

Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil

Tuberculosis control in prisons, from research to action: the Rio de Janeiro, Brazil, experience

Alexandra Sánchez ¹
Bernard Larouzé ²

Abstract *The high tuberculosis (TB) rates observed in the Brazilian prison population highlights the need for more efficient TB control measures in this population, especially in the state of Rio de Janeiro where detection rates are 30 times higher than in the general population. We present results of epidemiological, biomathematics modelling, molecular biology, psychosociological, architectural and juridical studies carried out in this state in order to assess the situation and to develop TB control strategies adapted to the specificities of the prison context. The implementation of these strategies implies to take into account the day-to-day reality of prison life and to turn more effective the supervision of the prison health system by instances in charge of monitoring the fulfillment of sentences, so as to guarantee access of prisoners to health in conformity with international and national laws.*

Key words *Tuberculosis, Control, Prison, Public Health, Brazil*

Resumo *As altas taxas de tuberculose (TB) observadas na população carcerária brasileira evidenciam a necessidade, de medidas mais efetivas para o controle da doença nesta população, especialmente no Estado de Rio de Janeiro, onde as taxas de detecção de casos nas prisões são 30 vezes superiores as da população geral. Apresentamos resultados de pesquisas realizadas neste estado no campo da epidemiologia, modelagem matemática, biologia molecular, psicossociologia, arquitetura e direito, a fim de avaliar a situação e desenvolver estratégias de controle da TB adaptadas às especificidades do contexto carcerário. A implementação dessas estratégias implica em considerar o dia a dia da vida na prisão e tornar mais efetiva a fiscalização do sistema de saúde prisional por entidades encarregadas do acompanhamento do cumprimento da pena, de modo a garantir o acesso dos presos à saúde de acordo com leis internacionais e nacionais.*

Palavras-chave *Tuberculose, Controle, Prisões, Saúde pública, Brasil*

¹ Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. alexandra.sanchez@ensp.fiocruz.br

² Sorbonne Universités, UMPC Univ Paris 6, INSERM, IPLESP UMRS 1136, Equipe de Recherche en Épidémiologie Sociale. Paris France.

Introdução

Confinar pessoas privadas de liberdade (PPL) de um país de alta ou média endemicidade de tuberculose (TB) como o Brasil, em ambientes superlotados e mal ventilados, tem como consequência imediata a amplificação da transmissão e uma hiperendemicidade neste contexto¹, com risco não só para elas, como para suas famílias, para os profissionais que exercem suas atividades nas prisões e para as comunidades onde as PPL irão se inserir após o livramento². Este é o caso das prisões do Rio de Janeiro (RJ), estado onde as taxas de detecção de casos de TB estão entre as mais elevadas do país, tanto na população geral quanto na prisional.

Essa situação afeta as cerca de 39.000 PPL distribuídas nas 50 unidades prisionais do estado. A taxa de encarceramento (239/100.000) não está entre as mais elevadas do país, mas a taxa média de ocupação, que é de 140%, varia segundo as prisões, podendo chegar a 200%. A superpopulação é resultado de um crescimento progressivo, acentuado a partir de 2010, do número de pessoas presas que aumentou 85% ao longo dos últimos dez anos, com um aumento do número de vagas limitado a cerca de 20%³. A maioria das prisões do estado são vetustas e insalubres com celas coletivas que abrigam até mais de 100 PPL em ambiente mal ventilado e com iluminação solar reduzida. Uma das particularidades do sistema penitenciário do estado do RJ é o agrupamento de 47% das unidades prisionais, no Complexo de Gericinó, localizado na periferia da capital, que abriga 57,3% das PPL do estado.

Para responder às necessidades de saúde das PPL, cada unidade prisional conta com uma unidade de saúde e, em 2010, uma Unidade de Pronto Atendimento foi criada neste complexo em substituição ao Hospital Geral Penitenciário. As atividades de controle da TB, inclusive o tratamento dos casos, são asseguradas pelo Sanatório Penal (SP), localizado também neste complexo. O SP dispõe de serviço ambulatorial para diagnóstico e tratamento dos casos de TB, além de 104 leitos de hospitalização, (incluindo 7 de isolamento para casos de resistência às drogas antiTB), serviço de radiologia, laboratório de micobacteriologia com estrutura para realização de baciloscopia, cultura para BK e teste de sensibilidade às drogas (TSA).

No estado de RJ as PPL, das quais cerca de 50% aguardam julgamento, têm perfil semelhante ao das pessoas presas no conjunto do país³. Trata-se de população jovem, predominantemente

masculina, com pouca escolaridade, vivendo, em sua maioria, em comunidades pobres ou favelas das grandes cidades do estado, particularmente na do Rio de Janeiro e sua região metropolitana⁴. Além disso, 40,7% das PPL referem antecedentes de encarceramento e 9,6% história passada de TB^{4,5}. Dentre as PPL, a taxa de detecção de TB é particularmente elevada, cerca de 30 vezes superior à da população geral do estado⁶.

De 1962 a 2001, as ações voltadas para o controle da TB, centradas no SP, limitavam-se à detecção de casos em resposta à demanda espontânea e à internação, com tratamento supervisionado no SP por período de 2 a 3 meses. Após este período, os pacientes retornavam à prisão de origem, onde a interrupção do tratamento era frequente. Como mostram os Gráficos 1 e 2, as altas taxas de detecção anuais se mantinham estáveis, em torno de 1.600 por 100.000 e as de cura não ultrapassavam 55%⁶. A partir de 2001, o Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (PCT/SEAP) foi progressivamente implantado, baseado em estratégia de detecção de casos e tratamento supervisionado nas próprias unidades prisionais. A internação no SP foi limitada aos casos de resistência bacteriana, aos de retratamento, às doenças associadas como HIV/Aids ou diabetes, ou às complicações clínicas decorrentes da doença (p.ex. hemoptise) ou do próprio tratamento.

Este artigo tem por finalidade apresentar o conjunto de pesquisas pluridisciplinares com objetivos operacionais desenvolvidas desde 2012 no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, em parceria com várias instituições científicas, as estratégias de controle delas derivadas, assim como discutir as dificuldades encontradas na realidade cotidiana das prisões para a implementação de medidas cuja efetividade e exequibilidade foram demonstradas.

Situação e estratégias de pesquisa

O objetivo inicial das pesquisas foi dar uma visibilidade quantitativa ao problema da TB e da coinfeção TB/HIV entre as PPL como argumento para convencer os gestores da gravidade do problema. Foram realizados, entre 2002 e 2013, vários estudos de avaliação de prevalência baseados em rastreamento de casos através de radiografia de tórax de todas as PPL de uma determinada unidade prisional, independentemente da existência de sintomas. Conforme as recomendações de den Boon et al.⁷, todos que apresentassem qualquer anormalidade radiológica pulmonar,

mediastínica ou pleural, sugestiva ou não de TB, eram submetidos a duas baciloscopias de escarro, além de cultura para *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) e TSA. O estudo de 1696 indivíduos no momento de seu ingresso no sistema penitenciário mostrou uma prevalência de TB ativa de 2,7%⁸, taxa que pode ser considerada alta e que pode ser atribuída à permanência prolongada das PPL, em péssimas condições de encarceramento nas delegacias de polícia, situação essa posteriormente modificada com o fim dessas carceragens. Estudos sobre a TB ativa na população já encarcerada revelaram taxas de prevalência de 4,6%, 6,3% e 8,6% (3014 PPL investigadas), respectivamente em três prisões de regime fechado⁵, com taxas de soroprevalência para HIV de 14% entre os casos de TB e de 2,0% nas PPL sem TB. O teste tuberculínico realizado sistematicamente em uma das prisões mostrou taxa de prevalência de infecção latente tuberculosa (ILT) de 63,7%⁴.

Essa situação de alta endemicidade da TB nas prisões não é específica do estado de Rio de Janeiro. Em Porto Alegre, rastreamento radiológico utilizando a mesma metodologia que a utilizada no RJ, mostrou prevalência mais elevada de TB ativa (9,1%), de infecção pelo HIV (5,8%) e de coinfeção TB/HIV (18,2%)^{9,10}. A alta taxa de infecção pelo HIV encontrada está em coerência com a frequência particularmente elevada de infecção pelo HIV na população geral de Porto Alegre em relação à taxa nacional^{11,12}.

Inquéritos de prevalência de TB ativa realizados em prisões de outros estados mostram taxas de prevalência de TB abaixo de 1%, inferiores às encontradas no RJ e em Porto Alegre, o que pode, em parte, ser decorrente da baixa performance do método de rastreamento utilizado nesses estudos, baseado na existência de sintomas¹³⁻¹⁶. Avaliações de prevalência de ILTB em PPL na Bahia¹⁷ e em São Paulo¹⁴ mostraram altas taxas (64% e 73% respectivamente). Estudo recentemente realizado em Mato Grosso do Sul encontrou taxas de prevalência de ILTB mais baixas, entre 3 e 32% segundo a prisão estudada, porém com um incremento de 5% por ano de encarceramento, o que sugere uma circulação importante de MTB na população estudada¹⁶. Essas variações de prevalência de ILTB entre as PPL podem ser, em parte, decorrentes dos diferentes níveis de endemicidade da TB segundo os estados do país.

Embora numerosos estudos na literatura internacional relatem taxas de resistência aos medicamentos antituberculose elevadas nas prisões¹⁸, a avaliação da prevalência de resistência na popu-

lação prisional nunca foi realizada de forma sistemática ao nível nacional, mesmo que a realização do TSA seja recomendada pelo PNCT para todo caso de TB diagnosticado em prisões¹⁹. Inquérito recentemente realizado no Sistema Penitenciário do Estado do RJ mostrou taxa de multidrogas resistência de 1,5%, em coerência com achados publicados anteriormente⁵ e semelhante à taxa encontrada na população geral do estado. Estudos realizados em diferentes prisões do sul do país mostraram taxas de resistência a uma droga de 8% e 15%^{9,10}.

Os estudos de prevalência realizados nas prisões de RJ permitiram a obtenção de informações importantes que contribuíram para definição das estratégias mais eficazes para a detecção ativa sistemática de casos. Por exemplo, somente um terço dos casos de TB identificados por rastreamento radiológico declarou, em entrevista individual, tosse ≥ 3 semanas, e a grande maioria (74%) afirmou que não se sentia doente. Assim, na população estudada, rastreamento baseado na existência de sintomas teria identificado apenas uma pequena proporção (14%) dos doentes^{4,5}.

Nesta mesma linha, outro objetivo de nosso programa de pesquisa visou identificar os fatores de risco associados à TB que pudessem direcionar as estratégias de detecção de casos. Considerando como método de referência o rastreamento radiológico, avaliamos a performance do escore proposto pela OMS²⁰, que permitiria identificar, dentre as PPL, aquelas presumidamente com TB ativa. Em nossa população de estudo, o desempenho deste escore foi medíocre, assim como a de outro derivado de análise multivariada por nós construído, a partir das variáveis obtidas durante os inquéritos de prevalência acima mencionados²¹.

A avaliação comparativa do desempenho das diferentes estratégias de detecção ativa de casos de TB no contexto carcerário é particularmente difícil por questões operacionais e éticas. Entretanto, desenvolvemos um modelo matemático que permitiu comparar 5 estratégias e estimar o impacto de cada uma delas sobre a prevalência da TB num período de 10 anos²². A estratégia que se mostrou mais eficaz associava às medidas de base (detecção passiva e tratamento de casos), o exame radiológico sistemático de ingressantes e, anualmente, na população já encarcerada.

Tornava-se, portanto, fundamental avaliar “na vida real” o impacto da estratégia que a modelagem matemática mostrou ser a mais eficaz. Para tanto, aplicamos, durante dois anos, numa prisão que abrigava 1374 PPL no início do estu-

do, intervenção com realização sistemática de Rx de tórax de todos os ingressantes e de toda a população da prisão em dois momentos: no início do estudo e no final do primeiro ano, além de detecção de casos a partir da demanda espontânea. Demonstrando o impacto desta estratégia, a prevalência de TB passou de 6% por ocasião do rastreamento inicial para 2,8% ao final do primeiro ano, enquanto a prevalência entre ingressantes se manteve estável em 3% durante os dois anos de estudo. O número de casos identificados a partir da demanda espontânea diminuiu significativamente entre o primeiro (4045 pessoas/ano) e o segundo (2181 pessoas/ano) ano²³. A limitação deste estudo é a ausência de população controle na qual a intervenção não fosse aplicada decorrente das dificuldades mencionadas acima.

Estudo complementar realizado nesta mesma prisão com técnicas de RFLP e de spoligotyping mostraram que 83% das cepas de MTB pertenciam a um dos 13 clusters identificados, o que sugere que a transmissão intrainstitucional contribui de maneira substancial para a alta endemicidade da TB²⁴. Observação similar foi relatada em estudo realizado em prisão no Rio Grande do Sul¹⁰. Pesquisa adicional permitiu aprofundar o estudo de cepas circulantes na prisão estudada para melhor avaliar a dinâmica epidemiológica das cepas de MTB de acordo com o genótipo²⁵.

A performance do teste molecular Xpert MTB/RIF, cujo desempenho está bem estabelecido para a população geral²⁶, foi avaliada na rotina de serviço de saúde prisional num contexto de alta endemicidade. O Xpert MTB/RIF permitiu a identificação adicional de 40% de casos de TB em comparação à baciloscopia do escarro²⁷.

Na maioria das publicações sobre o controle da TB nas prisões é mencionada a necessidade de melhorar as condições ambientais de encarceramento, mas raramente são feitas propostas concretas. No âmbito do Projeto Fundo Global TB Brasil/prisões, foi desenvolvido, com o Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça, um programa de âmbito nacional cujo objetivo era propor estratégias realistas para a melhoria das condições de ventilação e iluminação natural das prisões. Com a participação de arquitetos, profissionais de saúde e da segurança, organizações da sociedade civil, do Ministério Público e da Vara de Execuções Penais, foram realizadas oficinas regionais que resultaram na elaboração do “Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões”²⁸. Este Manual foi distribuído a esses atores, em particular aos diretores das 1302 unidades prisionais do

país. Os resultados obtidos serviram como subsídio para a elaboração de normas federais para construção e reforma de prisões²⁹.

Melhorar as condições ambientais é de grande importância, porém estudos de modelagem realizados por autores da África do Sul³⁰ sugerem que a superpopulação poderia desempenhar um papel ainda mais determinante do que a má ventilação na disseminação da TB. A crescente superpopulação nas prisões coloca em xeque a política penal brasileira, na medida em que equipara o tráfico de droga aos crimes hediondos e prioriza o encarceramento em detrimento de penas alternativas^{31,32}, contribuindo para o aumento impressionante do número de PPL nos últimos anos.

Consideramos como de especial importância pesquisas na área de psicossociologia^{33,34} para o desenvolvimento de intervenções adaptadas à complexidade da instituição carcerária³⁵. As pessoas presas estão subjugadas à administração penitenciária, que se contenta essencialmente em confiná-las, negligenciando seu papel de reinserção social. Alocadas nas prisões em função dos grupos criminosos que dominam suas comunidades de origem, as PPL estão igualmente submetidas ao poder paralelo das facções⁵. Este duplo controle num ambiente altamente hierarquizado aumenta a vulnerabilidade das PPL, levando-as a priorizar as condições de sobrevivência em detrimento da saúde, enquanto a administração penitenciária prioriza a segurança.

Nossos estudos mostram ainda que os agentes penitenciários e as organizações paralelas dos PPL que asseguram a governança das prisões³⁶ controlam o acesso ao serviço de saúde, utilizando, muitas vezes, critérios alheios à saúde e transformando o acesso ao serviço em moeda de troca. Num universo onde a virilidade e a força são muito valorizadas, a imagem de fragilidade decorrente da TB, associada ao medo da discriminação em função de práticas ligadas ao risco de contágio que ignoram o contexto, como o isolamento e o uso de máscaras, leva o paciente, não raro, a retardar a busca pelo diagnóstico, o que contribui para a manutenção da transmissão intrainstitucional.

As ações de saúde são desacreditadas diante das deficiências dos serviços oferecidos. Os profissionais de saúde em número insuficiente e dependentes de uma administração penitenciária que os desconsidera, são desmotivados pelas más condições de trabalho que não lhes permite responder às exigências éticas e técnicas da sua profissão³³.

O serviço de saúde padece de ser essencialmente curativo, com um sistema de referência e contrarreferência ineficiente, limitado pela inexistência de transporte de saúde independente e pelas condições desumanas em que ocorre. Para as pessoas presas, que tendem a rejeitar todo tipo de imposição além daquelas impostas pelo contexto, as estratégias coercitivas frequentemente preconizadas pela saúde, particularmente para assegurar a tomada da medicação para TB, têm, em nossa experiência, efetividade limitada.

A coerência desse conjunto de projetos de pesquisa está ligado ao fato de que foram desenvolvidos para responder a questões que se colocavam no dia a dia dos profissionais de saúde do sistema penitenciário, eles mesmos implicados diretamente na realização dos estudos³⁷. Os resultados dessas pesquisas contribuíram para a elaboração de alguns documentos normativos dos Ministérios da Justiça^{29,38}, do Ministério da Saúde do Brasil, em particular o capítulo PPL do Manual Nacional de Controle da TB¹⁹, e também a elaboração do Programa Nacional de Controle da TB da Costa do Marfim, por ocasião de consultoria.

Baseados no resultado deste conjunto de pesquisas, foram desenvolvidas atividades de *advocacy* junto a gestores e a membros da sociedade civil e do poder judiciário envolvidos no campo do tratamento penitenciário, profissionais de saúde pública e pesquisadores^{1,39-41}.

A realidade do programa de controle de TB nas prisões do RJ

A análise do PCT/SEAP, implantado desde 2002 no Sistema Penitenciário do RJ, revela as dificuldades encontradas para a sustentabilidade das medidas de controle sugeridas pelas pesquisas e demonstradas efetivas e exequíveis na rotina.

O exame de saúde de ingressantes, que inclui a busca ativa de TB, é realizado de maneira incompleta e intermitente. A busca ativa sistemática na população já encarcerada, que contribuiu consideravelmente para o aumento das taxas de detecção de casos nos anos em que foi realizada, entre 2004 e 2010 (Gráfico 1), deixou de ser realizada pela ausência de manutenção da Unidade Móvel de Radiologia. Por outro lado, a porcentagem de pacientes com TB testados para HIV aumentou consideravelmente a partir de 2011, com taxa de realização do exame superior a 90%, graças à disponibilização do teste rápido e ao treinamento das enfermeiras para realizá-lo.

A disponibilidade irregular de insumos e, mais recentemente a retirada do equipamento,

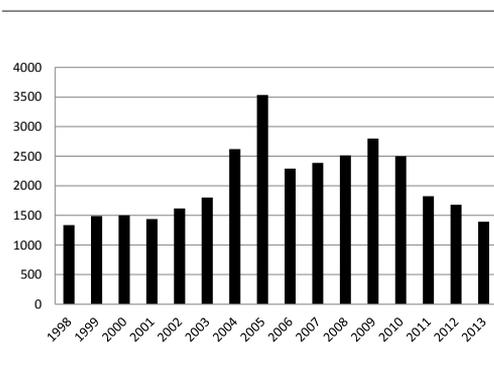


Gráfico 1. Taxa de Detecção de Casos de Tuberculose no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, 1998-2013.

impediram a realização do teste Xpert MTB/RIF introduzido no laboratório do SP em 2011.

Para fortalecer a adesão ao tratamento, foi introduzida em 2003 uma estratégia que visa partilhar com o paciente a responsabilidade pelo seu tratamento, via de regra, realizado na própria unidade prisional. O tratamento é autoadministrado com consulta de enfermagem quinzenal e entrega semanal da medicação diretamente ao paciente, o que permite um acompanhamento personalizado, ao contrário das estratégias coercitivas proposta em alguns países⁴². Grupos de discussão com pacientes em tratamento, coordenados por uma enfermeira e com a participação de ex-pacientes, eram realizados mensalmente nas 15 unidades prisionais com maior número de casos visando garantir a adesão, porém esta atividade foi interrompida em 2012.

Apesar da análise técnica realizada em algumas unidades prisionais do RJ, as propostas de intervenção ambiental não foram consideradas pela administração penitenciária.

Um amplo projeto de informação, educação e comunicação foi desenvolvido, com apoio do Projeto Fundo Global TB-Brasil, com objetivo de envolver as pessoas presas, seus familiares e os profissionais que atuam nas prisões através de reuniões de discussão, produção de folders, vídeo, teatro, concurso de desenhos etc.³⁸. Em particular, contamos com a participação de agentes religiosos e professores, cuja palavra é considerada como “mais confiável” pelas PPL por não dependerem da administração penitenciária e da segurança. O tema TB foi introduzido nos cursos de formação e atualização dos agentes de segurança e transporte da Escola de Gestão Peniten-

ciária e em discussões de grupo com guardas das principais prisões do estado.

A formação e a atuação de PPL promotores de saúde deveria ser um eixo importante do PCT prisional. Entretanto, encontramos grandes dificuldades para implementar essa estratégia, inicialmente para selecioná-los de maneira independente da administração penitenciária e da liderança das PPL, sabendo-se que toda função deste tipo confere ao preso um certo poder e uma relativa liberdade de circulação. Dificuldades para organizar reuniões com as PPL selecionadas e as frequentes transferências entre as diversas unidades prisionais desestruturaram rapidamente a rede de promotores.

Mesmo tendo vivido muitas limitações, o PCT nas prisões do RJ permitiu obter resultados que nos parecem significativos. Como mostram os Gráficos 1 e 2, as taxas de detecção anuais, que eram em torno de 1500/100.000 até 2001, passaram a patamares próximos a 2500 a partir de 2004, atingindo mesmo 3500/100.000 em 2005. No mesmo sentido, as taxas de cura aumentaram rapidamente a partir de 2002 tornando-se superiores às do estado do RJ, com tendência de crescimento por um período de 9 anos, tendo chegado a 89% em 2010. A manutenção de altas taxas de cura por um período prolongado confirma a adequação da estratégia de tratamento praticada e contribui para explicar a baixa taxa de resistência às drogas observada nas prisões do RJ (taxa de TB/MDR: 1,5%). A taxa de mortalidade por TB entre as PPL, que seria um importante indicador do desempenho do programa de controle da TB, não está disponível.

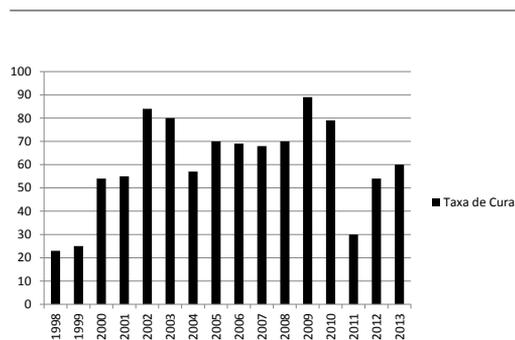


Gráfico 2. Taxa de Cura de Tuberculose no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro. 1998-2013.

A sustentabilidade do programa de controle de TB nas prisões do RJ

Embora tenha obtido resultados positivos por um período de 10 anos, o programa permaneceu frágil, como demonstra a queda importante e rápida das taxas de detecção e cura a partir de 2011, com seu retorno ao nível anterior ao da implementação do programa em 2001. Tal evolução está relacionada a uma reorganização da estrutura de saúde e do fluxo de pacientes e à precarização dos serviços de saúde no que se refere a insumos, recursos humanos e transporte das equipes de supervisão do tratamento, dos medicamentos e do escarro entre o SP e as unidades prisionais.

Esta situação reflete a motivação limitada dos gestores da administração penitenciária e das secretarias de saúde ao nível estadual e municipal para assumir a responsabilidade e assegurar o financiamento das ações de saúde destinadas às PPL. Mostra o desrespeito do direito das PPL à saúde que, constitucionalmente, deveriam se beneficiar de atenção da mesma qualidade que a oferecida à população geral, sob a responsabilidade estatal como mostramos na análise que desenvolvemos com juristas⁴³. A privação de liberdade a que estão condenados não inclui privá-los do direito à saúde, mas o respeito aos direitos humanos continua no nível do discurso, como demonstrado igualmente pela decisão judicial de considerar improcedentes as ações movidas pelo Ministério Público do Estado do RJ após a Audiência Pública, realizada em 2012, na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, durante a qual mostramos publicamente a gravidade da situação da TB e a degradação do seu controle nas prisões do Estado do RJ⁴⁴.

Neste contexto, torna-se imperativo a atuação mais efetiva dos organismos encarregados do acompanhamento do cumprimento da pena como a Vara de Execuções Penais, o Ministério Público, a Defensoria Pública, o Conselho da Comunidade entre outros, de modo a garantir às pessoas presas, especialmente no que se refere à TB, acesso às medidas de prevenção e cuidados adequados, conforme seu direito constitucional à saúde. No julgamento do Recurso Extraordinário RE 841526 no Supremo Tribunal Federal, o relator, Luiz Fux conclui “Se o Estado tem o dever de custódia, tem também o dever de zelar pela integridade física do preso”⁴⁵.

Conclusão

A abordagem utilizada ilustra a necessidade, num contexto tão singular como o das prisões, de pesquisas pluridisciplinares que impliquem diretamente todos os atores da vida carcerária. Evidentemente, o conjunto de pesquisas realizadas nas prisões do RJ está longe de responder a todas as questões para a otimização do controle da TB neste ambiente⁴⁶. Alguns temas importantes ainda precisam ser mais bem estudados, como o papel de Xpert dentre outras abordagens para detecção ativa de casos, a efetividade e a exequibilidade do tratamento da ILTB, a “governança” da saúde no sistema carcerário, as ações de controle da TB no âmbito da municipalização da saúde prisional, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas

Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde⁴⁷, tema este que deve ser desenvolvido em termos de análise de políticas públicas⁴⁸.

Finalmente, as evidências científicas sobre a gravidade do problema e sobre as medidas que devem ser implementadas para mitigá-lo não parecem ser suficientes para convencer os gestores a assumirem suas responsabilidades sobre a saúde das PPL. Esta situação se perpetua pela inércia dos gestores frente às determinações dos órgãos responsáveis pelo acompanhamento do cumprimento da pena e pelo descompromisso da sociedade em assegurar aos presos, considerados como indesejáveis, condições dignas de encarceramento e acesso à saúde como previsto nas leis internacionais e nacionais^{49,50}.

Colaboradores

A Sánchez e B Larouzé contribuíram igualmente na elaboração e redação deste artigo.

Agradecimentos

Aos numerosos pesquisadores e técnicos que participaram dessas pesquisas e que estão citados nas referências bibliográficas, especialmente Vilma Diuana cuja contribuição foi altamente relevante. Agradecemos também às pessoas presas, aos profissionais de saúde, especialmente a Janete Pires, e agentes de segurança do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro que se envolveram nessas pesquisas ao longo dos anos.

Aos financiamentos do Ministério da Saúde, Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de Rio de Janeiro, Fundação Athaulfo de Piva, Programa Fiocruz-INSERM, Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS), Fundo Global Tuberculose Brasil.

Referências

- Larouze B, Sánchez A, Diuana V. Tuberculosis behind bars in developing countries: a hidden shame to public health. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 2008; 102(9):841-842.
- Sacchi FP, Praça RM, Tatara MB, Simonsen V, Ferrazoli L, Croda MG, Suffys PN, Ko AI, Andrews JR, Croda J. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Brazil. *Emerg Infect Dis* 2015; 21(3):452-455
- Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias*. [acessado 2015 nov 5]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>
- Sánchez A, Gerhardt G, Natal S, Capone D, Espinola AB, Costa W, Pires J, Barreto A, Biondi E, Larouze B. Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(6):633-639.
- Sánchez A, Massari V, Gerhardt G, Barreto A, Cesconi V, Espinola AB, Biondi E, Larouze B, Camacho LA. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro: Uma urgência de Saúde Pública. *Cad Saude Publica* 2007; 23(3):545-552
- Estado de Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro. *Relatório Técnico Anual, Programa de Controle da Tuberculose*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro; 2014.
- den Boon S, White NW, van Lill SWP, Borgdorff NW, Verver S, Lombard CJ, Bateman ED, Irušen E, Enarson DA, Beyers N. An evaluation of symptom and chest radiographic screening in tuberculosis prevalence surveys. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(8):876-882.
- Sánchez A, Larouze B, Espinola AB, Pires J, Capone D, Gerhardt G, Cesconi V, Procopio MJ, Hijjar M, Massari V. Screening for tuberculosis on admission to highly endemic prisons? The case of Rio de Janeiro State prisons. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; 13(10):1247-1252.
- Kuhleis D, Ribeiro AW, Costa ERD, Cafrune PI, Schmid KB, Costa LL, Ribeiro MO, Zaha A, Rossetti ML. Tuberculosis in a southern Brazilian prison. *Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro* 2012; 107(7):909-915.
- Valença MS, Scaini JL, Abileira FS, Gonçalves CV, von Groll A, Silva PE. Prevalence of tuberculosis in prisons: risk factors and molecular epidemiology. *Int J Tuberc Lung Dis* 2015; 19(10):1182-1187.
- Picon P, Kuhleis D, Jarczewski CA, Ikeda L, Jungblut S, Bassanesi S, Osorio M, Larouze B, Sanchez A. Tuberculosis and HIV infection, public health emergencies in a prison of Southern Brazil. *42^o Union World Congress on Lung Health*, Lille, 2011.
- Prellwitz M, Alves B, Ikeda ML, Kuhleis D, Picon P, Jarczewski C, Osório M, Sanchez A, Seunez M, Larouze B, Soares M, Soares E. HIV behind bars: Human immunodeficiency virus 1 cluster analysis and drug resistance in a reference correctional unit from southern Brazil. *PLoS ONE* 2013; 8:e69033.
- Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculosis among city jail inmates in Campinas, São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15(3):194-199.
- Nogueira PA, Abrahão RM, Galesi VM. Tuberculosis and latent tuberculosis in prison inmates. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):119-127.
- Estevan AO, Oliveira SM, Croda J. Active and latent tuberculosis in prisoners in the Central-West Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2013; 46(4):515-518.
- Carbone ASS, Paião SD, Sgarbi RVE, Lemos EF, Cazanti RF, Ota MM, Laranjeira AJ, Bampi JVB, Elias VPF, Simionatto S, Motta-Castro ARC, Pompílio MA, Oliveira SMV, Ko AI, Andrews JR, Croda J. Active and latent tuberculosis in Brazilian correctional facilities: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2015; 15:24.
- Lemos AC, Matos ED, Bittencourt CN. Prevalence of active and latent TB among inmates in a prison hospital in Bahia, Brazil. *J Bras Pneumol* 2009; 35(1):63-68.
- Biadglegne F, Rodloff AC, Sack U. Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic. *Epidemiol Infect* 2015; 143(5):887-900.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil*. Brasília, 2011. [acessado 2015 jul 15]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf
- World Health Organization (WHO). *Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers*. Geneva: WHO; 2000.
- Fournet N, Sánchez A, Massari V, Penna L, Natal S, Biondi E, Larouze B. Development and evaluation of tuberculosis screening scores in Brazilian prisons. *Public Health* 2006; 120(10):976-983.
- Legrand J, Sánchez A, Le Pont F, Camacho L, Larouze B. Modeling the impact of tuberculosis control strategies in highly endemic overcrowded prisons. *PLoS ONE* 2008; 3(5):e2100
- Sánchez A, Massari V, Gerhardt G, Espinola AB, Siriwardana M, Camacho LAB, Larouze B. X ray screening at entry and systematic screening for the control of tuberculosis in a highly endemic prison, Rio de Janeiro. *BMC Public Health* 2013; 13:983-990.
- Sánchez A, Huber FD, Massari V, Barreto A, Camacho LA, Cesconi V, Saad MH, Larouze B. Extensive Mycobacterium tuberculosis circulation in a highly endemic prison. Need for urgent environmental interventions. *Epidemiol Infect* 2012; 140(10):1853-1861.
- Huber F, Sánchez A, Gomes H, Vasconcellos S, Massari V, Barreto A, Cesconi V, Machado S, Gomgnimbou MK, Sola C, Larouze B, Suffys PN, Saad MH. Insights into the population structure of Mycobacterium tuberculosis using spoligotyping and RDRio in a southeastern Brazilian prison unit. *Infect Genet Evol* 2014; 26:194-202.
- Steingart KR1, Sohn H, Schiller I, Kloda LA, Boehme CC, Pai M, Dendukuri N. Xpert® MTB/RIF assay for pulmonary tuberculosis and rifampicin resistance in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1:1-131.
- Sánchez A, Dalcolmo M, Cesconi V, Toledo C, Diuana V, Larouze B. Feasibility and performance of the GeneXpert MTB/RIF assay for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in a highly endemic penitentiary system. *44^o Union World Congress on Lung Health*; Paris; 2013.

28. Santos M, Sánchez A, França P, Larouzé B. *Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose em prisões*. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2012. [acessado 2016 mar 23]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJDA8C1EA2I-TEMID114098CC7FA24F34B3B0F61C115F415DP-TBRIE.htm>
29. Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária Diretrizes Básicas para Arquitetura Prisional. Brasília; CNPCP, 2011. [acessado 2014 jul 15]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?Te-am=%7B58933579%2DB1C3%2D44AF%2DBD76%2D2A5AD994E08B%7D>
30. Johnstone-Robertson S, Lawn SD, Welte A, Bekker LG, Wood R. Tuberculosis in a South African prison - a transmission modelling analysis. *S Afr Med J* 2011; 101(11):809-813.
31. Brasil. Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 26 jul.
32. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 24 ago.
33. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, Garcia M, Milanez E, Poubel L, Romano E, Larouzé B. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1887-1896.
34. Lhuillier D, Diuana V, Amado G, Sanchez A, Duarte AM, Garcia M, Milanez E, Poubel L, Romano E, Larouzé B. Représentations des risques et pratiques de soins en milieu carcéral: le cas du VIH et de la tuberculose dans les prisons de Rio de Janeiro. *Bulletin de Psychologie* 2008; 493:7-16
35. Etzioni A. *Organizações complexas*. São Paulo: Editora Atlas; 1967.
36. Le Marcis F. Everyday Prison Governance in Abidjan, Ivory Coast. *Prison service Journal* 2014; 212:11-15. [acessado 2015 nov 3]. Available from: <http://www.crimelandjustice.org.uk/publications/psj>
37. Castro VD. *Saúde nas prisões: um estudo da implementação do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário* [dissertação]. Fiocruz. Rio de Janeiro; 2011.
38. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, do Brasil. Resolução nº 11, de 7 de dezembro de 2006. Diretriz Básica para a Detecção de Casos de Tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário nas Unidades da Federação. *Diário Oficial da União* 2006; 29 dez.
39. Diuana V, Sánchez A, Larouzé B. Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária. *Cad Saude Colet* 2014; 22(2):111-112.
40. Sánchez A, Diuana V, Camacho L, Larouzé B. A tuberculose nas prisões, uma fatalidade? *Cad Saude Publica* 2006; 22(12):2510-2511.
41. Sánchez A, Diuana V, Larouze B. Tuberculosis control in Brazilian prisons: new approaches for an old problem. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):850-851.
42. Shukshin A. Tough measures in Russian prisons slow spread of tuberculosis. [acessado 2015 nov 10]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/4/news30406/en/>
43. Larouze B, Ventura M, Sánchez AR, Diuana V. Tuberculosis in Brazilian prisons: responsibility of the state and double punishment for the inmates. *Cad Saude Publica* 2015; 31(6):1127-1130.
44. Audiência Pública da Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da ALERJ, "Superlotação e assistência de saúde no sistema prisional", em 17 de abril de 2012. [acessado 2015 nov 10]. Disponível em: www.alerj.rj.gov.br
45. Brasil. Supremo Tribunal Federal (STF). Recurso Extraordinário RE 841526. [acessado 2016 abr 6]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticia-Detalhe.asp?idConteudo=313198>
46. Dara M, Acosta CD, Melchers NV, Al-Darraj HA, Chorgoliani D, Reyes H, Centis R, Sotgiu G, D'Ambrosio L, Chadha SS, Migliori GB. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *Int J Infect Dis* 2015 32:111-117.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2014; 3 jan.
48. Crozier M, Thoening JC. The regulation of complex organized system. *Administrative Science Quarterly* 1976; 21(4):547-570.
49. United Nations (UN). General Assembly. Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment. New York, 1988. [acessado 2016 Mar 23]. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/43/a43r173.htm>
50. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.

Artigo apresentado em 10/11/2015

Aprovado em 11/04/2016

Versão final apresentada em 13/04/2016

