

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM UM SANATÓRIO PENAL DO RIO DE JANEIRO-RJ

LOROZA, Érika de Souza¹
 ARAÚJO, Greice Keli Germano de
 SILVA, Leandro Luiz Eliziário Pereira da
 SENRA, Marcela Cristine Teixeira
 GONÇALVES, Roberta Conforte
 FUJIMOTO, Simone Terra Valença
 LIMA JUNIOR, Edvaldo Higino de

RESUMO

O objetivo do estudo é identificar o perfil epidemiológico da tuberculose em um Sanatório Penal Rio De Janeiro. Foi investigado o perfil epidemiológico de 1.114 casos da tuberculose em detentos do sistema prisional carioca situado no complexo de Bangu, entre os anos de Janeiro de 2014 a Junho de 2016. De janeiro a dezembro 2014, as unidades com maiores percentuais de notificação de tuberculose foram: Vicente Piragibe 17,1% e Plácido de Sá Carvalho 12,3%. Os meses com maiores percentuais foram novembro 13,3% e dezembro 12,3%. Quanto à origem da infecção em 99% dos casos ocorreram por contaminação interna e 1% já adentrou no sistema prisional portando tuberculose. Quanto ao desfecho 70% foram curados e 23% continuam em tratamento. Quanto à idade 46% estavam na faixa entre 18 a 24 anos e 34% na faixa entre 25 a 34 anos. De janeiro a dezembro de 2015, as unidades com maiores percentuais de notificações de tuberculose foram: Tiago Telles 19,1% e Hospital Roberto Medeiros 8,7%. Os meses com maiores percentuais foram março 10,7% e junho 10,4%. Quanto à origem da infecção em 99,6% dos casos ocorreram por contaminação interna e 0,3% já adentraram no sistema prisional portando tuberculose. Quanto ao desfecho 39,7% foram curados e 51,9% continuam em tratamento. Quanto à idade 40,7% estavam na faixa entre 18 a 24 anos 33% na faixa entre 25 a 34 anos. De janeiro a junho de 2016, as unidades com maiores percentuais de notificações de tuberculose foram: Vicente Piragibe 21,9% e Moniz Sodré 9,6%. Os meses com maiores percentuais foram março 19,7% e abril 18,7%. Quanto ao desfecho 77,2% foram curados e 12,4% continuam em tratamento. Quanto à idade 38,8% estavam na faixa entre 18 a 24 anos e 25,4% estavam na faixa entre 25 a 34 anos. A partir desse estudo, podemos concluir que a tuberculose atinge níveis endêmicos entre a população carcerária, sendo a contaminação intramuros predominante.

Palavra Chaves - Perfil Epidemiológico da tuberculose. Sistema prisional.

ABSTRACT

The goal was identify the epidemiological profile of tuberculosis in a Criminal Sanatorium Rio de Janeiro. We investigated the epidemiological profile of 1,114 cases of tuberculosis among inmates of the prison system in Rio de Janeiro, between January 2014 and June 2016. From January to December 2014, the units with the highest percentages of tuberculosis notification were: Vicente Piragibe 17.1% and Plácido de Sá Carvalho 12.3%. The months with the highest percentages

¹ LOROZA; ARAÚJO; SILVA; SENRA; GONÇALVES; FUJIMOTO, discentes do Curso de Farmácia do Centro Universitário Celso Lisboa; LIMA JÚNIOR, Prof. Ms. do Curso de Farmácia do Centro Universitário Celso Lisboa.

were November 13.3% and December 12.3%. As to the origin of the infection in 99% of the cases occurred by internal contamination and 1% already entered in the prison system carrying tuberculosis. Regarding the outcome 70% were cured and 23% continued under treatment. As for age 46% were in the range between 18 to 24 years and 34% in the range of 25 to 34 years. From January to December 2015, the units with the highest percentages of notifications of tuberculosis were: Tiago Telles 19.1% and Hospital Roberto Medeiros 8.7%. The months with the highest percentages were March 10.7% and June 10.4%. As to the origin of the infection in 99.6% of the cases occurred due to internal contamination and 0.3% already entered the prison system carrying tuberculosis. Regarding the outcome, 39.7% were cured and 51.9% remained in treatment. As for age 40.7% were in the range between 18 to 24 years 33% in the range between 25 to 34 years. From January to June 2016, the units with the highest percentages of notifications of tuberculosis were: Vicente Piragibe 21.9% and Moniz Sodré 9.6%. The months with the highest percentages were March 19.7% and April 18.7%. Regarding the outcome, 77.2% were cured and 12.4% continued to be treated. Regarding age, 38.8% were in the range of 18 to 24 years and 25.4% were in the range of 25 to 34 years. From this study, we can conclude that tuberculosis reaches endemic levels among the prison population, with intramural contamination being the predominant one.

Key Words - Epidemiological profile of tuberculosis. Prison system.

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) a tuberculose é uma das mais antigas doenças que afligem a humanidade, no Brasil, a tuberculose é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ou World Health Organization (WHO) estima que “ocorram no mundo cerca de 8 a 9 milhões de casos novos por ano, ao redor de três milhões de óbitos pela doença”. (WHO, 2012, s/p). O plano global para o controle da tuberculose 2011-2015, proposto pela OMS está dividido em seis componentes:

Expandir a estratégia Tratamento Diretamente Observado (DOTS) com qualidade e comprometimento político, financeiro e administrativo; priorizar e capacitar os sistemas de saúde baseado na atenção básica; conscientizar e fortalecer politicamente as pessoas com tuberculose. E a sociedade civil organizada; envolver, através de parcerias, todos os prestadores responsáveis pela atenção aos portadores de tuberculose; promover pesquisas e, por fim, dirigir ações à TB/HIV, a tuberculose multirresistente (TB-MDR) e às populações pobres e vulneráveis. (OMS *apud* DARA *et al.*, 2009, s/p).

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

A ocorrência da tuberculose em presídios, hoje tem se tornado um caso de saúde pública elevado com uma expressiva magnitude. Alguns estudos sobre a saúde da população encarcerada mostram uma crescente taxa populacional, sem adequação de estrutura física, em condições de higiene, ventilação e iluminação solar. (GOUVEIA *et al.* 2010).

A prisão e a tuberculose

A prisão é reconhecida como local legítimo de punição dos criminosos para afastar definitivamente ou temporariamente do meio em que vivem. É dever de o estado garantir condições adequadas de vida e capacitação na reinserção na sociedade. (FOUCAULT, 1984).

Desta forma, a privação de liberdade é encarada como a principal forma de punição acometida pelos danos contra a ordem social. Dão-se através do isolamento, trabalhos forçados e castigos, busca-se regenerar o indivíduo, crendo assim que haja a possibilidade de sua transformação e recuperação social. Pessoas submetidas as mínimas condições para a sobrevivência, sujeita a várias formas de vitimização, baixas condições de vida e higiene, torturas e outras formas de violência, estresse físico e mental (FOUCAULT, 1984).

Independente da época e do local, as pessoas encarceradas sempre estiveram e estão submetidas a condições sempre mínimas para sua sobrevivência, sujeitas a diferentes formas de vitimização, como precárias condições de vida e higiene, tortura e outras formas de violência, estresse físico e mental, entre outras.

Os encarcerados, repetidamente, provem de setores mais vulneráveis da sociedade: jovens, os pobres, os doentes mentais, os alcoólatras e aos dependentes de drogas ilícitas. Esses grupos de pessoas possuem um risco maior de adquirir

doenças como a tuberculose. Nas prisões esses problemas são elevados pelas péssimas condições, pela violência e o confinamento. Superlotação, estresse, atividades ilícitas, são um dos fatores enfrentados. (DARA *et al.*, 2009).

Três conjuntos de fatores, que possuem uma relação com o ambiente prisional, são identificados como os principais para a elevação da transmissão da tuberculose nas penitenciárias: (1) superlotação, os indivíduos possuem um contato maior, ventilação inadequada; (2) diagnóstico tardio, problemas para isolamento, baixas taxas de cura, antes de cumprir o tratamento são libertos; (3) maior susceptibilidade: jovens com baixo grau de instrução, renda e usuários de drogas. (DARA *et al.*, 2009; CONINX *et al.*, 2000).

As dificuldades apontadas para o tratamento da tuberculose nas unidades prisionais são inúmeras:

- 1) Falta de médicos e enfermeiros para poder diagnosticar, avaliar e cuidar, deste pacientes.
- 2) Dificuldade de exame radiográfico de tórax.
- 3) Dificuldades para exames de pacientes em Hospital de referência, pela falta de viaturas e escoltas armadas.
- 4) Falta de espaço adequado para coleta de escarro.
- 5) Algumas unidades existem restrições de cotas para exame de baciloscopia.
- 6) As saídas por transferência ou liberdade de presos em tratamento ou aguardando resultados.
- 7) Não cumprimento dos exames de ingresso nas unidades prisionais.
- 8) Conscientização por parte dos detentos em relação a tuberculose e seu rápido diagnóstico.
- 9) Demora dos laboratórios do resultado de cultura e teste de sensibilidade.
- 10) Conscientização dos profissionais da área da saúde, quanto rastreamento por tosse, quando mais de duas semanas.
- 11) Falta de busca ativa periódica.
- 12) O deslocamento do paciente para exames em outros locais, pode retardar ou inviabilizar o diagnóstico.
- 13) Falta de conscientização sobre a importância da continuidade do tratamento.
- 14) Superlotação, precárias condições de vida e higiene.

No Brasil, as precárias condições de saneamento, a ausência do atendimento de saúde aos detentos, levam as altas taxas de mortalidade dos encarcerados desde a instalação dos primeiros presídios. Entretanto, devido a indisponibilidade dos registros, não se pode supor que grande parte dos óbitos sejam decorrentes da tuberculose. (MACHADO *et al.* 2016).

Para melhor compreensão da tuberculose nas prisões, é necessário conhecer as características dos portadores da doença nessa população. (MACEDO; MACEDO; MACIEL, 2013).

Sendo assim, este trabalho visa a descrever o perfil epidemiológico da população masculina localizada nas unidades prisionais do complexo de Bangu no Rio de Janeiro quanto à faixa etária, ao tratamento da tuberculose dos casos diagnosticados durante o período de janeiro de 2014 a junho de 2016.

METODOLOGIA

Foi investigado o perfil epidemiológico dos casos da tuberculose em detentos do sistema prisional carioca situado no complexo de Bangu, durante o período de Janeiro de 2014 a junho 2016. Foram utilizadas informações do banco de dados do Sanatório de Bangu, onde os casos de tuberculose são notificados por meio de ficha do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). A amostra foi categorizada por unidades prisionais, perfil mensal, perfil de infectados na unidade prisional (interno) e infectados na comunidade (externo), perfil do diagnóstico, utilizado abordagem quantitativa, por análise documental, observação participativa e entrevistas com os profissionais das unidades.

Seguiram-se nesta pesquisa os princípios éticos de respeito pela dignidade humana e engajamento ético, respeitando a autonomia e liberdade do ser humano previstos na resolução nº 466/2012, publicada dia 13 de junho de 2013 no Diário Oficial da União, aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 240ª Reunião Ordinária em dezembro de 2012.

Para análise documental, foi consultado o sistema de registro para a gestão dos casos de tuberculose, organizado por unidade prisional, nível de coordenação de saúde de cada estado. As fichas continham informações sobre a localização dos detentos, por unidade prisional, para que possa se dar continuidade ao tratamento, monitoramento da detecção da tuberculose, acompanhamento e avaliação do tratamento.

Classificação por diagnóstico

- 1) Curados (C): Pacientes cujo ocorra negatificação de duas culturas consecutivas, com intervalo de 30 dias, após a data prevista para seu retorno, a partir do décimo segundo mês de tratamento, sem sinais clínicos e radiológicos de doença ativa.
- 2) Abandono de tratamento (AT): Paciente que não comparecem ao tratamento supervisionado, após a data da última consulta.
- 3) Continuação do tratamento (CT): Todo aquele paciente que, encontra-se em tratamento independente do estágio da doença.
- 4) Óbito: Refere-se apenas com óbito durante tratamento da tuberculose.
- 5) Pacientes evadidos (PE): Cujo tratamento foi interrompido pois os pacientes fugiram, sendo considerados foragidos pois não retornaram para prisão, desta forma sem informações clínicas do mesmo.
- 6) Pacientes libertos (PL): Aqueles que deixam o sistema prisional, tornando-se foco para propagação da doença (BRASIL, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil epidemiológico do ano 2014

No ano de 2014, as unidades prisionais com maiores percentuais de tuberculose foram Vicente Piragibe 16,9% e Plácido de Sá Carvalho 13,2%, apresentando 32 notificações, conforme o quadro 1. A quantidade total de detentos que apresentaram tuberculose foi de aproximadamente 2,1%.

Segundo os dados fornecidos pelo Sanatório de Bangu no ano de 2014, tivemos cerca de 98,1 % a menos de paciente com tuberculose em relação ao período de janeiro 2015 a junho 2016. Talvez por conta de uma maior interação entre os profissionais da área da saúde em notificar os casos nos anos seguintes, pois houve mudanças internas referentes ao aumento de número efetivo de profissionais.

Unidade Prisional	Pacientes %	Pacientes
VP-Vicente Piragibe	16,97%	18
PC-Plácido de Sá Carvalho	13,21%	14
Doutor Serrano Neves	10,38%	11
MM-Milton Dias Moreira	8,49%	9
EM-Evaristo de Moraes	7,55%	8
MS-Moniz Sodré	5,66%	6
BM-Benjamim De Moraes	4,72%	5
EB- Esmeraldino Bandeira	4,72%	5
EC-Edgard Costa	4,72%	5
CF-Carlos Tinoco da Fonseca	3,78%	4
JCS-João Carlos Da Silva	2,83%	3
DC-Dalton Crespo De Castro	1,89%	2
GC-Gabriel Ferreira Castilho	1,89%	2
JL-Jonas Lopes de Carvalho	1,89%	2
SN-Serrano Neves	1,89%	2
VM-Vinhosa Muniz	1,89%	2
AF-Ary Franco	0,94%	1
AT-Alfredo Tranjan	0,94%	1
HG-Hélio Gomes	0,94%	1
IS-Ismael Pereira Sirieiro	0,94%	1
JP-Juíza Patrícia Acioli	0,94%	1
JS-Jorge Santana	0,94%	1
LB-Lemos Brito	0,94%	1
PR-Paulo Roberto Rocha	0,94%	1
Total	100%	106

Quadro 1: Quadro representativo do perfil epidemiológico da tuberculose em 2014. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Na figura 1, pode-se observar o perfil epidemiológico mensal com maiores percentuais no mês de novembro 13,3% e dezembro 12,3%. Pode-se observar um aumento do número de presos no segundo semestre, apresentando um número maior de notificações e profissionais.

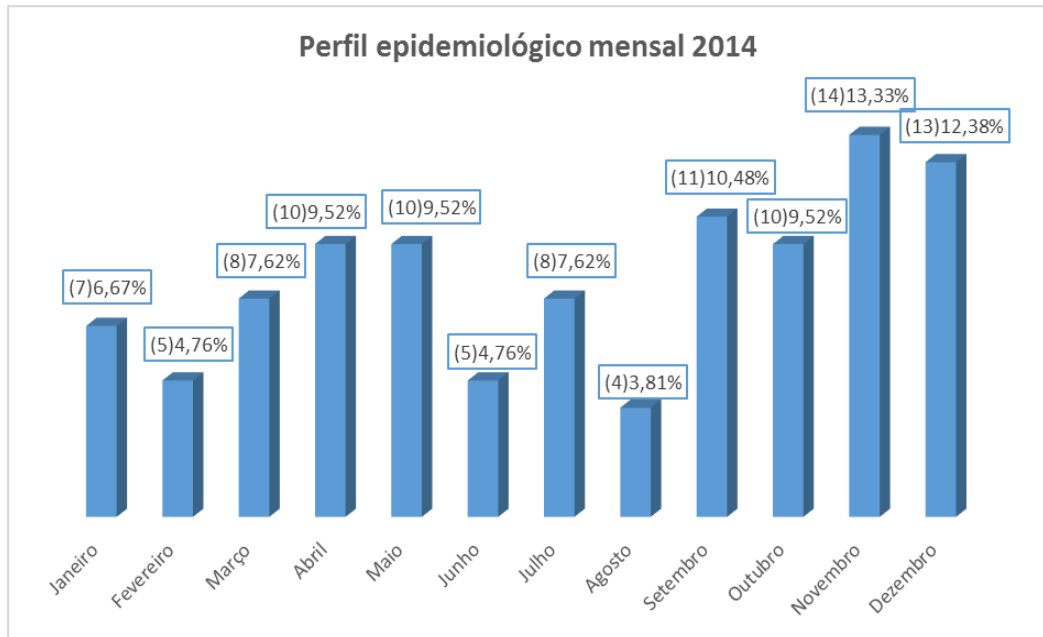


Figura 1: Gráfico representativo do perfil epidemiológico mensal de 2014. Fonte: SINAN.

Na figura 2, pode-se observar um percentual de infectados internos de 99% e externos de 1%. Estes dados sugerem uma relação entre o tempo de permanência do indivíduo na prisão e a contaminação por tuberculose. Sugerindo que o fator de risco está associado com a superlotação, condições precárias de higiene e assistência.

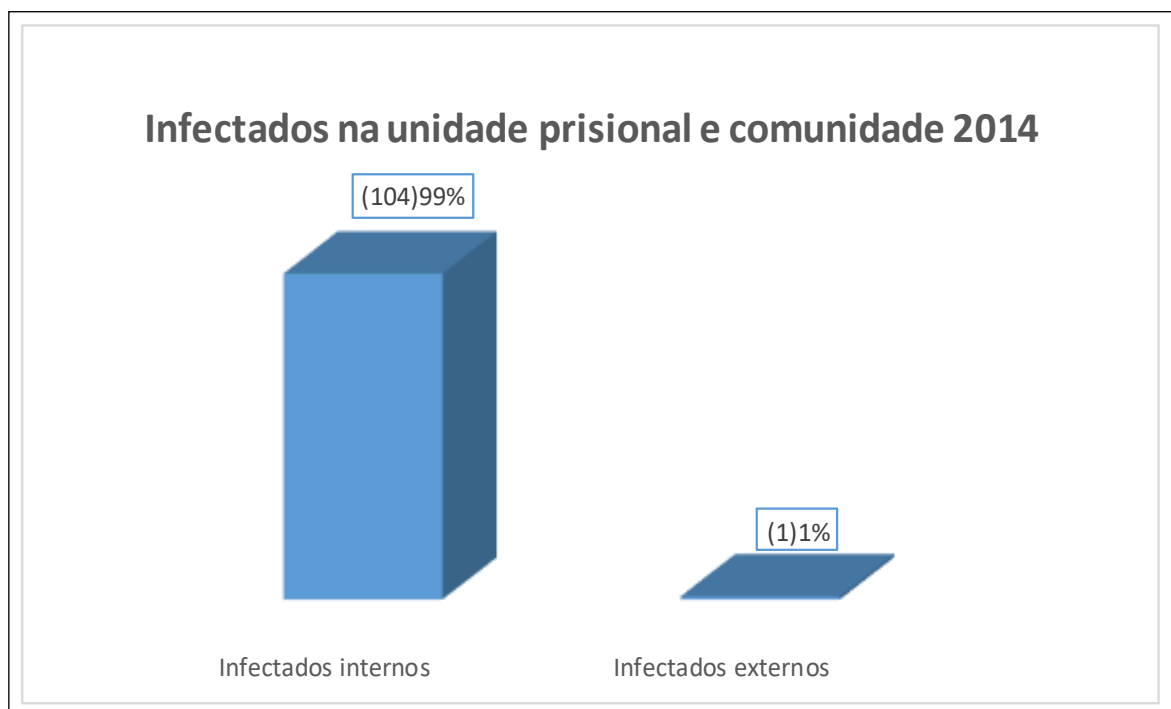


Figura 2: Gráfico representativo de pacientes infectados internos e externos 2014. Fonte: SINAN.

Na figura 3, pode-se observar um maior percentual de curados 70% e em tratamento 23%.

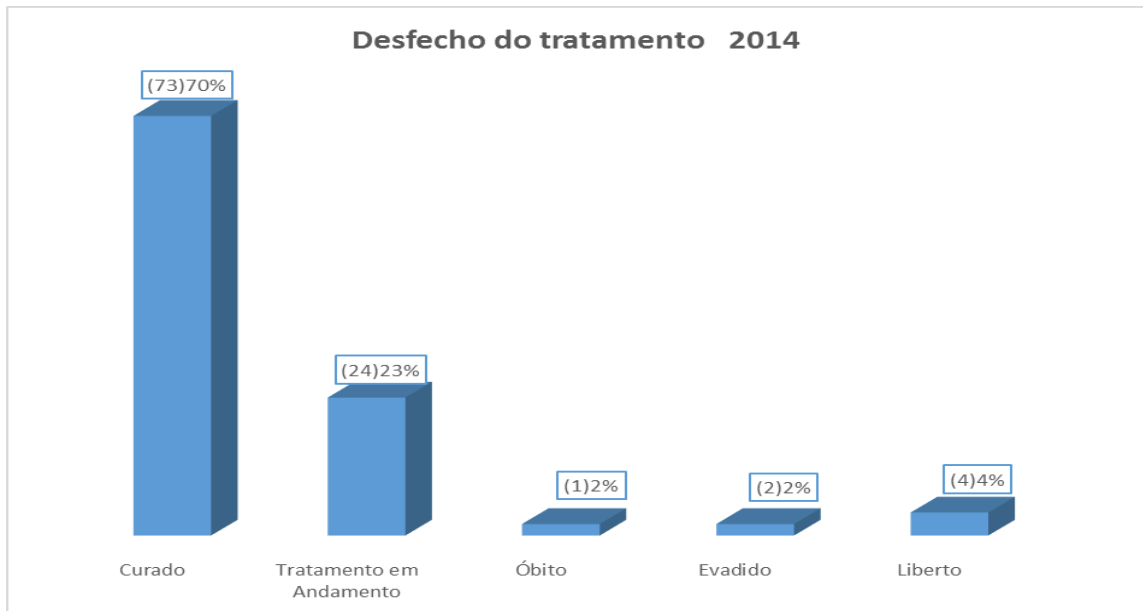


Figura 3: Gráfico representativo, desfecho do tratamento 2014. Fonte: SINAN.

Na figura 4, pode-se observar que faixas etárias mais jovens são mais acometidas de tuberculose. Foi identificado que houve maior percentual na faixa etária entre 18 a 24 anos.

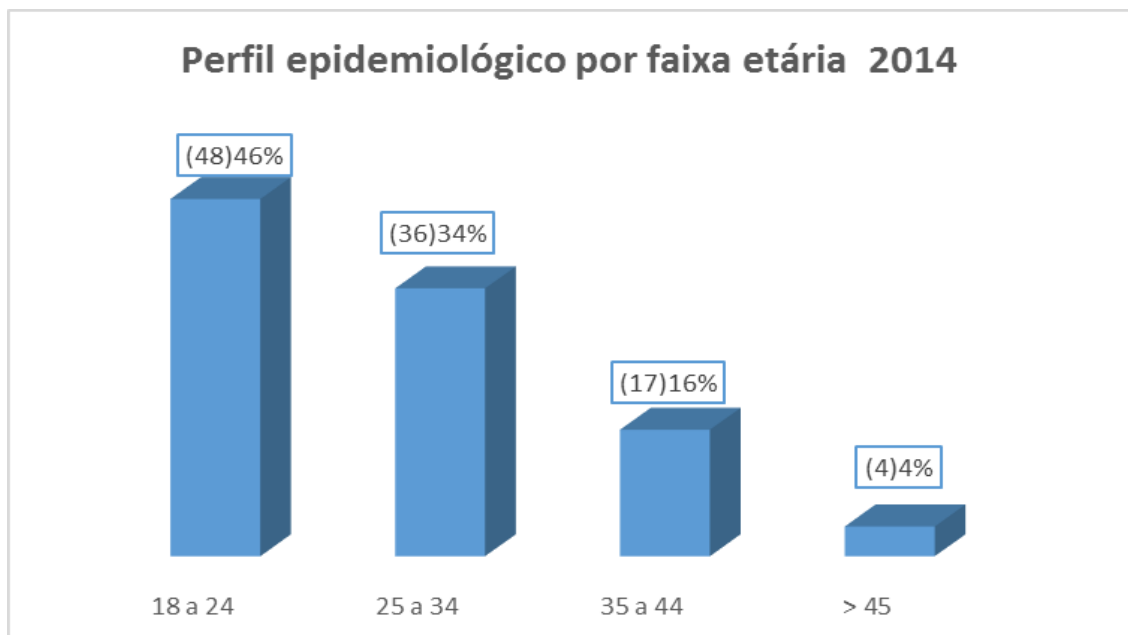


Figura 4: Gráfico representativo, faixa etária 2014. Fonte: SINAN.

Perfil epidemiológico do ano 2015

No ano de 2015, as unidades prisionais com maiores percentuais de tuberculose foram Tiago Teles 19,1% e Hospital Roberto Medeiros 8,7%, apresentando 169 notificações, conforme o quadro 2. Talvez devido a sua superlotação, restrição de banho de sol, que é realizada uma vez por semana, os presos ficam confinados disseminando a doença.

Unidade Prisional	Pacientes %	Pacientes
TD-Tiago Telles	19,14%	116
Hospital Roberto Medeiros	8,75%	53
MM-Milton Dias Moreira	8,09%	50
OS-Oscar Stevenson	5,78%	38
EC-Edgard Costa	6,11%	37
DC-Dalton Crespo De Castro	5,61%	34
AT-Alfredo Tranjan	5,28%	32
JP-Juíza Patrícia Acioli	3,96%	24
IS-Ismael Pereira Sirieiro	3,63%	22
LB-Lemos Brito	3,30%	20
BM-Benjamim De Moraes	3,14%	19
PM-Pedro Melo Da Silva	2,97%	18
EB- Esmeraldino Bandeira	2,48%	15
PR-Paulo Roberto Rocha	2,48%	15
AF-Ary Franco	2,31%	14
JFS-Joaquim Ferreira De Souza	2,31%	14
VM-Vinhosa Muniz	2,31%	14
FM-José Frederico Marques	1,58%	12
JL-Jonas Lopes de Carvalho	1,65%	10
PC-Plácido de Sá Carvalho	1,65%	10
CN-Cotrim Neto	1,32%	8
JS-Jorge Santana	1,32%	8
BS-Bandeira Stampa	0,66%	4
CF-Carlos Tinoco da Fonseca	0,66%	4
SN-Serrano Neves	0,66%	4
MS-Moniz Sodré	0,50%	3
NS-Nilsa da Silva Santos	0,50%	3
CM-Cândido Mendes	0,33%	2
GF-Gabriel Ferreira Castilho	0,33%	2
FC-Franz de Castro Holzwarth	0,33%	2
HR-Henrique Roxo	0,33%	2
EM-Evaristo de Moraes	0,17%	1

GC-Gabriel Ferreira Castilho	0,17%	1
HA-Hamilton Agostinho	0,17%	1
JCS-João Carlos Da Silva	0,17%	1
NH-Nelson Hungria	0,17%	1
SR-Elizabeth Sá Rego	0,17%	1
TB-Talavera Bruce	0,17%	1
VP-Vicente Piragibe	0,17%	1
Total	100%	606

Quadro 2: Quadro representativo do perfil epidemiológico da tuberculose 2015. Fonte: SINAN.

Na figura 5 pode-se observar o perfil mensal com maiores percentuais nos meses de março 10,7 % e junho 10,4%, onde os números se mantiveram estáveis.

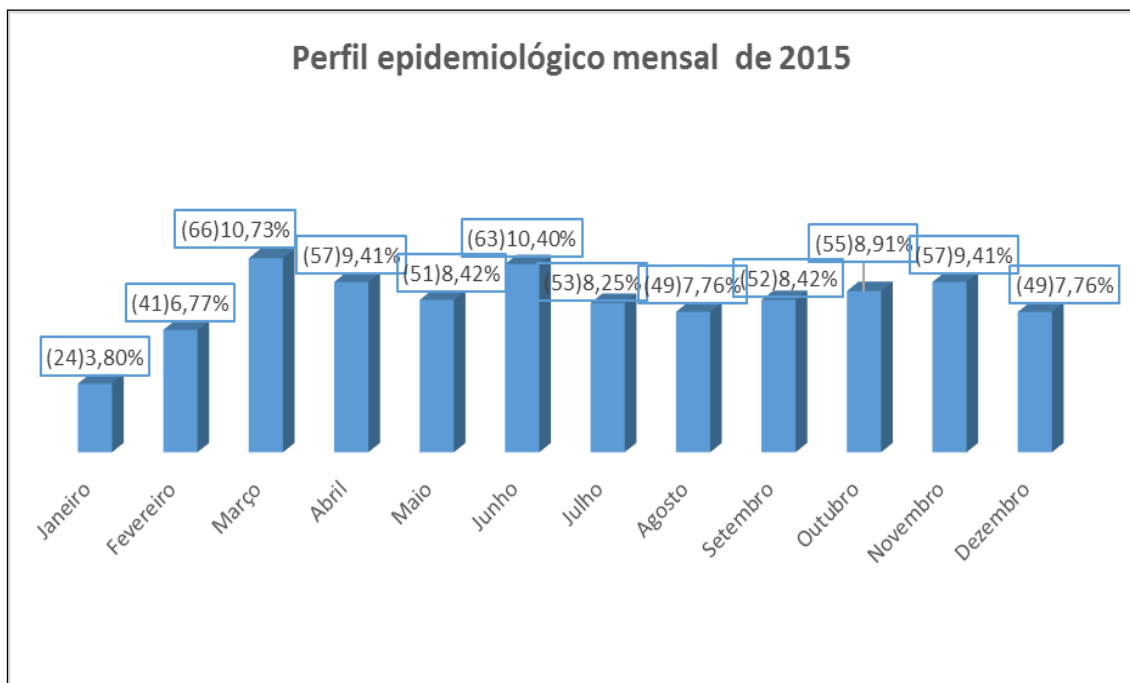


Figura 5: Gráfico representativo do perfil epidemiológico mensal 2015. Fonte: SINAN.

Na figura 6 pode-se observar o perfil do tratamento com maiores percentuais em curado 39,7% e tratamento em andamento 51,9%. Talvez por conta da falha do tratamento e uma possível resistência ao medicamento.

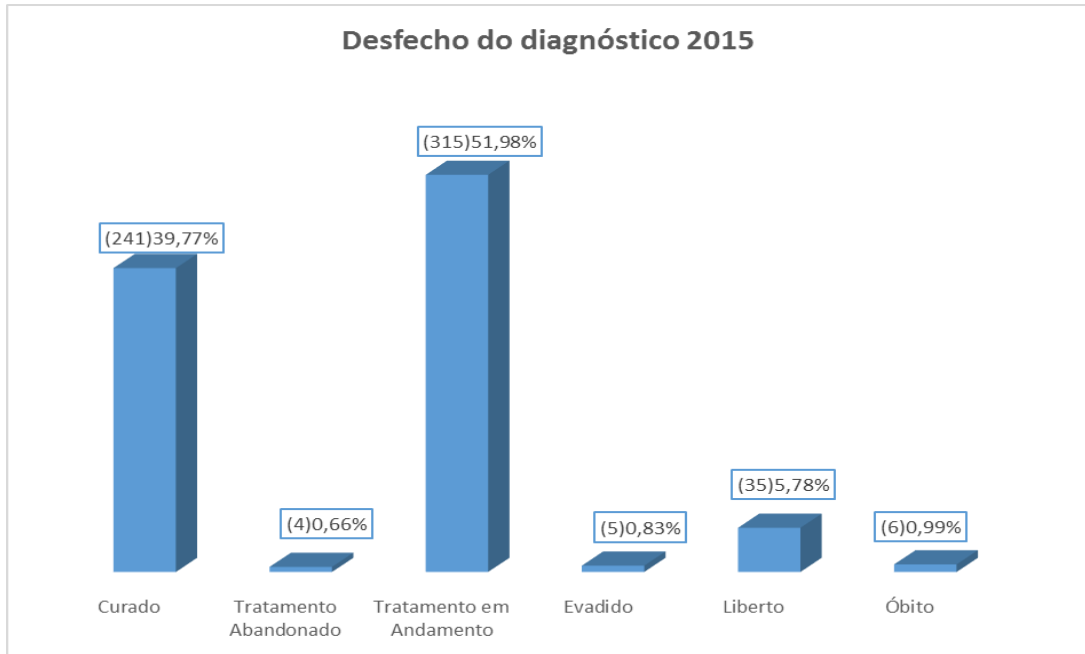


Figura 6: Gráfico representativo do perfil de tratamento 2015. Fonte: SINAN.

Na figura 7 é possível observar maiores percentuais de pacientes infectados internos 99,6% em comparação com o ano de 2014. Conclui-se que estes pacientes, privados da liberdade estão diretamente ligados com as chances de contaminação.

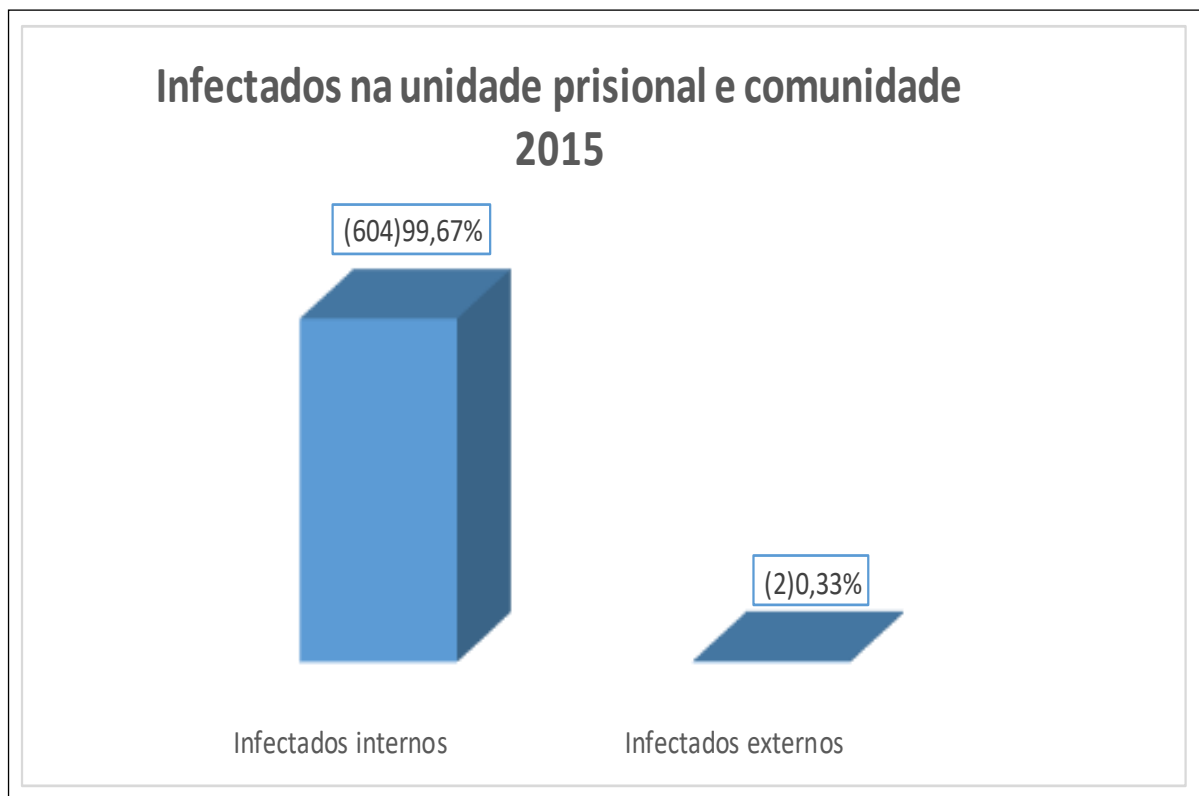


Figura 7: Gráfico representativo do perfil de infectados internos e externos 2015. Fonte: SINAN.

Na figura 8 observa-se maior porcentagem na faixa etária entre 18 a 24 anos 40,7% e 25 a 34 anos 33,0%. Comparando com o período de janeiro 2014 a dezembro 2015, podemos concluir predomínio de jovens.

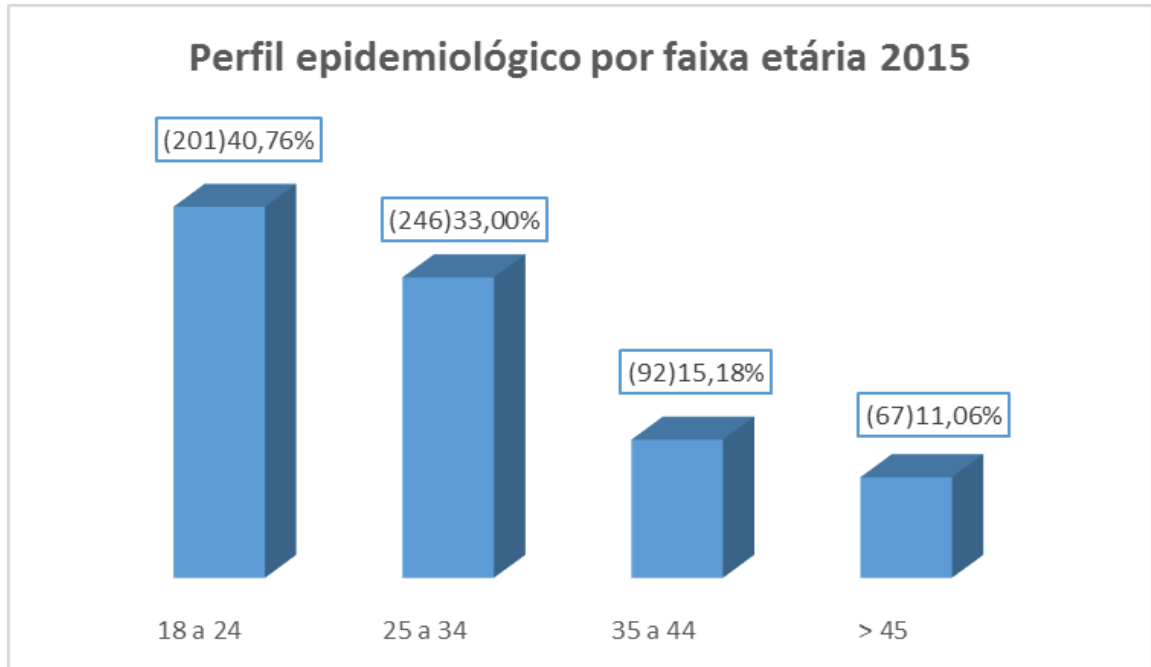


Figura 8: Gráfico representativo faixa etária 2015. Fonte: SINAN.

Perfil epidemiológico do ano 2016

No ano de 2016, as unidades prisionais com maiores percentuais de tuberculose foram Vicente Piragibe 21,9% e Muniz Sodré 9,6%, apresentando 131 notificações, conforme o quadro 3. Comparando os dados analisados com os anos de 2014 e 2016, podemos identificar um percentual maior devido a celas superlotadas e altas taxas de transferências.

Unidade Prisional	Pacientes%	Pacientes
VP-Vicente Piragibe	21,98%	91
MS-Moniz Sodré	9,66%	40
PC-Plácido de Sá Carvalho	8,21%	34
EM-Evaristo de Moraes	5,56%	23
EB- Esmeraldino Bandeira	5,31%	22
JS-Jorge Santana	5,31%	22
SR-Elizabeth Sá Rego	5,31%	22
PR-Paulo Roberto Rocha	4,59%	19
BM-Benjamim De Moraes	3,62%	15
AT-Alfredo Tranjan	2,90%	12
AF-Ary Franco	2,66%	11
PM-Pedro Melo Da Silva	2,66%	11
CF-Carlos Tinoco da Fonseca	2,17%	9
CN-Cotrim Neto	2,17%	9
EC-Edgard Costa	2,17%	9
JCS-João Carlos Da Silva	2,17%	9
JL-Jonas Lopes de Carvalho	2,17%	9
JP-Juíza Patrícia Acioli	1,69%	7
MM-Milton Dias Moreira	1,21%	5
SN-Serrano Neves	1,21%	5
BS-Bandeira Stampa	0,97%	4
RN-Romeiro Neto	0,97%	4
HG-Hélio Gomes	0,72%	3
FM-José Frederico Marques	0,72%	3
LB-Lemos Brito	0,72%	2
JFS-Joaquim Ferreira De Souza	0,72%	2
IS-Ismael Pereira Sirieiro	0,24%	1
GC-Gabriel Ferreira Castilho	0,24%	1
HA-Hamilton Agostinho	0,24%	1
FC-Franz de Castro Holzwarth	0,24%	1
CS-Coordenação de Segurança	0,24%	1
DC-Dalton Crespo De Castro	0,24%	1
AC-Crispim Ventino	0,24%	1
NH-Nelson Hungria	0,24%	1
NS-Nilsa da Silva Santos	0,24%	1
OS-Oscar Stevenson	0,24%	1
TB-Talavera Bruce	0,24%	1
VM-Vinhosa Muniz	0,24%	1
Total	100%	414

Quadro 3: Quadro representativo do perfil epidemiológico da tuberculose 2016. Fonte: SINAN.

Na figura 9 pode-se observar o perfil mensal com maiores percentuais nos meses de março 19,7 % e abril 18,7%.

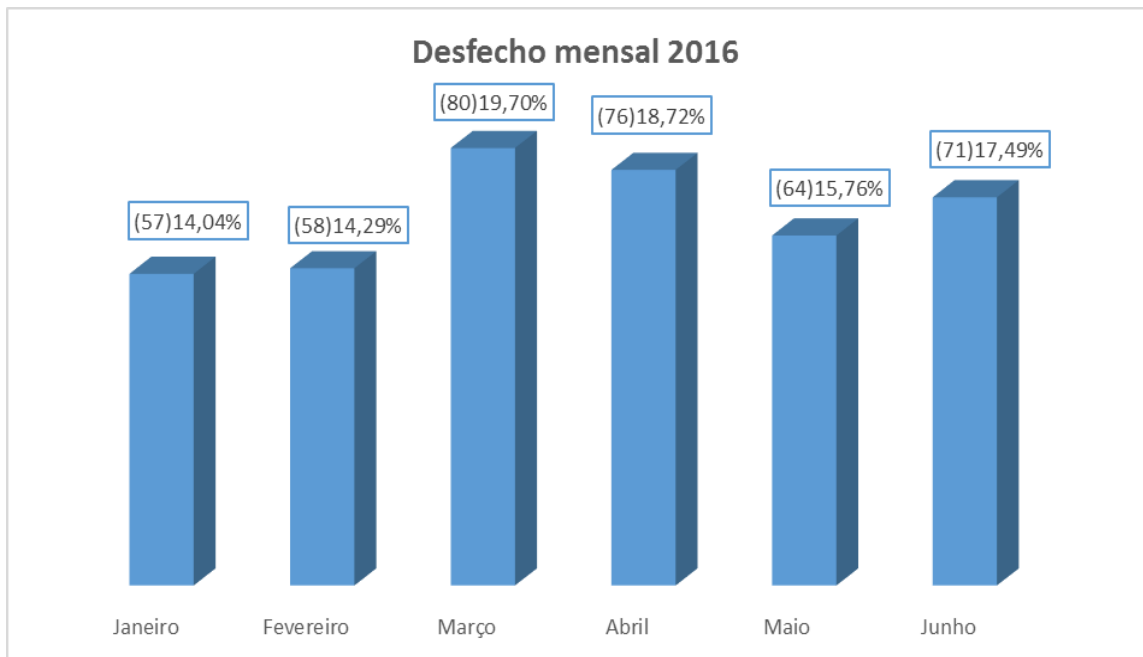


Figura 9: Gráfico representativo do perfil de tratamento 2016. Fonte: SINAN.

Na figura 10, observam-se, maiores percentuais nas faixas etárias entre 18 a 24 anos 38,8% e 25 a 34 anos 25,4%. É possível observar que no período de janeiro 2014 a junho 2016, obteve um mesmo percentual elevado que o ano em questão.

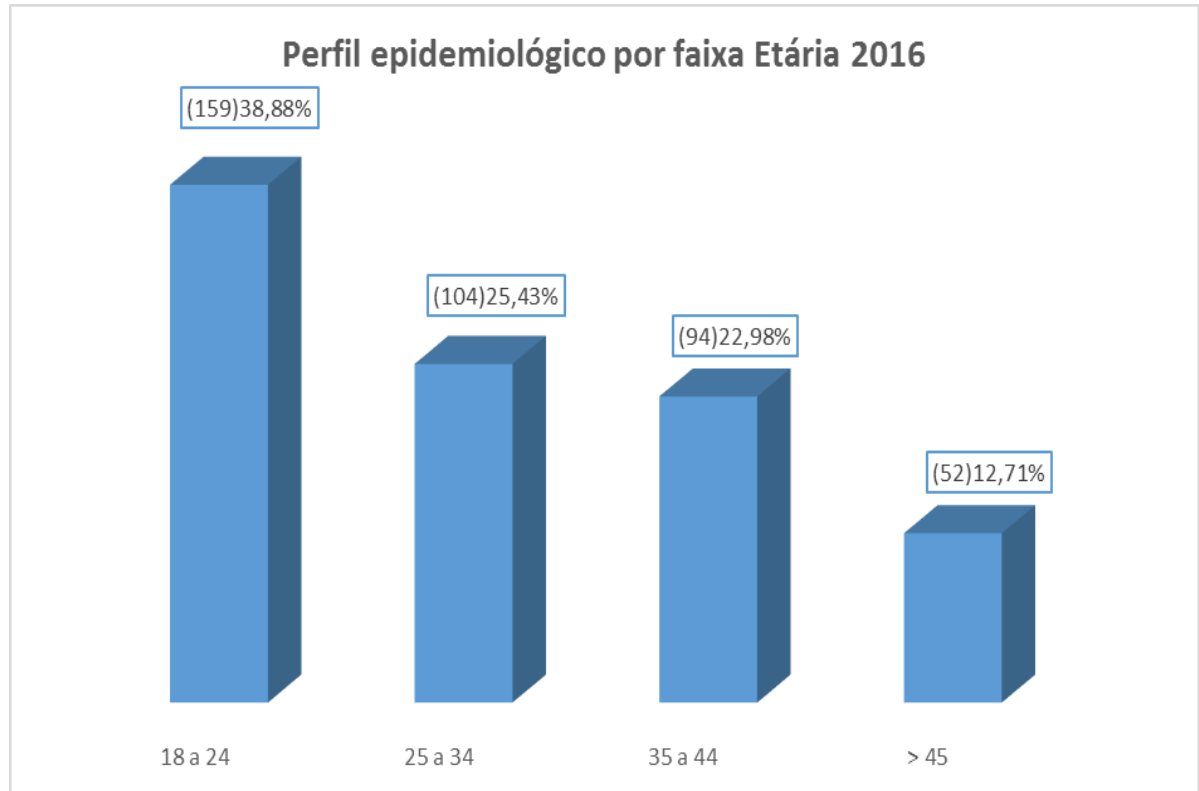


Figura 10: Gráfico representativo perfil por faixa etária 2016. Fonte: SINAN.

Na figura 11 foram identificados maiores percentuais de cura 77,2% e tratamento em andamento 12,4%. Destacando-se melhora no acesso de exames radiográficos e exames de baciloscopia.

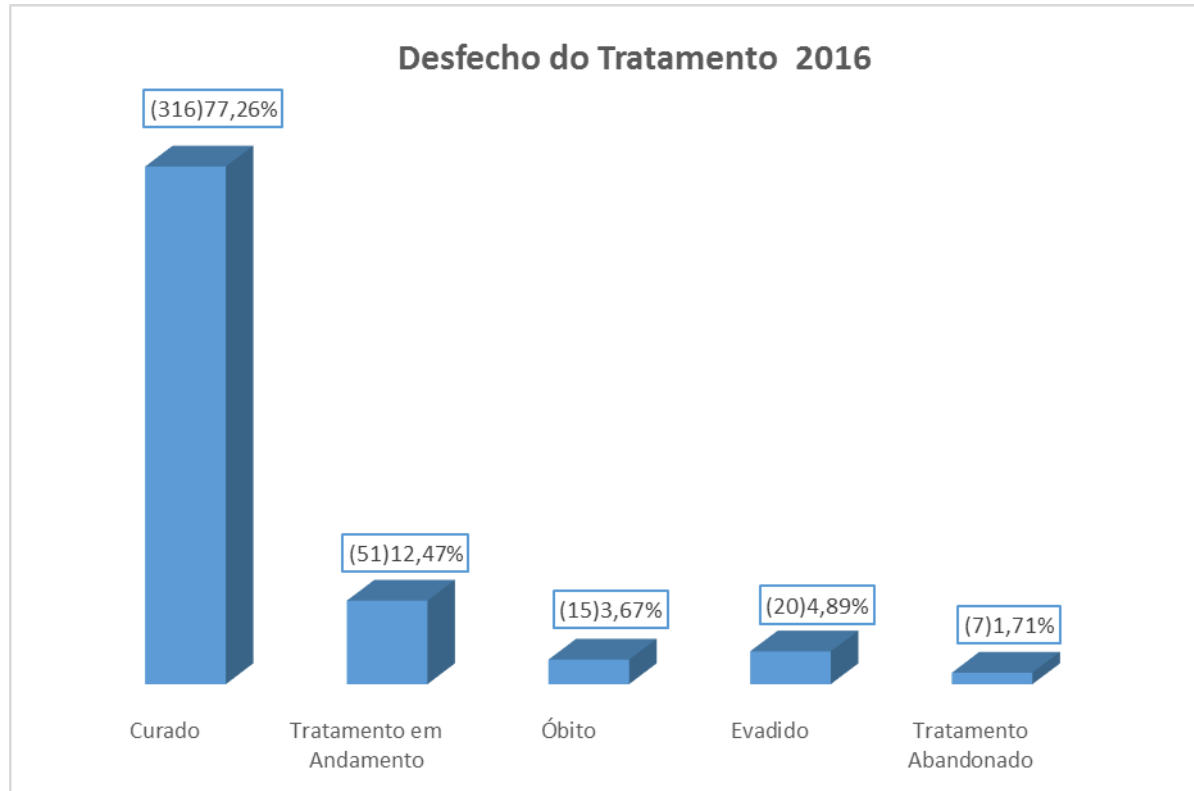


Figura 11: Gráfico representativo perfil de tratamento 2016. Fonte: SINAN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da tuberculose no sistema prisional está relacionada a fatores que impõem um risco adicional para a transmissão como carência de assistência à saúde, insuficiência estrutural, traduzida na falta de ventilação, até mesmo na própria acomodação dos apenados, que por muitas vezes, acabam amontoando-se um por cima dos outros nas celas, pela própria falta de espaço e associado ao tempo de permanência dos apenados nas unidades prisional. Estes são normalmente fatores de risco, que estão associados diretamente com a infecção pela micobactéria, tornando o sistema prisional, fonte de infecção e transmissão da tuberculose.

Além dos fatores que contribuem para a presença da tuberculose nas prisões, contribuem para o problema a demora em identificar e isolar sintomáticos ou suspeitos de terem tuberculose, as inúmeras transferências, as falhas nos procedimentos de controle de infecções e as inadequações no tratamento.

A assistência farmacêutica representa um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.

O medicamento é um insumo estratégico que pode promover a melhoria da efetividade das ações de saúde, devendo sua disponibilidade ser garantida por meio de uma política de medicamentos que assegure o seu acesso de forma racional, oferecendo segurança, eficácia e qualidade na posologia e tempo de adequado. A seleção dos medicamentos segue os atuais protocolos de tratamento definidos pela Organização Mundial de Saúde, adaptados pelo Ministério da Saúde.

Os resultados desse trabalho sugerem que, o tratamento diretamente observado ou tratamento observado (DOTS) é considerado uma medida de grande impacto referente ao tratamento da tuberculose, esta prática possibilita maior atenção e cuidados as necessidades dos detentos. Neste tratamento os detentos devem ingerir o medicamento sendo supervisionado pelo profissional farmacêutico e enfermeiros, evitando abandono do tratamento.

Realizar atividades de educação e sensibilização, ouvir dúvidas e queixas, buscar informações e soluções para suas dificuldades referentes a interações medicamentosas e conversar com o detento sobre a importância de tomar o medicamento e seu uso contínuo até o término do tratamento, pois a sua interrupção ou uso incorreto pode ocasionar resistência dos bacilos ao medicamento.

Acompanhamento farmacoterapêutico, onde o profissional farmacêutico se responsabilize com as necessidades do tratamento dos detentos com o medicamento, mediante ao alcance do objetivo terapêutico, prevenção e solução de problemas relacionados com medicamentos (PRM), de forma documentada em colaboração com o próprio paciente e demais profissionais da equipe de saúde, com a finalidade de adesão ao tratamento, uso racional de fármacos e obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para melhoria na qualidade de vida dos detentos e sucesso terapêutico. Promovendo interação com profissional farmacêuticos com equipe de saúde e conscientização referente importância do tratamento da tuberculose pelos detentos.

A existência de um laboratório interno para o diagnóstico dos casos de tuberculose e a presença da sala de Raios-X dentro da unidade prisional, influenciariam positivamente, agilizando e facilitando o processo de rastreamento e possibilitando um diagnóstico rápido, incluindo casos de resistência aos medicamentos, principalmente tratando-se da população privada de liberdade, onde necessita de escoltas, para poder se deslocar ao local do exame facilitando seu

acesso ao tratamento e diagnóstico, contribuindo para diminuição da propagação da tuberculose.

Considerando a tuberculose na prisão um elevado risco de contágio a profissionais que atuam diretamente com os pacientes, devem ser realizados exames admissional e anual sistemático, orientações quanto os sintomas da tuberculose, investigação epidemiológica para todos os profissionais que tiveram contato com pacientes infectados, investigando quanto a presença da tuberculose ativa, realizando exames radiológicos e baciloscopia quando necessário.

Estes profissionais devem realizar provas tuberculínicas, se o resultado for negativo deve realizar novamente em uma ou duas semanas para confirmar a ausência da resposta tuberculínica. O exame deverá ser repetido anualmente Caso ocorra conversão tuberculínica, avaliar tuberculose ativa e iniciar terapia medicamentosa.

As ações de educação e sensibilização são de grande importância para o controle da tuberculose dentro do sistema prisional, pois promovem colaboração dos desenvolvimentos das ações quanto ao seu tratamento e percepção da saúde como um bem comum a todos, integração grupal e desconstrução de preconceitos. Foram realizadas estratégias de sensibilização com os pacientes do Sanatório de Bangu e os profissionais. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), do Ministério da Saúde, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e com as Secretarias de Saúde, de Segurança Pública do Rio Grande do Sul e da Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, iniciou o projeto TB Reach no Brasil, com foco no sistema prisional. Através de reuniões com conteúdo relativas à doença como o contágio, transmissão e tratamento da tuberculose dentro do sistema prisional, entregas de canecas com ilustrações referentes à transmissão da tuberculose e cartazes com orientações sobre formas de contágio da tuberculose conforme os anexos A, B, C e D.

Os resultados deste trabalho demonstram que, o livre acesso aos cuidados de saúde adequado, é um direito civil muitas vezes não observado nas unidades prisionais, que deve ser garantido para o controle da tuberculose que cada vez mais atinge essa população. Levando em consideração as limitações que existem nestes locais como a superlotação, falta de higiene, pouca ventilação e falta de assistência. Os gestores devem refletir cada vez mais quanto ao papel do estado frente aos presidiários, sabendo que apesar de alguns direitos serem retirados dos indivíduos

que cumpre pena, eles continuam possuindo os mesmos direitos de um cidadão, além de todos os direitos sociais que lhe são inerentes, e estes, devem ser assegurados pelo estado, incluindo aqueles relacionados à saúde.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tuberculose**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose> Acesso em: 12 de ago. 2016.

CONINX, R. et al. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. **BMJ**, feb.12, v. 320 (7232), p. 440-442, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10669453> Acesso em: 12 de ago. 2016.

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

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

GOUVEIA, G. P. M.; GOUVEIA, S. S. V.; B. FILHO, J. G.; OLIVEIRA, L. B. J. Estudo epidemiológico da tuberculose pulmonar no hospital penitenciário e sanatório professor Otávio Lobo no período de 2001-2006. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, 34, n.3, p.602-611. Jul./set.2010. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/viewFile/59/58> Acesso em: 12 dez. 2012.

MACEDO, L. R.; MACEDO, C. R.; MACIEL, E. L. N. Vigilância epidemiológica da tuberculose em presídios do Espírito Santo. **Rev. Bras. Promoc. Saúde**, Fortaleza, 26(2): 216-222, abril/jun., 2013.

MACHADO, J. C.; BOLDORI, J. D. M.; SOUZA, W. C.; BAZZANELLA, S. L.; BIRKNER, W. M. K; MASCARENHAS, L. P. G. A incidência de tuberculose nos presídios brasileiros: Revisão Sistemática. **Rev. Aten. Saúde**. São Caetano do Sul, v.14, n.47, p.84-88, jan./mar.,2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global tuberculosis report 2012. **Geneva**: World Health Organization, 2012. 89p. (WHO/HTM/TB/ 2012.6). Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ Acesso em: 12 de ago. 2016.