem tendo dificuldades na busca ativa de casos, sendo que o acesso dos presos aos serviços de saúde é dificultado pela falta de sensibilidade dos agentes penitenciários e pela conduta dos próprios presos que negligenciam a realização do diagnóstico precoce da doença.

Sabe-se que a incidência da tuberculose no sistema penitenciário é 25 vezes maior que na população em geral devido às condições de confinamento e situação sócio-econômica e cultural dos presos (CI no Estado do Paraná: população geral = 10.590.169 hab. (2008), número de casos de tuberculose de todas as formas = 2.533 – CI = 23,9 casos por 100.000 habitantes).

O Serviço de Epidemiologia do CMP identificou, diagnosticou e registrou o total de casos de Tb por ano conforme demonstrado na Tabela 9.

Tabela 9 – Demonstrativo sobre o número de casos de tuberculose notificados no Complexo Médico Penal, por tipo de entrada, forma de doença, resultados de baciloscopias, anos 2004-2008

ANO	TOTAL DE CASOS	TIPO DE ENTRADA								FORMA				BACILOSCOPIA					
		Caso Novo		Recidiva		Re-ingresso após abandono		Transfe-Rência		Pulmo-nar (P)		Extra-pulmonar (EP)		Positiva		Negativa		Não realizada	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
2004	64	43	67	7	11	8	12	6	9	55	86	9	14	51	80	3	5	10	15
2005	121	53	44	16	13	7	6	45	37	103	85	18	15	83	68	20	16	18	15
2006	67	44	66	7	10	3	4	9	13	58	86	9	13	51	76	6	9	10	15
2007	81	55	68	8	10	6	7	12	15	64	79	14	17	56	69	6	7	17	25
2008	80	46	57	18	22	2	2	14	17	75	94	5	6	39	49	5	6	36	45

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Tuberculose (SINAN), Banco de Dados Epidemiológicos, do Setor de Epidemiologia do Complexo Médico Penal do Paraná.

Conforme demonstrativo - tabela 9 os casos novos representam a maioria dos casos de Tb os quais são detectados dentro do Sistema Penitenciário, pelos serviços de saúde, através de exames de laboratório, Raio X ou em consulta médica no CMP, com exceção ao ano de 2005 em que o número de transferências registrado foi elevado devido a um surto de Tb nas Delegacias de Paranaguá e interior do Estado e que já vieram com diagnóstico.

Observa-se que a forma pulmonar bacilifera representa a maioria dos casos, no período estudado. Ao longo do período analisado observa-se o grande número de casos de recidiva da doença. Destaca-se que, em 2008, verificou-se um aumento no número de recidivas – 45% entre os casos já tratados e que obtiveram cura em um período inferior a 5 (cinco) ano o que pode ser explicado pela dificuldade da coleta de baciloscopias para definir a alta por cura e trazer o preso para avaliação clínica no final do tratamento (Tabela 9).

Salienta-se ainda, que dos 80 casos notificados, em 2008, somente 49% realizaram o exame de baciloscopia devido a falta de infra-estrutura de recursos humanos no laboratório do CMP (Tabela 9).

A tabela 6 apresenta a forma de diagnóstico da Tb por meio do exame de Raio-X, exames anti HIV realizados na população estudada, o esquema de tratamento utilizado e ainda dados sobre exames de antibiogramas solicitados.

Tabela 10 – Demonstrativo sobre o número de casos de tuberculose notificados no Complexo Médico Penal, por Raio X realizados, exames anti-HIV, esquema de tratamento e antibiograma, anos 2004-2008

ANO	RAIO X REALIZADO		EXAMES ANTI HIV						ESQUEMA DE TRATAMENTO						ANTIBIOGRAMA			
			Positivo		Negativo		Não realizado		I		IR		III		Resistente a 1 droga		Resistente 2 ou + drogas	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
2004	61	95	13	20	35	55	16	25	49	76	15	23	-	-	-	-	-	-
2005	117	97	26	21	78	64	17	14	94	78	26	21	1	1	-	-	-	-
2006	65	97	11	16	43	64	13	19	49	73	13	19	1	1	-	-	-	-
2007	79	97	90	12	52	64	19	23	64	79	16	20	1	1	-	-	1	-
2008	78	97	21	26	45	56	14	17	52	65	24	30	2	1	1	-	1	-

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Tuberculose (SINAN), Banco de Dados Epidemiológicos, do Setor de Epidemiologia do Complexo Médico Penal do Paraná.

Observa-se que no período estudado o exame de Raio X foi realizado em quase a totalidade da população dos doentes, portanto caracteriza-se como um instrumento facilitador do diagnóstico, indicando a qualidade deste serviço de saúde para o sistema. Desta forma, de 2004 a 2008, foi realizado o exame de Raio X entre 95% a 97% dos casos novos identificados. Observa-se que em 2004, 20% dos casos diagnosticados de Tb apresentavam exame HIV positivo, sofrendo um aumento significativo para 26%, em 2008 (Tabela 10).

Contudo, conforme o preconizado pelo programa de Controle da Tuberculose este exame deve ser oferecido para 100% dos casos identificados.

Salienta-se que o exame HIV não é obrigatório, assim o preso pode se recusar em fazê-lo. Neste caso verifica-se que no ano de 2004, 25% dos presos não realizaram o teste anti HIV baixando para 17%, no ano de 2008, representando uma maior conscientização do preso (Tabela 10).

Portanto, considera-se importante oferecer a todos este exame como forma de melhorar o controle da Tb.

Os dados indicam que, no período compreendido entre 2004 a 2008, em sua maioria, é seguido o esquema de tratamento I. Porém, o exame de antibiograma passou a ser obrigatório no Estado do Paraná, a partir de 2006, no Sistema Penitenciário começou a ser realizado a partir do ano de 2007, o que pode significar que o esquema de tratamento utilizado não é adequado explicando o alto número de casos de recidiva e reingresso após abandono existentes, conforme demonstrado pelos dados apresentados na Tabela 9.

Os dados da Tabela 11 apresentam o perfil da população penitenciária doente

de tuberculose, por sexo e escolaridade referente ao período estudado.

Tabela 11 – Demonstrativo sobre o número de casos de tuberculose notificados no Complexo Médico Penal, por sexo e escolaridade dos presos/doentes, 2004-2008

ANO	SEXO				ESCOLARIDADE									
	Masculino		Feminino		Analfabeto		1-3		4-7		8-11		+ 12	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
2004	62	97	2	3	1	1	23	36	34	53	4	6	2	3
2005	116	96	5	4	8	7	27	2	74	61	10	8	2	2
2006	65	97	2	3	8	12	17	25	38	57	4	6	-	-
2007	80	99	1	1	31	38	22	27	24	30	4	5	-	-
2008	78	97	2	3	31	39	27	34	11	14	9	11	2	2

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Tuberculose (SINAN), Banco de Dados Epidemiológicos, do Setor de Epidemiologia do Complexo Médico Penal do Paraná.

Nota: Escolaridade 1-3 = analfabeto; 4-7 = I Grau Incompleto; 8-11 = I Grau Completo; + 12 = II Grau Incompleto e Completo.

Os casos de tuberculose concentram-se na população masculina, em média 97% por representarem a maioria e apenas em média 3% das mulheres já que estas representam apenas 4% do total de presos no Estado do Paraná, e ainda possuem mais salubres no regime fechado (Tabela 11).

Os dados da Tabela 8 demonstram que, o perfil dos presos, no período investigado, em sua maioria, são do sexo masculino e com 1. grau incompleto.

Tabela 12 – Demonstrativo sobre o número de casos de tuberculose notificados no Complexo Médico Penal, por idade dos presos/doentes, 2004-2008

ANO	FAIXA ETÁRIA									
	18 – 24		25 – 30		31 – 40		41 – 50		50 e +	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
2004	18	29	19	31	20	31	5	8	2	1
2005	41	35	32	27	36	30	9	7	3	1
2006	18	27	15	25	20	30	13	18	1	1
2007	21	27	26	33	22	27	9	11	2	2
2008	20	25	21	26	24	30	11	14	4	5

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Tuberculose (SINAN), Banco de Dados Epidemiológicos, do Setor de Epidemiologia do Complexo Médico Penal do Paraná.

Contata-se de acordo com os dados da tabela 12, que a tuberculose apresenta índices significativos nos presos/doentes com idade entre 18 a 24 anos. Sendo que a maior parte dos presos com tuberculose está na faixa entre 18 a 40 anos de idade, faixa etária produtiva.

Os dados da tabela 13 demonstram a situação de encerramento de todos os casos que deram entrada no CMP, no período investigado, por ano de notificação.

Tabela 13 – Demonstrativo da situação de encerramento dos casos de tuberculose, no Complexo Médico Penal, 2004-2008

ANO	TOTAL DE CASOS	SITUAÇÃO DO ENCERRAMENTO DO CA					
		IGNORADO	CURA		ABANDONO		ÓBITO
			N.	%	N.	%	
2004	64	11	33	51	15	23	5
2005	121	6	76	63	33	27	2
2006	67	1	43	64	19	28	4
2007	81	5	55	68	21	26	3
2008	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Tuberculose (SINAN), Epidemiologia da Tuberculose (CMP), Arquivo de Tuberculose (DBF).

Utilizando-se o método do Estudo de Coorte verificou-se que a taxa de cura variou entre 51%, 63%, 64% e 68% para os anos de 2004, 2005, 2006 e 2007, respectivamente, apresentando-se muito baixa se comparada com a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) que preconiza 85%. O dado mais alarmante verificado corresponde à alta taxa de abandono de tratamento: 23%, 27%, 28% e 26% para os anos de 2004, 2005, 2006 e 2007, respectivamente, uma vez que o parâmetro preconizado pela OMS como meta para se estabelecer controle da doença é de 5%. Este indicador é o principal problema relacionado com o controle da tuberculose, pois em decorrência do abandono desencadeia-se a evolução da doença para multidrogaresistente (Tabela 13).

Por meio dos resultados da investigação contata-se que as atuais ações desenvolvidas para o controle da tuberculose no Sistema Penitenciário do Paraná não são suficientes para estabelecer o diagnóstico precoce e tratamento e monitoramento adequado dos presos/doentes até obtenção da cura. Isto foi demonstrado pela alta taxa de recidivas e abandono de tratamento, não-realização de exames anti-HIV e baciloscopias para todos os casos, falta de realização da cultura e antibiograma para cumprir o estabelecido no Programa de Controle de Tuberculose, oficializado em 2006. Em decorrência pode haver a disseminação para a comunidade de cepas multidrogaresistentes (MDR).

Ressalta-se a necessidade de investir no tratamento supervisionado da dose administrada diariamente ao preso/doente para combater o abandono e a disseminação das cepas MDR. Dando-se ênfase especial aos casos que possuem

baciloscopia positiva, retratamentos consecutivos e risco de abandono do tratamento.

Desta forma, poderá ser alcançada a meta cura preconizada pelo Programa de Controle da Tuberculose, ou seja, obter cura de pelos menos 85% dos casos notificados e reduzir a taxa de abandono a menos de 5%.

Com a aplicação da Dose Observada de Tratamento Supervisionado (DOTS) obtêm-se a melhor aderência do preso/doente ao tratamento e em decorrência reduz-se o risco do desenvolvimento de cepas resistentes e, ainda reduz-se a incidência e a da morbi-mortalidade evitando-se a transmissão.

Salienta-se que o sistema de informação e notificação (SINAN/NET) é de fundamental importância para a avaliação do controle da tuberculose no sistema penitenciário, contribuindo ainda para a melhora do serviço prestado. No entanto, há necessidade de se implementar o contido no Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário atendendo aos amplamente aos requisitos solicitados com relação a todas exigências requeridas para adequada informatização do sistema.

Recomenda-se que se cumpra o estabelecido na Portaria Interministerial n. 1777/2003 visando garantir o acesso do preso aos serviços de saúde de forma eficiente, em particular ao serviço de tuberculose.

5. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

Este estudo fundamenta-se principalmente nas normas que regulamentam o Programa de Controle da Tuberculose, preconizado pelo Ministério da Saúde, evidenciando a importância de se estabelecer parcerias e integrar esforços, desenvolvendo trabalho conjunto com instituições afins, com vistas a combater a disseminação de cepas multidrogaresistentes, bem como a disseminação da doença para a comunidade.

Pesquisas relacionadas com o tema são importantes, uma vez que subsidiam a definição de políticas públicas voltadas para esta população.

A literatura aponta a tuberculose como doença endêmica, deste modo não pode ser negligenciada, particularmente junto às populações de risco, como é o caso dos presos.

A partir do diagnóstico da situação de casos de tuberculose no sistema penitenciário e Complexo Médico Penal do Paraná foi constatado que o perfil dos presos, no período investigado, em sua maioria, são jovens concentrados entre as faixas etárias de 18 a 40 anos de idade, do sexo masculino e com 1. grau incompleto demonstrando a necessidade de se investir em educação e profissionalização.

Por meio dos resultados desta investigação constatou-se que as atuais ações desenvolvidas para o controle da tuberculose no Sistema Penitenciário do Paraná não são suficientes para estabelecer o diagnóstico precoce e tratamento e monitoramento adequado dos presos/doentes até obtenção da cura. Isto foi demonstrado pela alta taxa de recidivas e abandono de tratamento, não-realização de exames anti-HIV e baciloscopias para todos os casos, falta de realização da cultura e antibiograma para cumprir o estabelecido no Programa de Controle de Tuberculose, oficializado em 2006. Em decorrência pode haver a disseminação para a comunidade de cepas multidrogasresistentes.

Identificou-se ainda que há necessidade de promover ações para melhorar o Programa de Controle da Tuberculose no Complexo Médico Penal. Neste sentido, devem ser atendidas as metas pré-estabelecidas no Plano Estratégico para a Implementação do Controle da Tuberculose, do MS, principalmente de elevar o diagnóstico dos casos esperados para 87% e elevar a cura dos casos diagnosticados para 85% e reduzir o abandono do tratamento para 5%. Contudo,

essas ações somente serão alcançados se o Departamento Penitenciário (DEPEN/PR) implantar na essência o contido no Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.

Recomenda-se que se cumpra o estabelecido na Portaria Interministerial n. 1777/2003, isto é, realizando a efetiva implementação da operacionalização da controle da tuberculose conforme o contido no Plano Nacional de Saúde, visando capacitar garantir o acesso do preso aos serviços de saúde de forma eficiente.

Implantar o tratamento supervisionado em 100% dos casos de tuberculose detectados; sensibilizar, de modo geral, os servidores que atuam no Sistema Penitenciário, para a importância do diagnóstico precoce da tuberculose, evitando assim a disseminação da doença dentro e fora do Sistema; adequar a infra-estrutura do Sistema Penitenciário para o acompanhamento e tratamento dos casos de tuberculose; garantir a parceria e o entrosamento das ações com a Secretaria de Saúde (SESA) para capacitação continuada e o suporte necessário nas ações de prevenção, diagnóstico e controle da doença; buscar a ampliação e aperfeiçoamento da estratégia DOTS;

- aumentar a detecção de casos em conjunto com os agentes penitenciários buscando estratégias para o enfrentamento desta doença no sistema penitenciário;
- investir em cuidados de biossegurança, pois o ambiente prisional tem elevadas chances de infecção pelo bacilo da tuberculose conforme o que trata a OMS no que se refere "ambientes de risco".

Salienta-se que o presente estudo não se esgota no resultado desta discussão, dada sua complexidade abre novas possibilidades para aprofundamento de estudos subsequentes relacionados ao tema.

6. REFERÊNCIAS

BAKHSI, S. S.; HAWKER, J.; ALI, S. Tuberculosis mortality in notified cases from 1989–1995 in Birmingham. *Public Health.*; v. 112, n. 3, p. 165–8, 1998. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

BELLIN, E. Y.; FLETCHER, D. D.; SAFYER, S. M. Association of tuberculosis infection with increased time in or admission to the New York City jail system. **JAMA**; v. 269, n. 17, p. 2228–31, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. **Controle da tuberculose**. Uma proposta de integração ensino-serviço. 5 ed. Brasília: CNCT/NUTES, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de pneumologia e Tisiologia. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração, ensino serviço. 5. ed., Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002.

BRASIL. **Portaria n. 1474 de 19 de agosto de 2002**, que institui o Incentivo de Controle da Tuberculose na Atenção Básica e define os mecanismos de concessão deste incentivo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 ago.2002b, n. 161, Seção I, p. 148.

BRASIL. Portaria Interministerial (M.J. e M. S.) nº 1.777, de 09 de setembro de 2003.

CONINX, R.; MATHIEU, C.; DEBACKER, M.; MIRZOEV, F.; ISMAELOV, A. de Haller R, et al. First-line tuberculosis therapy and drug resistant *Mycobacterium tuberculosis* in prisons. *Lancet*; v. 353, n. 9157, p. 969–73, 1999. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

DEAN, J. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D.; BRENDEN, K. A.; SMITH, D. C.; BURTON, A. H. et al. Epi Info 6.0: a word processing database and statistics program for epidemiology on IBM compatible computers. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 1994. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

DROBNIOWSKI, F. Tuberculosis in prisons: forgotten plague. *Lancet*; v. 346, n. 8980, p. 948–9, 1995. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

FUNASA. Controle da Tuberculose: Uma proposta de integração, ensino e serviço, Rio de Janeiro: FUNASA, 2002.

GLASER, J. B.; GREIFINGER, R. B. Correctional health care: a public health opportunity. *Ann Inter Med.* V. 118, n. 2, p. 139–45, 1993. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

HIJJAR, A. M.; OLIVEIRA, M. J. P.; TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. v. 9, n. 2. jul/dez., 2001.

JONES, T. F.; CRAIG, A. S.; VALWAY, S. E.; WOODLEY, C. L.; SCHAFFNER, W. Transmission of tuberculosis in a jail. *Ann Inter Med.*; v. 131, n. 8, p. 557–63, 1999. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

KREISEL, B. **Implementação de atividades para estabelecer o diagnóstico precoce, a assistência e o tratamento da tuberculose no Sistema Penitenciário do Estado do Paraná**. Monografia (Especialização em Pneumologia Sanitária) Pinhais/PR, 2006.

LOPES, A. J.; CAPONE, D.; MOGAMI, R. et al. Tuberculose extrapulmonar. **Pulmão**. Rio de Janeiro; n. 15, v. 4, p. 253-261, 2006.

MACINTYRE, C. R.; KENDIG, N.; KUMMER, L.; BIRAGO, S.; GRAHAM, N. M. Impact of tuberculosis control measures and crowding on the incidence of tuberculosis infection in Maryland prisons. *Clin Infect Dis.*; v. 24, n. 6, p. 1060–7, 1997. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

MANUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE. PPT. Manual de Normas Técnicas de Tuberculose para Unidades Básicas de Saúde.

MARCH, F.; COLL, P.; GUERRERO, R. A.; BUSQUETS, E.; CAYLÀ, J.A. Predictors of tuberculosis transmission in prisons: an analysis using conventional and molecular methods. *AIDS*; v. 14, n.5, p. 525–35, 2000. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

MARTÍN, V.; CAYLÀ, J. A.; BOLEA, A.; CASTILLA, J. *Mycobacterium tuberculosis* and human immunodeficiency virus co-infection in intravenous drug users on admission to prison. *Int J Tuberc Lung Dis.*; v. 4, n. 1, p. 41–6, 2000. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

Ministério da Saúde. Manual técnico para o controle da tuberculose. **Cadernos de Atenção Básica**; n. 6, Brasília; p. 19-26, 2002.

OLIVEIRA, H. B.; MOREIRA FILHO, D. C. Treatment abandonment and tuberculosis recurrence: aspects of previous episodes, Brazil, 1993–1994. **Rev Saude Publica**; v. 34, n.5, p. 437–43, 2000.

OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

PABLOS-MÉNDEZ, A.; STERLING, T. R.; FRIEDEN, T. R. The relationship between delayed or incomplete treatment and all-cause mortality in patients with tuberculosis. *JAMA*; v. 276, n. 15, p. 1223–8, 1996. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

MAGRO FILHO, J. B.; RIBEIRO, M. A. A. **Tuberculose**. Minas Gerais: UFMG, 2008.

MANUAL TÉCNICO DE CONTROLE DA TUBERCULOSE. RECIDIVA. Disponível em:<<http://www.myeloma-euronet.org/pt/multiple-myeloma/glossary.php#r>>. Acesso em: 4 abr 2009.

RESOLUÇÃO N. 122/93/SEJU. Aprova o regimento Interno do Complexo Médico Penal do Paraná (CMP).

REYES, H.; CONINX, R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. *BMJ*; v. 315, n. 7120, p. 1447–50, 1997. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

RODRIGO, T.; CAYLÀ, J. A.; GARCIA de, OLALLA, P.; BRUGAL, M. T.; JANSÀ, J. M.; GUERRERO, R, et al. Effectiveness of tuberculosis control programmes in prisons, Barcelona 1987–2000. *Int J Tuberc Dis.*; v. 6, n. 12, p. 1091–7, 2002. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

SCHÜRMAN, D.; NIGHTINGALE, S. D.; BERGMANN, F.; RUF, B. Tuberculosis and HIV infection: a review infection. **Tuberculosis**; n. 12, p. 274-280, 1997.

SOUZA, J. W. M. de. Tuberculose. **Saúde e Vida On-Line**. 2009. Disponível em:<<http://www.saudevidaonline.com.br/artigo14.htm>>. Acesso em: 4 abr. 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1997.

TUBERCULOSE PULMONAR. *Abc da saúde*. 2009. Disponível em:<<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?432>>. Acesso em: 04 abr. 2009.

VALWAY, S. E.; RICHARDS, S. B.; KOVACOVICH, J.; GREIFINGEER, R. B.; CRAWFORD, J. T.; DOOLEY, S. W. Outbreak of multi-drug-resistant tuberculosis in a New York State prison, 1991. *Am J Epidemiol.*; v. 140, n. 2, p. 113–22, 1994. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

VALWAY, S. E.; GREIFINGER, R. B.; PAPANIA, M.; KILBURN, J. O.; WOODLEY C, DIFERDINANDO, G. T. et al. Multidrug-resistant tuberculosis in the New York State prison system, 1990–1991. *J Infect Dis.*; v. 170, n. 1, p. 151–6, 1994. In: OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

WHALEN, C.; HORSBURGH, C. R.; HOM, D.; LAHART, C.; SIMBERKOFF, M.; ELLNER, J. Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. **Am J Respir Crit Care Med**; n. 151, p. 129-135, 1995.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. Geneva 1998.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO Report, 2008. Disponível em:<www.who.int/tb/publications/global_report/2008/pdf/fullreport.pdf>. Acesso em: 15 out. 2008.

ZELLWEGER, J. P.; COULON, P. Outcome of patients treated for tuberculosis in Vaud County, Switzerland. *Int J Tuberc Lung Dis.*; v. 2, n. 5, p. 372–7, 1998. In:

OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 15, n. 3, p. 194–9, 2004.

7. ANEXOS

7.1. FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAM – INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença TUBERCULOSE		Código (CID10) A16.9		3 Data da Notificação			
	4 UF	5 Município de Notificação				Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data do Diagnóstico			
	8 Nome do Paciente						9 Data do Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante		13 Raça/Cor			
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe					
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito			
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código					
Dados de Residência	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1					
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP					
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)					
			1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado							
Dados Complementares do Caso										
Antecedentes Epidemiológicos	31 N° do Prontuário		32 Ocupação		33 Tipo de Entrada		34 Institucionalizado			
					1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência		1 - Não 2 - Presídio 3 - Asilo 4 - Orfanato 5 - Hospital Psiquiátrico 6 - Outro 9 - Ignorado			
Dados Clínicos	35 Raio X do Tórax		36 Teste Tuberculínico		37 Forma		38 Se Extrapulmonar			
	1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado		1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra			
	39 Agravos Associados		40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		41 Baciloscopia de Outro Material		42 Cultura de Escarro			
Dados do Laboratório	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1ª amostra 2ª amostra		1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Em Andamento 4 - Não Realizada			
	43 Cultura de Outro Material		44 HIV		45 Histopatologia					
	1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Em Andamento 4 - Não Realizada		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado		1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado					
Tratamento	46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Drogas		48 Indicação para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)?		49 Número de Contatos Registrados			
			1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

7.2. PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde, além de representar um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, garantindo o acesso das pessoas a uma assistência integral à saúde com equidade, traz para o setor de saúde um novo panorama de questões e exigências com as quais as diferentes organizações de saúde precisam conviver na busca do cumprimento do mandamento constitucional de que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado".

A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas.

Historicamente, a questão da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/AIDS, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito destas instituições.

É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestas por esta população.

Reconhecendo sua responsabilidade frente a essa necessidade, o Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça, elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que será desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse Plano alcançará resultados a partir do envolvimento das Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e das Secretarias Municipais de Saúde, reafirmando a prática da intersetorialidade e das interfaces que nortearam a sua construção.

A consolidação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representa um avanço para o País, na medida em que, pela primeira vez, a população confinada nas unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS.

Contribuir para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

HUMBERTO COSTA

Ministro da Saúde

LEGENDA DE ABREVIATURAS

BPA: Boletim de Produção Ambulatorial
CadSUS: Cadastro de Usuários do Sistema Único de Saúde
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CNPCP: Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
DEPEN: Departamento Penitenciário Nacional
HCTP: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
PAB: Piso de Atenção Básica
PNSSP: Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SIA: Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS: Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

A Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

O Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.142, 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.

As ações e os serviços de saúde definidos pelo Plano Nacional são consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS. Os instrumentos de gestão do Sistema que orientam o planejamento e a tomada de decisão de gestores de saúde estão presentes nesse Plano, a exemplo do cadastramento de Unidades dos Estabelecimentos Prisionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Esse Plano foi construído em coerência com a discussão da organização de sistemas de saúde e do processo de regionalização da atenção, que pauta o incremento da universalidade, da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência.

As ações e os serviços de atenção básica em saúde serão organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde será pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

A reorientação do modelo de atenção pautada como prioridade por este Ministério resulta na ampliação do enfoque do modelo atual, centrado na doença, buscando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação do modelo epidemiológico ao modelo clínico dominante. O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo, que incorpora e transcende a ética do individual, e a articulação necessária com outros setores, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Institucionalização do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário:

- Aprovado na Comissão Intergestores Tripartite
- Aprovado na 12ª Conferência Nacional de Saúde

- Aprovado no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária/Ministério da Justiça
- Incluído no Plano Nacional de Saúde

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA

Segundo as Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros aprovadas pelo Conselho

Econômico e Social da ONU, a função da prisão é proteger a sociedade contra o crime, cabendo ao sistema prisional assegurar que quando egressa do Sistema essa pessoa seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtiva para a sociedade. Para tanto, é preciso reduzir as diferenças entre a vida intramuros e a vida extramuros, no sentido de garantir-lhe o acesso aos direitos civis que lhe cabem, bem como o exercício de sua cidadania.

Condições de vida e de saúde são importantes para todos, porque afetam o modo como as pessoas se comportam e sua capacidade de funcionarem como membros da comunidade. As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico. Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, vícios, bem como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais.

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania.

A população carcerária no Brasil é de aproximadamente 210.150 pessoas, segundo dados oficiais do DEPEN/Ministério da Justiça (Agosto/2003). Estas pessoas encontram-se distribuídas nos diferentes estabelecimentos penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro.

Aproximadamente 75% dos presos estão recolhidos em presídios e penitenciárias, unidades destinadas a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado. As colônias agrícolas, industriais ou similares recebem presos sentenciados ao cumprimento da pena em regime semiaberto e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) abrigam presos em medida de segurança, ou seja, internos que, em razão de grave transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito de suas ações. Existem ainda as casas de albergado, destinadas a presos do regime aberto, e as cadeias públicas e distritos policiais, destinados a custódia de presos provisórios.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais.

A população penitenciária brasileira é composta, predominantemente, por adultos jovens: homens brancos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. São, em sua grande maioria, pobres e condenados pelos crimes de furto e roubo. Poucos entre eles foram alfabetizados e possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema Prisional. Mais da metade é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram.

No Brasil, a distribuição dos presos por estado e região é feita de forma irregular e muitas vezes desproporcional. Os estados de São Paulo, Minas Geras, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul juntos contabilizam cerca de 65% da população carcerária nacional. O custo médio mensal de um preso para o Estado também varia muito de uma unidade federada

para outra, retratando realidades diferenciadas de confinamento e assistência a essa população.

PRINCÍPIOS QUE FUNDAMENTAM O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Acreditando que os altos índices de criminalidade não serão reduzidos apenas com a ampliação do Sistema Penitenciário, por meio da construção de mais presídios e do aumento indiscriminado de vagas, surge a preocupação de investir em políticas de atenção à saúde, à educação e à profissionalização das pessoas privadas de liberdade.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas e respaldou-se em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde.

Ética: não só na concepção da honra, da integridade, da credibilidade, mas, sobretudo, do compromisso.

Justiça: para dar a cada um aquilo que é seu, princípio este que deve valer para todas as pessoas:

brancas ou negras, ricas ou pobres, homens ou mulheres, privadas ou não de liberdade.

Cidadania: na perspectiva dos direitos civis, políticos, sociais e republicanos.

Direitos Humanos: ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações. Referencial constante de homens e mulheres que buscam uma vida em comum mais humana, com dignidade, sem discriminação, sem violência e sem privações.

Participação: entendida como a conquista de espaços democráticos.

Eqüidade: a virtude de reconhecer as diferenças e os direitos de cada um.

Qualidade: na concepção da eficiência, da eficácia e, essencialmente, da efetividade significa estar plenamente comprometido.

Transparência: tida como base de uma gestão que precisa prestar contas às pessoas às quais se destinam os programas, os projetos e as ações sociais.

DIRETRIZES ESTRATÉGICAS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;

Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que acometem a população

penitenciária;

Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;

Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;

Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos

serviços e da produção social da saúde;

Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;

Estimular o efetivo exercício do controle social.

FINANCIAMENTO

Na realização dos censos demográficos, a população penitenciária é considerada pelo IBGE como população residente. Desta forma, esta população está contemplada nos repasses de recursos federais para atenção de básica, média e alta complexidade.

Com o intuito de transformar o PNSSP, efetivamente, em uma estratégia de fazer chegar à população penitenciária as ações e os serviços de saúde, foi criado o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, que deverá ser compartilhado entre os gestores da saúde e da justiça das esferas de governo, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o equivalente a 70% dos recursos e os demais 30%, ao Ministério da Justiça.

Este incentivo é um componente variável do Piso de Atenção Básica, que é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos de ações estratégicas da própria atenção básica destinada às populações específicas.

Este Incentivo será repassado em conformidade com o número de equipes implantadas nas unidades prisionais, ou seja, o Incentivo destinado às unidades com mais de 100 pessoas presas, nas quais deverá ser implantada uma equipe para cada grupo de até 500 presos, corresponde a R\$ 40.008,00/ano por equipe. Para as unidades com até 100 pessoas presas, o Incentivo será de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento, em virtude de que os profissionais de saúde atuantes nestas unidades pertencerão à Secretaria Municipal de Saúde com carga horária menor à das equipes atuantes nas unidades com mais de 100 presos.

O Fundo Nacional de Saúde procederá com o repasse dos recursos provenientes do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça para os Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, de acordo com a pactuação celebrada no âmbito de cada Unidade Federada, para que estes repassem para os respectivos serviços executores do Plano.

O referido repasse obedecerá às regras que regulamentam a transferência de recursos financeiros a estados e municípios, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, cabendo destacar a orientação do Manual para Organização da Atenção Básica.

RECURSOS HUMANOS

Em face da dura realidade das unidades prisionais, as equipes de saúde terão o desafio de interferir no cotidiano de desassistência, tendo por base padrões humanos e humanizantes que se traduzem em ações tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.

O direito à saúde como direito legítimo de cidadania é um princípio fundamental do PNSSP. Os profissionais das equipes de saúde, convivendo com as pessoas privadas de liberdade, entendendo as representações sociais da doença, podem induzir mudanças significativas no Sistema Penitenciário Brasileiro.

Essas equipes, articuladas a redes assistenciais de saúde, têm como atribuições fundamentais:

1. Planejamento das ações;
2. Saúde, promoção e vigilância; e
3. Trabalho interdisciplinar em equipe.

Nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e deverá ser composta por:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Odontólogo;
- Psicólogo;
- Assistente social;
- Auxiliar de enfermagem; e
- Auxiliar de consultório dentário (ACD).

Os estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas. Os profissionais designados para atuarem nestes estabelecimentos, com pelo menos um atendimento semanal, podem atendê-los na rede pública de saúde.

Nos estabelecimentos prisionais em que já houver quadro de saúde, a equipe será complementada.

Em decorrência de suas especificidades, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico serão objetos de normas próprias, que deverão ser definidas de acordo com a Política de Saúde Mental preconizada pelo Ministério da Saúde.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

As unidades de saúde implementadas de acordo com o Plano Nacional de Saúde, no âmbito

dos estabelecimentos prisionais – presídios, penitenciárias, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), colônias agrícolas –, assim como os profissionais de saúde atuantes nestas unidades, serão monitorados por meio de sistemas de informações que constituem o Sistema de Informações em Saúde do Sistema Único de Saúde.

Estas unidades deverão ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/SUS), conforme Portaria nº 268, de 17 de setembro de 2003, para as quais foi criado

especificamente o Serviço de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, código 065, com as seguintes classificações:

- 183 e 185 para presídios, penitenciárias, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, manicômios judiciários e colônias agrícolas com população de até 100 pessoas presas;
 - 184 e 186 para presídios, penitenciárias, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, manicômios judiciários e colônias agrícolas com população acima de 100 pessoas presas.
- Com este cadastramento, os estabelecimentos prisionais que tiverem as unidades de saúde implementadas receberão um código no CNES e apresentarão o Boletim de Produção Ambulatorial

(BPA) com a produção dos serviços realizados no Sistema Penitenciário.

Para que ocorra o cadastramento destas unidades, é imprescindível que os profissionais estejam registrados na folha 8/14 na "ficha de cadastro de profissionais do SUS".

O cadastramento das pessoas presas será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Para isso, serão utilizados os mesmos instrumentos que já estão em uso nos municípios: o formulário de cadastramento, o manual e o aplicativo CadSUS.

O monitoramento e a avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais deverão ser realizados a partir de 2005, pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou transitoriamente pelo SIA/SUS.

Instrumentos de gestão que contribuem para a organização gerencial e operacional da Atenção Básica:

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

SIA/SUS;

SIAB;

Relatório de gestão aprovado no Conselho Municipal de Saúde; e Relatório de gestão aprovado no Conselho Estadual de Saúde.

Caso estes Sistemas de Informações não sejam alimentados em consonância com as orientações do PNSSP, por dois meses consecutivos ou ainda por três meses alternados, resultará na suspensão do repasse do Incentivo.

FORMAS DE GESTÃO

Funções no Sistema Único de Saúde:

Gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracterize como prestador do SUS.

Gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Em âmbito federal, é de competência do Ministério da Saúde a gestão do PNSSP.

A gestão e a gerência das ações e dos serviços de saúde constantes do Plano Operativo Estadual serão definidas mediante pactuação na CIB em cada unidade federada e entre gestores Estaduais de Saúde e de Justiça e gestores Municipais de Saúde.

No caso de as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a referida gestão e/ou gerência, deverá constar no Plano Operativo Estadual a devida aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

CRITÉRIOS PARA QUALIFICAÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS AO PLANO

NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Formalização do envio do Termo de Adesão ao Ministério da Saúde;
Apresentação, para fins de aprovação, do Plano Operativo Estadual no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite;
Envio do Plano Operativo Estadual ao Ministério da Saúde pelas Secretarias de Estado de Saúde;
Credenciamento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde das unidades prisionais, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
Aprovação dos Planos Operativos Estaduais pelo Ministério da Saúde como condição para que estados e municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; e Publicação no Diário Oficial da União de Portaria de Qualificação.