



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

HELENA MEDRADO RIBEIRO

RECUPERANDO O FÔLEGO: a importância das equipes de Atenção Primária Prisional
para o controle da tuberculose nos presídios do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

HELENA MEDRADO RIBEIRO

RECUPERANDO O FÔLEGO: a importância das equipes de Atenção Primária Prisional
para o controle da tuberculose nos presídios do estado do Rio de Janeiro

Monografia apresentada ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde
Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde
Coletiva, da Universidade Federal do Rio de
Janeiro, como requisito parcial para a
obtenção do título Especialista em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elaine Reis Brandão

Rio de Janeiro

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

HELENA MEDRADO RIBEIRO

RECUPERANDO O FÔLEGO: a importância das equipes de Atenção Primária Prisional para o controle da tuberculose nos presídios do estado do Rio de Janeiro

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 17 de outubro de 2024.

Prof.^a Dra. Elaine Reis Brandão (Orientadora)
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ

Prof.^a Dra. Karen Santo Athié
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Me. Daniel Duba Silveira Elia
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com a orientação dedicada de Elaine Brandão e o apoio preciso de Fernanda Leticia Ferreira. Também contribuíram gentilmente para esta produção Andréa de Oliveira, Maria de Lourdes Fernandes, Graziella Barreto, Joyce Willeman, Priscila Nascimento, Daniel Elia e Karen Athié.

Agradeço ao meus pais, Mônica e Marcus Venicio, que me ajudaram de diversas formas: intelectualmente, durante o processo seletivo para esta residência; como rede de apoio nos cuidados com a Alice, viabilizando tempo e concentração para que eu conseguisse elaborar este trabalho, e, especialmente ao meu pai, pela revisão cautelosa do texto. Agradeço ao meu querido companheiro “Totonho”, que além de ter formatado este trabalho e me ajudado na análise dos dados, preenche meus dias com afeto e paixão, e divide comigo as responsabilidades e a infinita alegria que demanda e provoca nossa Alicinha —gerada durante as primeiras 39 semanas desta residência.

Por último, um salve emocionado aos profissionais e trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que apesar dos inúmeros desafios, insistem em garantir o direito à saúde para todos!

(...) o crescimento da população brasileira é em torno de 1,4% ao ano e o da população carcerária chega a 10% ao ano. Eu faço sempre essa brincadeira (...), e eu fiz o cálculo, (...) em 2081 nós teremos 90% da população brasileira presa, o que vai resolver boa parte dos problemas como transporte, moradia (risos). E em 2083, todos nós estaremos presos (risos). Só precisamos saber quem será o único cidadão que vai ficar do lado de fora para poder fechar a porta! É uma esquizofrenia penal que a gente vive e naturaliza. (...) às vezes é necessário utilizar da ironia para desbancar a naturalização do absurdo.

(Freixo, 2016)

RESUMO

RIBEIRO, Helena Medrado. **Recuperando o fôlego**: a importância das equipes de atenção primária prisional para o controle da tuberculose nos presídios do estado do Rio de Janeiro. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O direito à saúde nas prisões brasileiras é um desafio histórico, marcado por expressiva morbidade, especialmente por doenças infecciosas, como a tuberculose. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional tem como objetivo garantir o acesso desta população ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde durante todo itinerário carcerário, mediante o estabelecimento das equipes de Atenção Primária Prisional (PNAISP). O objetivo central deste trabalho foi analisar a importância da implementação das equipes de Atenção Primária Prisional para o controle da tuberculose no sistema prisional do estado do Rio de Janeiro. De maneira específica, busquei descrever o processo de implementação das equipes de Atenção Primária Prisional no estado e relacionar a implementação dessas equipes com dois indicadores operacionais da tuberculose: a confirmação do diagnóstico de tuberculose por critério laboratorial e a testagem para o vírus HIV entre os casos novos de tuberculose. Para tanto, empreendeu-se uma pesquisa documental que combinou análise qualitativa de documentos institucionais e análise quantitativa de dados operacionais. Constatou-se que o estado do Rio de Janeiro aderiu à PNAISP em 2014, mas somente em 2019, a partir da criação de uma superintendência específica na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro começaram os esforços para implementação da política nos municípios com unidades prisionais, em especial a instituição de programa de cofinanciamento aos municípios. Em 2024, todas as unidades penais no estado do Rio de Janeiro passaram a ser cobertas por equipes de Atenção Primária Prisional. Evidenciou-se aumento nos dois indicadores avaliados: percentual de confirmação da tuberculose pulmonar por critério laboratorial e percentual de casos novos de tuberculose que realizaram o teste de HIV. Este estudo procurou demonstrar que a descentralização da atenção à saúde da população privada de liberdade para a Atenção Primária à Saúde nas unidades penais do estado do Rio de Janeiro foi fundamental para iniciar uma mudança de paradigma no controle da tuberculose dentro dos presídios fluminenses.

Palavras-chave: tuberculose; população privada de liberdade; pesquisa documental; saúde coletiva.

ABSTRACT

RIBEIRO, Helena Medrado. **Recuperando o fôlego**: a importância das equipes de atenção primária prisional para o controle da tuberculose nos presídios do estado do Rio de Janeiro. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The right to health in Brazilian prisons is a historical challenge, marked by significant morbidity, especially from infectious diseases such as tuberculosis. The National Policy for Comprehensive Health Care for the Deprived of Liberty Population in the Prison System aims to ensure access for this population to comprehensive care within the Unified Health System (SUS) throughout their prison journey, through the establishment of Prison Primary Care teams (PNAISP). The main objective of this study was to analyze the importance of implementing Prison Primary Care teams in controlling tuberculosis in the prison system of the state of Rio de Janeiro. Specifically, I sought to describe the process of implementing the Prison Primary Care teams in the state and to relate the implementation of these teams to two operational tuberculosis indicators: the confirmation of tuberculosis diagnosis by laboratory criteria and HIV testing among new tuberculosis cases. To this end, documentary research was conducted, combining qualitative analysis of institutional documents and quantitative analysis of operational data. It was found that the state of Rio de Janeiro adhered to PNAISP in 2014, but only in 2019, with the creation of a specific superintendency within the structure of the State Health Department of Rio de Janeiro, did efforts begin to implement the policy in municipalities with prison units, especially through the establishment of a co-financing program for municipalities. By 2024, all penal units in the state of Rio de Janeiro were covered by Prison Primary Care teams. An increase was observed in both evaluated indicators: the percentage of confirmation of pulmonary tuberculosis by laboratory criteria and the percentage of new tuberculosis cases that underwent HIV testing. This study sought to demonstrate that decentralizing health care for the deprived of liberty population to Primary Health Care in the penal units of the state of Rio de Janeiro was fundamental in initiating a paradigm shift in tuberculosis control within the state's prisons.

Keywords: tuberculosis; deprived of liberty population; documentary research; public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo do processo de adesão municipal à PNAISP no estado do Rio de Janeiro.....	17
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção de casos novos pulmonares com confirmação laboratorial na população privada de liberdade fluminense, entre 2018 e setembro de 2024.....	34
Gráfico 2 - Proporção de casos novos pulmonares que realizaram teste para HIV na população privada de liberdade fluminense, entre 2018 e setembro de 2024.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos institucionais utilizados na pesquisa.	26
Quadro 2 - Portarias de adesão dos municípios fluminenses com unidades prisionais à PNAISP, e adesão ao Programa Estadual de Cofinanciamento (COFI-PNAISP) da SES-RJ.	32
Quadro 3 - Portarias de habilitação de equipes de Atenção Primária Prisional, número de unidades prisionais e modalidades das equipes, por município fluminense com unidade prisional no seu território.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Proporção de casos de tuberculose confirmados por critério laboratorial na população privada de liberdade, por município, entre 2018 e setembro de 2024.	35
Tabela 2 – Proporção de casos de tuberculose que realizaram teste para HIV na população privada de liberdade, por município, entre 2018 e setembro de 2024.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAD	Computer-Aided Detection
COFI-	Programa Estadual de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Política
PNAISP	Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Privados de Liberdade no Âmbito do Sistema Único de Saúde
DPRJ	Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro
EAGESP	Equipe de Apoio a Gestão da Saúde Prisional
e-APP	Equipe de Atenção Primária Prisional
GAL	Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IESC/UFRJ	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels
LEP	Lei de Execuções Penais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SEAP	Secretaria Estadual de Administração Penitenciária
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUPAPPSV	Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCT-129	Termo de Cooperação Técnica 129
TRM-TB	Teste Rápido Molecular para Tuberculose
UPA H.A	Unidade de Pronto Atendimento Hamilton Agostinho Vieira de Castro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	20
2.1 A TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	20
2.2 A TRAGÉDIA DA TUBERCULOSE NAS PRISÕES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	23
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
3.1 PESQUISA DOCUMENTAL	26
4 RESULTADOS	29
4.1 A IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL	29
4.2 IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL E SEUS EFEITOS SOBRE OS INDICADORES OPERACIONAIS DA TUBERCULOSE.....	34
5 DISCUSSÃO	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população carcerária é tendência mundial. Em geral, atribuem -se a este fato os modelos contemporâneos de justiça criminal, as políticas de enfrentamento às drogas e os custos do encarceramento comparados às políticas de prevenção do delito (Schultz *et al.*, 2017).

No Brasil, a população prisional cresce, em média, 7% ao ano desde o ano 2000, totalizando um crescimento de 161%, taxa dez vezes maior que o crescimento da população brasileira. É o terceiro país com a maior população prisional do mundo, com cerca de 840.000 pessoas privadas de liberdade, atrás apenas dos Estados Unidos e da China (Fair; Walmsley, 2024). Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023) apontam que, historicamente, a população prisional do país segue um perfil muito semelhante ao das vítimas de homicídios. Em geral, ela é composta de homens jovens, negros e com baixa escolaridade. Cerca de 25% das pessoas em presídios ainda não foram julgadas, isto é, são presos provisórios. Os dados não mentem: o encarceramento funciona como uma engrenagem que pune e exclui, sobretudo, homens jovens, pretos e pobres, reforçando iniquidades em saúde e desigualdades sociais (Martinez *et al.*, 2023).

O direito à saúde nas prisões brasileiras é um desafio histórico. Os estabelecimentos penais são notadamente insalubres com celas superlotadas, infraestrutura precária, ventilação e iluminação inadequadas e oferta limitada de água potável e alimentação (Sánchez *et al.*, 2021). O trabalho intersetorial entre os agentes de saúde e os agentes de segurança penitenciária é atravessado por dificuldades (Diuana *et al.*, 2008; Ely *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2022). A legislação é extensa, mas ainda esbarra em obstáculos técnicos, políticos e orçamentários.

Essa conjuntura é responsável por expressiva morbidade no sistema prisional, especialmente por doenças infecciosas, como a tuberculose. Em 2019, o Brasil respondeu pelo maior número (15.266) de casos incidentes¹ de tuberculose na população prisional entre os 30 países com maior população carcerária, que no total somaram 93.717 casos (Martinez *et al.*, 2023). Segundo estudo de revisão sistemática, a incidência global de tuberculose entre indivíduos encarcerados é dez vezes maior que na população em geral (Sacchi *et al.*, 2015), mas no Brasil esse risco é 29 vezes maior (Brasil, 2019). Além disso, sabe-se que 54% das

¹ A incidência refere-se à estimativa do número total de novos casos de tuberculose que ocorrem em um determinado período (geralmente um ano) e local. Portanto, casos incidentes incluem tanto os casos notificados e diagnosticados pelo sistema de saúde, quanto os que não foram notificados (casos subnotificados).

cepas de *Mycobacterium Tuberculosis* encontradas nas populações urbanas estão associadas à população privada de liberdade (Nóvoa-Lôbo; Campos; Pires, 2023). Portanto, a incidência desproporcional de tuberculose observada nesta população constitui um desafio notável para o controle da tuberculose global (Valença *et al.*, 2016).

Discutir saúde prisional implica compreender o contexto no qual a população privada de liberdade está inserida e como as políticas públicas, ou a falta delas, afetam essas pessoas (Bartos, 2023). O Código Penal Brasileiro, criado pelo Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, prevê às pessoas encarceradas o respeito à sua condição de cidadão, pois continuam sendo sujeitos de direitos. No entanto, as políticas sociais no âmbito prisional só foram criadas pelo estado a partir da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, a Lei de Execução Penal (LEP), que versa sobre os direitos e deveres da população privada de liberdade para com o estado e a sociedade, tendo como objetivo a reintegração social. Em seu artigo 14, a Lei preconiza que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. Apesar da LEP representar, à época, um avanço no campo das políticas sociais no cárcere, esse atendimento era de interesse e responsabilidade dos órgãos de Justiça, e não de saúde, de modo que a assistência à saúde era inadequada, fragmentada e desarticulada (Lermen *et al.*, 2015).

A sistematização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário só começou a ganhar forma dezenove anos mais tarde, em 2003, quando desde então os poderes Legislativo e Executivo, no âmbito federal, passaram a estabelecer um conjunto de normas complementares ao texto constitucional e à LEP, definindo diretrizes explícitas para a organização e a gestão da saúde no sistema prisional brasileiro, consoantes com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com ênfase na implementação de serviços e ações de Atenção Primária à Saúde (Schultz *et al.*, 2017). Cabe destacar a importância da 12ª Conferência Nacional de Saúde, também em 2003, que, ao tratar pela primeira vez das dificuldades de acesso à saúde enfrentadas historicamente pela população privada de liberdade, ajudou a pautar a saúde prisional na agenda de Saúde Pública (Brasil, 2004a).

A primeira norma foi o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Elaborado em 2003 por diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça, com a participação dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde e Secretários Municipais de Saúde e de Política Criminal e Penitenciária, o plano previa a inclusão da população penitenciária no SUS, baseado em um modelo de atenção que incorporava o enfoque epidemiológico ao enfoque clínico dominante, e tinha em vista a articulação com outros setores, buscando-se a integralidade das ações de assistência e promoção da saúde. Mediante

incentivo financeiro às unidades federativas qualificadas, a equipe técnica mínima, para atenção a unidades prisionais com 100 a 500 pessoas presas, deveria ser composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, e obedecer a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais. Nos estabelecimentos com menos de 100 presos, profissionais designados para atuarem nesses estabelecimentos poderiam atendê-los nas unidades de saúde extramuros (Brasil, 2004b).

O PNSSP ampliou as diretrizes de saúde no sistema penitenciário descritas na LEP, reconheceu o direito à saúde para as pessoas encarceradas (Brasil, 1988, 1990a, 1990b) e estimulou a responsabilização conjunta das políticas sociais de saúde e de segurança. Contudo, dez anos após sua implementação, apenas 30%² do total de pessoas sob custódia no Brasil estava coberto pelas equipes de saúde no sistema prisional. Fatores gerenciais e técnicos assistenciais também prejudicaram a operacionalização do PNSSP, como, por exemplo: o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário foi insuficiente para garantir a habilitação de novos serviços e a qualidade das ações ofertadas nos serviços existentes; a articulação entre as equipes de saúde prisionais e a Rede de Atenção à Saúde era precária, de modo que a assistência permanecia fragmentada e desconexa (Schultz *et al*, 2017).

A pesquisa avaliativa intitulada *Do Plano à Política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional*, desenvolvida por um grupo de trabalho³ criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, levantou os avanços e os desafios do PNSSP (Larouzé, 2016), e contribuiu para o lançamento, em 2014, da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS.

A PNAISP tem como objetivo garantir o acesso da população privada de liberdade ao cuidado integral no SUS durante todo itinerário carcerário (BRASIL, 2014). Assim, por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, foram estabelecidas as equipes de Saúde no Sistema Prisional — posteriormente denominadas equipes de Atenção Primária Prisional (e-APP) — como porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado em saúde. Os serviços de saúde foram estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde

² Na medida em que as ações estavam voltadas à população penitenciária (pessoas recolhidas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia e tratamento), ficaram descobertas aquelas pessoas cumprindo pena nas penitenciárias federais e em regimes abertos e provisórios, reclusas em cadeias públicas e distritos policiais.

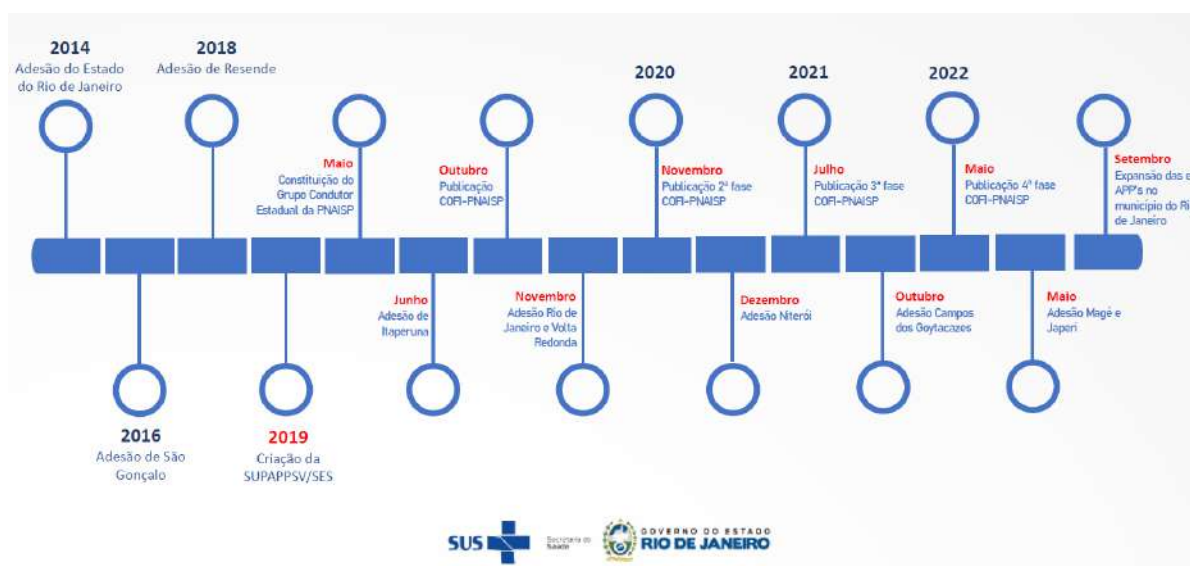
³ Composto por gestores, acadêmicos, organizações de proteção às pessoas privadas de liberdade e vinculado ao Programa de Direito Sanitário da Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz (PRODISA), Fiocruz Brasília.

(RAS) e cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Os atendimentos foram estendidos para toda a população carcerária, independentemente do tipo de condenação (cela física, domiciliar ou provisória) e do regime de pena (aberto, semiaberto, fechado ou em medida de segurança), e incluíram os trabalhadores dos estabelecimentos prisionais e os familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção. Finalmente, a PNAISP adequou o incentivo financeiro, que passou a ser por equipe (e não *per capita*).

Entre os princípios da política expressos na portaria, está a corresponsabilidade interfederativa, indicando que, mesmo com a autonomia conferida pela descentralização aos entes federados (estados e municípios) — para que possam tomar decisões mais adequadas às realidades locais — cada nível de governo tem papéis e responsabilidades específicos, e todos devem trabalhar de forma coordenada e integrada para alcançar os objetivos comuns. Todavia, a mesma portaria estabelece que a adesão municipal à PNAISP é facultativa. Embora isso não permita o município decidir se tem ou não responsabilidade pela saúde dos municípios em condição de privação de liberdade, uma vez que a responsabilidade pela saúde é tripartite (Lei 8.080/90), isso significa que o grau de implementação da política varia nos diferentes estados da Federação (Sánchez *et al.*, 2021).

O estado do Rio de Janeiro, com cerca de 46 mil pessoas privadas de liberdade e taxa de aprisionamento de 286,1 presos/100 mil habitantes (Brasil, 2023a), aderiu à PNAISP ainda em 2014, conforme Portaria GM/MS nº 2.275, de 17 de outubro de 2014. Já os nove municípios com unidades prisionais aderiram paulatinamente à nova política, induzidos, em grande medida, pelo *Programa Estadual de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Privados de Liberdade no Âmbito do Sistema Único de Saúde* (COFI-PNAISP) (Figura 1).

Figura 1 - Linha do tempo do processo de adesão municipal à PNAISP no estado do Rio de Janeiro



Fonte: Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SUPAPPSV/SES-RJ).

Dada a recente adesão à PNAISP dos municípios fluminenses com unidades prisionais e considerando a relevância da tuberculose como um problema de saúde pública no contexto prisional, a pergunta que orienta este trabalho é: qual a relevância da implementação das equipes de Atenção Primária Prisional para o controle da tuberculose no sistema prisional fluminense? Alinhado a este problema, o objetivo central desta investigação foi analisar a importância da implementação das equipes de Atenção Primária Prisional para o controle da tuberculose no sistema prisional fluminense. De maneira específica, busquei descrever o processo de implementação de equipes de Atenção Primária Prisional no estado do Rio de Janeiro e examinar o comportamento de dois indicadores operacionais da tuberculose no período entre 2018 e setembro de 2024, isto é, antes e após a implementação das equipes de Atenção Primária Prisional no estado do Rio de Janeiro: “proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial” e “proporção de casos novos de tuberculose que realizaram testagem para HIV”.

Esta análise foi realizada durante a experiência da autora em seu segundo ano como residente⁴ em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), na Superintendência de Atenção Psicossocial e

⁴ A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva é uma modalidade de ensino de Pós-graduação *lato sensu* caracterizada pelo treinamento em serviço nas instituições conveniadas. Sob tutoria e coordenação do corpo docente do IESC, o objetivo é capacitar o residente para atuar no Sistema Único de Saúde, utilizando instrumental teórico-conceitual e prático do campo da Saúde Coletiva.

Populações em Situação de Vulnerabilidade (SUPAPPSV)/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)⁵.

Durante o período na SUPAPPSV (entre junho de 2023 e julho de 2024), participei de atividades relacionadas à gestão de políticas nacionais de saúde incluídas no rol das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde e no rol das Políticas voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais (Portaria de Consolidação nº 02/2017), principalmente a PNAISP. Por conta disto, tive acesso a diferentes documentos institucionais que atribuem avanços específicos no controle da tuberculose no sistema prisional fluminense à expansão das equipes de Atenção Primária Prisional. Entretanto, trata-se de publicações digitais, dentre as quais algumas estão disponíveis na internet e outras não, com circulação restrita ao setor saúde e com risco de serem perdidas por diferentes razões (Botelho; Oliveira, 2015). Desta forma, espero colaborar com certa sistematização do tema, contribuindo para os esforços da Superintendência no enfrentamento da tuberculose no estado. Cabe pontuar que, a despeito do número de pesquisas no campo da saúde prisional ter aumentado a partir da década de 1990 (Gois *et al.*, 2012), não há estudos que relacionem a habilitação de equipes de Atenção Primária Prisional com o controle tuberculose. Também são raros os estudos dedicados a avaliar o controle da tuberculose em contextos descentralizados (Wysocki *et al.*, 2017).

Este trabalho, uma vez validado com outras fontes e submetido ao processo formal de avaliação acadêmica e publicação posterior, pode vir a ser uma contribuição importante para a Superintendência, na medida em que poderá auxiliar na análise e no desvelamento da própria política, ainda pouco estudada (Sánchez; Larouzé, 2016), colaborar para a consolidação de dados e subsidiar futuras investigações a respeito do assunto e, em última instância, instrumentalizar profissionais e gestores da saúde sobre o tema abordado.

O trabalho está organizado da seguinte forma: No capítulo “Considerações Teóricas”, primeiro descrevo de forma breve a tuberculose como problema de saúde pública no mundo e no Brasil e aponto os principais acordos internacionais e nacionais firmados para o enfrentamento da doença. Depois, me detenho sobre a situação da tuberculose na população privada de liberdade do estado do Rio de Janeiro, recuperando parte do histórico do controle da doença até a recente implementação das equipes de Atenção Primária Prisional. Em seguida, no capítulo “Procedimentos Metodológicos”, explico como desenvolvi a análise proposta por meio de uma pesquisa documental. Em “Resultados” exponho os achados desta pesquisa, separados conforme os objetivos específicos delimitados: a descrição do processo

⁵ A SUPAPPSV é uma instância da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) e cenário de prática, na área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, conveniado com o IESC/UFRJ.

de implementação das equipes de Atenção Primária Prisional no estado do Rio de Janeiro; e o exame do comportamento dos indicadores da tuberculose escolhidos para o estudo durante o período entre 2018 e setembro de 2024. No capítulo “Discussão”, faço algumas comparações entre os resultados obtidos nesta pesquisa e outros trabalhos sobre o mesmo objeto. Por último, em “Considerações Finais”, procurei resumir os principais resultados discutidos e destacar o caráter pioneiro da investigação, sem deixar de pontuar as limitações identificadas durante o percurso.

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2.1 A TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A tuberculose é uma doença transmissível que conta com métodos eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento. Contudo, ainda é uma ameaça à saúde global, sobretudo em condições de pobreza e de vulnerabilidade social, contribuindo para perpetuação das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde (Ferreira; Engstrom, 2017). Estima-se que, em 2022, 10,6 milhões de pessoas adoeceram de tuberculose, dentre as quais cerca de 410 mil desenvolveram a doença na forma multirresistente ou resistente à rifampicina⁶. A maioria dos casos concentrou-se nas regiões do Sudeste Asiático (46%), África (23%) e Pacífico Ocidental (18%), com proporções menores no Mediterrâneo Oriental (8,1%), nas Américas (3,1%) e na Europa (2,2%). No entanto, foram notificados em torno de 7,5 milhões de casos da doença. Embora a lacuna global entre o número estimado de pessoas doentes de tuberculose e o número relatado de pessoas diagnosticadas com tuberculose (casos notificados) tenha diminuído em relação aos anos de 2020 e 2021, ainda persistem 3,1 milhões de casos subnotificados. A tuberculose foi a segunda principal causa de morte provocada por agente infeccioso depois da síndrome respiratória aguda grave causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, levando 1,3 milhões de pessoas a óbito, e continua sendo a principal causa de morte entre as pessoas com HIV (WHO, 2023).

A doença é causada pelo bacilo *Mycobacterium Tuberculosis*, transmitido por via aérea de uma pessoa com tuberculose, que elimina bacilos no ambiente por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro. É uma doença crônica, cujos sintomas incluem tosse prolongada, perda de peso e febre vespertina. O risco de adoecimento, isto é, a progressão para a tuberculose ativa após infecção, depende principalmente da integridade do sistema imunológico. Assim, o maior risco de adoecimento descrito para a tuberculose é a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Dentre outros fatores de risco⁷, destacam-se o tempo decorrido do início da infecção ao desenvolvimento da tuberculose ativa (maior risco nos primeiros dois anos após a exposição); a idade menor que dois anos ou maior que 60 anos; e a presença de determinadas condições clínicas. Como a tuberculose possui forte determinação social, alguns grupos populacionais têm maior vulnerabilidade para a

⁶ Fármaco bactericida mais importante na terapia de combate à tuberculose (latente ou ativa).

⁷ Em saúde pública, a importância de um fator de risco reside na sua associação com a ocorrência da doença e na prevalência desse fator na população avaliada (Rieder; Others, 1999).

doença, e por isso apresentam maiores riscos de adoecimento em comparação com a população em geral, tais como a população em situação de rua⁸ (54 vezes maior) e população privada de liberdade⁹ (29 vezes maior) (Brasil, 2019).

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose como emergência de saúde pública mundial em 1993, metas e compromissos de enfrentamento da doença têm sido pactuados e publicados por organismos e instituições internacionais e nacionais que conduzem a agenda de tuberculose (Hijjar *et al.*, 2007). Em 2015, a OMS lançou a *Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose*, na qual estabeleceu três metas¹⁰ para cumprimento até 2035: reduzir o coeficiente de incidência de tuberculose em 90%; reduzir o número de óbitos por tuberculose em 95%; e zerar o número de famílias afetadas por custos catastróficos devido à tuberculose (WHO, 2015). No mesmo ano, durante a 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas, foram definidos os *17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*, para o alcance dos quais foi elencada uma série de metas, dentre elas, acabar com a epidemia de tuberculose até 2030. Outros documentos publicados no âmbito internacional alinhados à visão de um mundo livre da tuberculose foram a *Declaração Política da 1ª Reunião de Alto Nível pelo Fim da Tuberculose*, em 2018, que incluiu metas relacionadas à ampliação do número de pessoas em tratamento; mobilização de recursos para a pesquisa em tuberculose; e viabilização do acesso universal ao diagnóstico e ao tratamento da doença; e a *Declaração Política da 2ª Reunião de Alto Nível pelo Fim da Tuberculose*, em 2023, que inovou ao enfatizar a associação entre o fim da tuberculose e as agendas que incidem sobre o acesso universal aos cuidados em saúde, com destaque para as populações mais vulneráveis.

O Brasil está entre os 30 países¹¹ com maior número absoluto de casos de tuberculose e de coinfeção Tuberculose-HIV considerados prioritários pela OMS para o controle da doença no mundo. Para operacionalizar a *Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose*, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2017, o *Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública – Brasil Livre da Tuberculose* (Brasil, 2021a). Este documento estabelece as metas¹² adaptadas ao cenário nacional e orienta estados e municípios

⁸ Dados do Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose – TB-WEB/SP, 2021 e Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Censo da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo, 2021. São Paulo.

⁹ Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, avaliados em março de 2017.

¹⁰ Em comparação com o ano de 2015.

¹¹ Para o período de 2021 a 2025, a OMS considera três listas de países prioritários que indicam os 30 países com maior carga de tuberculose (TB); coinfeção tuberculose-HIV (TB-HIV) e tuberculose multirresistente ou resistente à rifampicina (TB-MDR/TB-RR). Essas listas incluem os 20 países com maior número absoluto de casos e os dez países com maior coeficiente de incidência por 100.000 habitantes por ano.

¹² Reduzir o coeficiente de incidência para menos de dez casos por 100 mil habitantes e o número de óbitos pela doença para menos de 230 ao ano até 2035.

no planejamento das ações em todos os níveis de atenção ao longo de quatro fases de execução: 2017-2020; 2021-2025; 2026-2030; e 2031-2035. Em 2023, o MS reafirmou o compromisso com a tuberculose e anunciou que pretende eliminar a doença até 2030. Essa promessa veio acompanhada de ações e políticas públicas arrojadas do Governo Federal, como a criação do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds) e, mais recentemente, do *Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar*, iniciativa que reúne 14 ministérios para uma ação intersetorial com vistas a acelerar os esforços no cumprimento das metas operacionais de eliminação de 11 doenças, dentre elas a tuberculose, e cinco condições de transmissão vertical.

No entanto, o país está distante das metas estabelecidas. Em 2023, 80.012 brasileiros adoeceram por tuberculose. Este número corresponde a um coeficiente de incidência de 37 casos por 100 mil habitantes. Nesse mesmo ano, foram registradas 5.845 mortes em decorrência da doença. Em 2022, apenas 45% das pessoas foram diagnosticadas com o teste rápido molecular para tuberculose, recomendado pela OMS para qualificar e agilizar o diagnóstico de tuberculose. Em 2021, apenas 65% das pessoas diagnosticadas completaram o tratamento e foram curadas e, dentre as pessoas vivendo com HIV ou Aids, o percentual foi de 44%.

Metas e compromissos são monitorados e avaliados por meio de indicadores. Um indicador é uma medida que reflete uma característica ou aspecto específico. Em saúde, um indicador busca retratar a situação de saúde de uma determinada população e é considerado válido quando se mostra capaz de medir ou representar adequadamente o fenômeno de interesse. No campo do planejamento em saúde, um indicador é uma medida-síntese que demonstra e mensura aspectos relacionados ao resultado de uma intervenção. O indicador também é uma informação importante para a revisão da resposta à doença, e por isso, atua como ferramenta de transparência e controle social (Brasil, 2024).

As ações rotineiras de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose desempenhadas pelos serviços de saúde do SUS são constantemente monitoradas e avaliadas por meio de indicadores de saúde, a partir dos quais busca-se identificar avanços e fragilidades no enfrentamento da doença e, conseqüentemente, direcionar melhor as intervenções de acordo com as necessidades da população, em consonância com as metas instituídas no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (Brasil, 2024).

2.2 A TRAGÉDIA DA TUBERCULOSE NAS PRISÕES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro é o terceiro estado do país com maior coeficiente de incidência de tuberculose (70,7 casos por 100 mil habitantes) e o segundo com maior coeficiente de mortalidade por tuberculose (4,7 óbitos por 100 mil habitantes). Estes dois principais indicadores epidemiológicos, associados à queda na taxa de cura e ao crescimento na taxa de interrupção de tratamento, cujos percentuais em 2020 foram de 65% e 17%, respectivamente, sintetizam a situação dramática da doença no estado (Rio de Janeiro, 2023).

No Rio de Janeiro também se verifica o terceiro maior coeficiente de incidência de tuberculose na população privada de liberdade (2.239 casos por 100.000 pessoas privadas de liberdade em 2023), representando um desafio notável para o controle da tuberculose em todo estado (BRASIL, 2024). Esta realidade afeta as cerca de 46.000 pessoas privadas de liberdade distribuídas nas 50 unidades prisionais do estado. A taxa de encarceramento (286/100.000) 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%. Uma particularidade do sistema penitenciário do estado do Rio de Janeiro é o agrupamento de 47% das unidades prisionais no Complexo de Gericinó, localizado na periferia da capital, que abriga 57,3% da população privada de liberdade do estado (Sánchez; Larouzé, 2016).

Para responder às necessidades de saúde da população privada de liberdade no estado, até a recente entrada das e-APP, cada unidade penal contava com uma unidade de saúde limitada a um ambulatório com equipe restrita a técnicos de enfermagem, sob a gestão da Secretaria de estado de Administração Penitenciária (SEAP-RJ). Em 2010, a Unidade de Pronto Atendimento Hamilton Agostinho Vieira de Castro (UPA H.A) foi criada no complexo de Gericinó, sob a gestão da SES-RJ (Sánchez; Larouzé, 2016).

As atividades de controle da tuberculose, inclusive o tratamento dos casos, ocorriam no Sanatório Penal, localizado também no complexo de Gericinó. Este sanatório dispunha de serviço ambulatorial para diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose, 104 leitos de hospitalização, serviço de radiologia e laboratório de micobacteriologia com estrutura para realização de baciloscopia, cultura para o Bacilo de Koch¹³ e teste de sensibilidade às drogas. Contudo, as ações voltadas para o controle da tuberculose limitavam-se à detecção de casos em resposta à demanda espontânea e à internação, com tratamento supervisionado no

¹³ Nome pelo qual é conhecida a *M. Tuberculosis*, uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium Tuberculosis* e de maior importância em Saúde Pública.

sanatório por período de dois a três meses. Após este período, os pacientes retornavam à prisão de origem, onde raramente davam continuidade ao tratamento. As taxas de detecção anuais giravam em torno de 1.600 por 100.000 e as de cura não ultrapassavam 55% (Sánchez; Larouzé, 2016).

A partir de 2001, o *Programa de Controle da Tuberculose* da SEAP-RJ foi progressivamente implantado nas unidades prisionais, adotando-se estratégia de detecção de casos e tratamento supervisionado nas próprias unidades. A internação no Sanatório Penal foi circunscrita aos casos de resistência bacteriana; retratamento; às doenças associadas, como HIV/Aids ou diabetes; e às complicações clínicas decorrentes da doença ou do tratamento.

Embora tenha colhido resultados positivos por um período de 10 anos¹⁴, o programa permaneceu frágil, em razão das dificuldades encontradas para a sustentabilidade das medidas de controle. Por exemplo, o exame de saúde de ingressantes, que inclui a busca ativa de tuberculose, era realizado de maneira incompleta e intermitente, e a busca ativa sistemática na população já privada de liberdade, que contribuiu consideravelmente para o aumento das taxas de detecção de casos entre 2004 e 2010, foi descontinuada pela falta de manutenção da Unidade Móvel de Radiologia. A oferta irregular de insumos e a posterior retirada de equipamento impediram a realização do teste *Xpert* MTB/RIF no laboratório do Sanatório Penal a partir de 2011. Os grupos de discussão com pacientes em tratamento, coordenados por uma enfermeira e com a participação de antigos pacientes, foram suspensos em 2012 (Sánchez; Larouzé, 2016).

Além disso, como o último concurso para efetivos da SEAP-RJ foi em 1998, o órgão foi acumulando um déficit de servidores em várias áreas, em especial na área da saúde, motivo pelo qual foi reduzindo progressivamente o número de médicos e enfermeiros nas unidades prisionais e no próprio Sanatório Penal. Desta maneira, a UPA H.A passou a centralizar a maior parte das demandas de saúde, inclusive os casos suspeitos de tuberculose, embora sem estrutura para fazer diagnósticos (Sánchez *et al.*, 2021).

Desde então não foram realizadas atividades de busca ativa e exame de contatos em celas. O atendimento médico era realizado somente no início do tratamento e na alta, ou quando o paciente apresentasse reação mais grave aos medicamentos. As consultas demoravam meses para ocorrer, devido em grande parte à falta de escolta, uma vez que a prioridade das escoltas é para o transporte de pessoas para audiências no Tribunal de Justiça.

¹⁴ As taxas de detecção anuais 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 a partir de 2002 tornando-se superiores às do estado do RJ, com tendência de crescimento por um período de 9 anos, tendo alcançado a 89% em 2010.

Além do mais, faltavam insumos com frequência para a realização de baciloscopias e culturas (Rio de Janeiro, 2020).

O enfrentamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro segue a Lei 8.746, de 09 de março de 2020, que instituiu a *Política Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro*. Como desdobramento da política, a SES-RJ elaborou o *Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose (2021-2025)*, que propõe um conjunto de estratégias, para um período de cinco anos, relacionadas à vigilância, prevenção e tratamento da doença, com o objetivo central de garantir medidas que reduzam a incidência e a mortalidade por tuberculose, por meio de ações que reestruturem a RAS em seus diferentes níveis de organização. Em 2022, a SES-RJ formalizou termo de cooperação técnica — TCT 129: *Fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose no estado do Rio de Janeiro (2022-2027)* — com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) para execução do plano estadual.

O TCT 129 tem como principal objetivo apoiar a implementação de estratégias para melhorar a gestão estadual e a situação atual da tuberculose nos 16 municípios que concentram 86% dos casos da doença no estado: Belford Roxo, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti. Entre os objetivos específicos, está a melhoria da informação sobre a tuberculose no estado, incluindo a análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais (Brasil, 2021b).

Realizada esta breve contextualização teórica sobre o do tema de estudo, vejamos agora o percurso da pesquisa e as estratégias metodológicas mobilizadas para sua realização no tempo previsto.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 PESQUISA DOCUMENTAL

A análise proposta neste trabalho foi fundamentada em uma pesquisa documental que compreendeu duas fases, cada qual com um objetivo, combinando análise qualitativa e análise quantitativa dos dados. Este tipo de pesquisa caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam tratamento científico, tais como relatórios, reportagens de jornais, cartas, filmes, gravações, fotografias, bem como documentos produzidos por instituições estatais, também chamados de papéis oficiais ou documentos burocráticos (Oliveira, 2007; Ferreira, 2022).

A primeira fase da pesquisa buscou descrever o processo de implementação das equipes de Atenção Primária Prisional no estado do Rio de Janeiro e, para tanto, foram levantados documentos institucionais, normativas e relatórios técnicos, com a intenção de relatar cronologicamente as ações envolvidas na criação e funcionamento das equipes de Atenção Primária Prisional. Também foram consideradas as informações coletadas durante eventos oficiais dos quais a autora participou, e que foram registradas manualmente e por gravações de áudio. Os documentos, sistematizados no Quadro 1, foram avaliados quanto à identidade do autor; contexto histórico; universo sociopolítico do autor; autenticidade; natureza do texto (Cellard, 2008). Este levantamento permitiu identificar os principais atores, marcos legais e operacionais relacionados à implementação dessas equipes no estado do Rio de Janeiro.

Quadro 1 - Documentos institucionais utilizados na pesquisa

Título	Autoria	Ano	Natureza	Descrição
Comunicado Conjunto	COSAU/COCRIM/C ONUSPEN/COCUST ODIA - DPRJ	2022	Jurídica	Consolidação das informações e iniciativas que culminaram na entrada de equipes de Atenção Primária em todas as unidades penais do estado do Rio de Janeiro.
Relatório de Gestão	Coordenação de Apoio Técnico Estadual à PNAISP-RJ/SUPAPPSV/SES-RJ.	2019-2022	Técnica	Relatório de gestão da Coordenação de Apoio Técnico Estadual à PNAISP-RJ.
Termo de Cooperação Técnica 129 (TCT 129)	SES-RJ/OPAS	2022	Técnica	Projeto do TCT 129: Fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose no estado do Rio de Janeiro.

Título	Autoria	Ano	Natureza	Descrição
Relatório de Atividades Mar 2022 – Mar 2023	SES-RJ/OPAS	2023	Técnica	Relatório técnico do Plano de Trabalho Anual (PTA 2022) do TCT 129.
Relatório de Atividades Abr – Dez 2023	SES-RJ/OPAS	2024	Técnica	Relatório técnico do Plano de Trabalho Anual (PTA 2023) do TCT 129.
Relatório de Gestão	Coordenação de Apoio Técnico Estadual à PNAISP-RJ/SUPAPPSV/SES-RJ	2023	Técnica	Apresentação dos resultados do investimento e abertura da agenda da saúde prisional na SES-RJ, em especial o acompanhamento das ações de saúde das e-APPs e a qualificação das EAGESP.
Ata e <i>Power Point</i> da 5ª Reunião do Grupo Condutor da PNAISP-RJ	SUPAPPSV/SES-RJ	2023	Técnica	Exposição do processo de execução do TCT 129, no que diz respeito às execuções no sistema prisional fluminense.
Ata e <i>Power Point</i> da 9ª Reunião do Grupo Condutor PNAISP-RJ	SUPAPPSV/SES-RJ	2023	Técnica	Exposição do processo de execução do TCT 129, no que diz respeito às execuções no sistema prisional fluminense.
Anotações - Seminário sobre descentralização do cuidado da tuberculose	Elaborado pela autora.	2024	Técnica	Apresentação das ações para reduzir os principais indicadores da tuberculose, dentre elas a descentralização para a Atenção Primária.
Anotações - Reunião do Comitê de Enfrentamento da Tuberculose no ERJ/2024	Elaborado pela autora.	2024	Técnica	Apresentação dos resultados do Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose (2021-2025).

Fonte: Elaborado pela autora.

A segunda fase da pesquisa procurou examinar o comportamento de dois indicadores operacionais da tuberculose (marcadores de serviço) no período entre 2018 e setembro de 2014, isto é, antes e após a implementação das equipes de Atenção Primária Prisional no estado do Rio de Janeiro. Tais indicadores foram consultados no Painel de Indicadores da Tuberculose¹⁵ disponível no site da SES-RJ. Isto é, buscou-se verificar se a entrada das equipes contribuiu para a melhora dos indicadores, a saber: “proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial” e “proporção de casos novos de tuberculose que realizaram testagem para HIV”.

¹⁵ Painel criado pela Gerência de Tuberculose (GERT/SES-RJ) e Centro de Inteligência em Saúde (CIS/ SES-RJ) para monitorar e avaliar o Projeto Fortalecimento das ações de controle e eliminação da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro (TCT 129 SES-RJ/OPAS/MS). Disponível em: <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/a83d1857-d943-4fcc-915b-81fd96d632fe/page/3sCsD>

O indicador “proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial” é a proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por exame laboratorial, dentre todos os casos novos de tuberculose pulmonar, em um determinado local e período. Este indicador demonstra a capacidade dos serviços de saúde e da rede laboratorial para solicitar, coletar e realizar os exames diagnósticos de tuberculose disponíveis no SUS, quais sejam: baciloscopia direta (exame microscópico direto), teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) ou cultura para microbactéria (Brasil, 2024).

O indicador “proporção de casos novos de tuberculose que realizaram testagem para HIV” é a proporção de casos novos de tuberculose que realizaram o teste de HIV, dentre todos os casos novos de tuberculose, em um determinado local e período. Este indicador revela o percentual de casos novos de tuberculose que realizaram o teste de HIV em relação ao total de casos novos de tuberculose.

A princípio, no desenho preliminar do presente estudo, estava previsto o exame de um terceiro indicador: “proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial” No entanto, ao extrair os dados que compõem este indicador, verifiquei que eles eram irregulares e imprecisos, induzindo a interpretações pouco confiáveis, possivelmente equivocadas. Por isto, optei por renunciar à análise deste indicador.

4 RESULTADOS

4.1 A IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL

O processo de implementação da PNAISP prevê a adesão de estados e municípios como pré-requisito para solicitação de habilitação das equipes de saúde. A adesão é o compromisso que o ente federativo, estado ou o município, firma com a União com o propósito de implantar a política no seu território, por meio da apresentação de um *Plano de Ação Estadual ou Municipal de assistência à saúde para as pessoas privadas de liberdade* daquela Unidade da Federação. As adesões só têm validade após a publicação de portaria específica no *Diário Oficial da União*. Após a publicação da portaria de adesão, o estado ou município pode solicitar a habilitação de equipes de saúde. A habilitação é a certificação do ente federativo para receber recursos da política, os quais devem ser utilizados para prestar a Atenção Primária Prisional às pessoas privadas de liberdade. A proposta é analisada pelo Ministério da Saúde e, uma vez aprovada tecnicamente, é publicada a portaria de habilitação no *Diário Oficial da União*. Somente após a publicação desta portaria, o recurso é transferido em forma de custeio mensal pelo Ministério da Saúde ao estado ou município (Brasil, 2023b).

O estado do Rio de Janeiro aderiu à PNAISP em 2014, mediante Portaria GM/MS nº 2.275, de 17 de outubro de 2014. A adesão dos municípios, porém, foi gradual e mais tardia, mantendo íntima relação com a criação da SUPAPPSV, na estrutura da SES-RJ, em 2019.

A SUPAPPSV foi criada na esfera da Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde¹⁶, agregando diferentes áreas técnicas abrigadas, até então, em outras subsecretarias ou assessorias ligadas ao Gabinete. Responsável por induzir e acompanhar as políticas públicas relacionadas ao cuidado em saúde de grupos populacionais vulneráveis tradicionalmente estigmatizados, esta superintendência é composta pelas seguintes áreas: Coordenação de Atenção Psicossocial; Núcleo Estadual de Saúde Mental; e Coordenação de Ações em Saúde para Populações em Situação de Vulnerabilidade, a qual compreende três coordenações distintas: Coordenação Estadual da PNAISP; Coordenação Estadual da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISAIRI) e Coordenação de Equidade em Saúde de Populações Específicas (população negra; imigrantes e refugiados; população indígena; população LGBTI+; e população do campo, águas e floresta).

¹⁶ Desde o Decreto nº 47.684 de 15 de julho de 2021, a superintendência pertence à Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde.

A Coordenação Estadual da PNAISP foi concebida num contexto jurídico desafiador. Em 2017, a Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro (DPRJ) elaborou ação civil pública contra o estado do Rio de Janeiro exigindo o fornecimento regular de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica¹⁷ às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional do estado. À época, o Ministério da Saúde já havia repassado recurso no total de R\$ 2.184.867,90 para execução dessa ação.

Em 2018, uma nova ação pública foi proposta pela DPRJ, desta vez contra o estado do Rio Janeiro e o Município do Rio de Janeiro, acerca do déficit de recursos humanos e, conseqüentemente, de serviços de saúde no sistema prisional. Por esta ação, ambos foram condenados a: implantar, em até 15 dias, equipes de saúde multidisciplinar nas portas de entrada do sistema prisional; elaborar, em até 30 dias, o *Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade*; constituir e iniciar o funcionamento, em até 35 dias, do Grupo Condutor Estadual; e cadastrar no SCNES e solicitar junto ao Ministério da Saúde, em até 30 dias, a habilitação de futuras equipes de Saúde no sistema prisional — municipais ou estaduais; dentre outras ações.

Desta maneira, em 24 de janeiro de 2019, começaram as reuniões do Grupo Condutor Estadual da PNAISP. Instituído pela Resolução Conjunta SES-SEAP nº 579 de 11/12/2018, este grupo tem o objetivo principal de apoiar a implantação e implementação da PNAISP, além de acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde destinados às pessoas privadas de liberdade no território do estado do Rio de Janeiro. O grupo é composto pela Secretaria de estado de Saúde; Secretaria de estado de Administração Penitenciária; Secretaria de estado de Direitos Humanos e Políticas para Mulheres e Idosos; Conselho dos Secretários Municipais de Saúde; Conselho Estadual de Saúde; Conselho Penitenciário do estado do Rio de Janeiro; Ministério Público do estado do Rio de Janeiro; e Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro.

¹⁷ A dispensação de medicamentos e insumos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) são atribuições do estado no âmbito do SUS. No contexto da PNAISP, e no caso de não adesão do Município à nova política, o estado também é obrigado a executar ações e serviços básicos de saúde, o que inclui a conformação de equipes de Atenção básica e a assistência farmacêutica básica. Para viabilizar a dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) pelos estados, a Portaria GM/MS nº 2.765/2014 estabeleceu que os recursos do Ministério da Saúde destinados à execução das ações e serviços de saúde referentes ao CBAF, no âmbito da PNAISP, sejam repassados integralmente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais de Saúde (FES).

A atuação do Grupo Condutor foi um marco para o avanço da PNAISP no estado do Rio de Janeiro. Naquele mesmo ano, a partir do diagnóstico situacional¹⁸ da saúde no sistema prisional fluminense, construído durante as reuniões deste grupo, e em virtude também do reposicionamento da SES-RJ como coordenadora e indutora da implementação da PNAISP, foi formulado o *Programa Estadual de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Privados de Liberdade no Âmbito do Sistema Único De Saúde* (COFI-PNAISP), com o objetivo de fomentar a municipalização imediata da saúde no sistema prisional do estado do Rio de Janeiro, tendo em vista o fortalecimento das ações de saúde no sistema penitenciário para o enfrentamento, em especial, da tuberculose.

Em outubro de 2019, foi publicada a primeira fase do COFI-PNAISP. Os recursos financeiros, no valor de R\$ 15.117.193,46 foram transferidos em cota única, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, divididos em quatro modalidades, conforme Art. 6º da Resolução SES nº 1921 de 25 de outubro de 2019:

- I - Modalidade 1: investimento e/ou custeio para a implantação de equipes municipais de gestão em saúde para os privados de liberdade com o objetivo de apoiar e acompanhar as atividades de assistência em saúde intramuros;
- II - Modalidade 2: investimento e/ou custeio do componente Básico da Assistência Farmacêutica e insumos;
- III - Modalidade 3: investimento financeiro estadual para os municípios aderidos ou em processo de adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), segundo a projeção de cobertura de equipes de Atenção básica prisional por tipo e a partir do número de presos;
- IV - Modalidade 4: custeio de equipes de saúde prisional com a Portaria de habilitação publicada pelo Ministério da Saúde.

Convém destacar que as equipes municipais de apoio à gestão em saúde prisional (EAGESP), objeto de investimento e/ou custeio deste cofinanciamento (Modalidade I), são uma inovação do estado do Rio de Janeiro. Levando-se em consideração a necessidade de integrar as gestões municipais de saúde, as unidades prisionais e a Secretaria Estadual de Saúde, tais equipes foram concebidas para atuar como instância facilitadora do processo de consolidação da PNAISP em cada município e apoiadora das equipes de Atenção Primária, seja na leitura das necessidades do território, seja na integração com a Rede de Atenção à Saúde no município. As EAGESP são compostas por, no mínimo, três profissionais de saúde: enfermeiro(a); farmacêutico(a); e um profissional com especialização em Saúde Mental ou

¹⁸ Em suma, foram identificadas: escassez de recursos financeiros; estigmatização da população privada de liberdade; existência de vazios sanitários; pouca integração entre os gestores e os profissionais da ponta; e elevada judicialização.

Saúde Pública, em atenção às exigências de organização das ações de saúde e de garantia da assistência farmacêutica, e com a Nota Técnica SPL/SUPAPPSV/SGAIS/SES-RJ Nº 02/2020 - SEI-080001/010949/2020.

Nos anos de 2020, 2021 e 2022, foi suspensa a Modalidade 3 - investimento financeiro estadual para os municípios aderidos ou em processo de adesão, e os recursos foram destinados ao custeio de apenas três modalidades. Desde 2023, entrou em vigor a modalidade “Suporte Operacional e Logístico”.

O incentivo técnico e financeiro assegurado pelo COFI-PNAISP foi estratégico para descentralizar as responsabilidades de gestão da PNAISP para os municípios. Até a publicação da primeira fase do programa estadual, em outubro de 2019, apenas três municípios haviam aderido à política conforme orientação do Ministério da Saúde: São Gonçalo, em 2016; Resende, em 2018; e Itaperuna, em junho de 2019. Em novembro daquele ano, os municípios de Volta Redonda e Rio de Janeiro aderiram à PNAISP. Um ano depois, em dezembro de 2020, Niterói. Em outubro de 2021, Campos dos Goytacazes. Por último, aderiram Magé e Japeri, em maio de 2022, conforme o Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 - Portarias de adesão dos municípios fluminenses com unidades prisionais à PNAISP, e adesão ao Programa Estadual de Cofinanciamento (COFI-PNAISP) da SES-RJ

Município	Portaria de Adesão	COFI-2019	COFI-2020	COFI-2021	COFI-2022
São Gonçalo	Portaria nº 155, de 4 de Fev de 2016	Adesão total (Mod. I-IV)	Adesão total (Mod. I-III)	Adesão total (Mod. I-III)	Adesão total (Mod. I-III)
Resende	Portaria nº 2.326, de 4 de Out de 2018	Adesão total (Mod. I-IV)	Adesão total (Mod. I-III)	Adesão total (Mod. I-III)	Adesão total (Mod. I-III)
Itaperuna	Portaria nº 1.386, de 21 de Jun de 2019	Adesão total (Mod. I-IV)	Adesão total (Mod. I-III)	Adesão total (Mod. I-III)	Adesão total (Mod. I-III)
Volta Redonda	Portaria nº 3.131, de 28 de Nov de 2019	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão total (Mod. I-III)	Adesão total (Mod. I-III)	Adesão total (Mod. I-III)
Rio de Janeiro	Portaria nº 3.131, de 28 de Nov de 2019	Não aderiu	Adesão parcial (Mod. II e III)	Adesão parcial (Mod. II e III)	Adesão total (Mod. I-III)
Niterói	Portaria nº 3.497, de 17 de Dez de 2020	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão total (Mod. I-III)
Campos dos Goytacazes	Portaria nº 2.715, de 14 de Out de 2021	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão total (Mod. I-III)
Magé	Portaria nº 1.117, de 18 de Maio de 2022	Não aderiu	Não aderiu	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão total (Mod. I-III)
Japeri	Portaria nº 1.117, de Maio de 2022	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão parcial (Mod. I e II)	Adesão total (Mod. I-III)

Fonte: Adaptado do Relatório Anual de Gestão da Coordenação Estadual da PNAISP-RJ (2023).

Como desdobramento do processo de adesão dos municípios a PNAISP e, também, ao Programa Estadual de Cofinanciamento, consolidou-se no período entre 2019 e 2024 a expansão das e-APP no estado do Rio de Janeiro, dando fim ao vazio sanitário característico da maioria das unidades prisionais fluminenses até então. Em 2019, havia apenas quatro e-APP habilitadas (duas no município de São Gonçalo, um no município de Resende e um no município de Itaperuna). Em 2021, mais duas equipes foram habilitadas em São Gonçalo. Em 2022, uma equipe foi habilitada em Volta Redonda. Em 2023, foram habilitadas duas equipes em Campos dos Goytacazes, seis equipes em Japeri, uma equipe em Magé, uma equipe em Niterói e 11 equipes no Rio de Janeiro. Até o setembro de 2024, foram habilitadas mais 20 equipes: 17 no Rio de Janeiro, duas em Magé e uma em Niterói, totalizando 48 equipes habilitadas no estado.

Atualmente, o estado do Rio de Janeiro tem 54 e-APP, dentre as quais 48 foram homologadas pelo Ministério da Saúde e 39 recebem o cofinanciamento estadual. Desde 2024, todas as unidades prisionais do ERJ estão cobertas por equipes de Atenção Primária Prisional (Quadro 3), com exceção da Unidade Penitenciária Frederico Marques, que é porta de entrada para o sistema prisional no estado do Rio de Janeiro e onde a equipe de saúde é vinculada à SEAP, logo, não se trata de e-APP.

Quadro 3 - Portarias de habilitação de equipes de Atenção Primária Prisional e modalidades das equipes, por município fluminense com unidade prisional

Município	Habilitação	Modalidade de Equipe
São Gonçalo	Portaria nº 1.497, de 5 de julho de 2021	e-APP Ampliada 30h - com prof. de Saúde Bucal (4) Equipe Comp. Psicossocial de Atenção Primária Prisional 30h (4)
Resende	Portaria nº 49 de 27 de Dez de 2019	e-APP Ampliada 20h - com prof. de Saúde Bucal
Itaperuna	Portaria nº 49 de 27 de Dez de 2019	e-APP Ampliada 30h - com prof. de Saúde Bucal Equipe Comp. Psicossocial de Atenção Primária 30h
Volta Redonda	Portaria nº 1.497, de 5 de julho de 2021	e-APP Ampliada 20h
Magé	Portaria nº 418, de 5 de abril de 2023	e-APP com carga horária compartilhada (6h) e-APP Ampliada 20 (2)
Niterói	Portaria nº 2.449, de 18 de dez de 2023 Portaria nº 418, de 5 de abril de 2023	e-APP Ampliada 20h e-APP Ampliada 20h - com prof. de Saúde Bucal
Campos dos Goytacazes	Portaria nº 418, de 5 de abril de 2023 Portaria nº 1.462, de 3 de out de 2023	Equipe Comp. Psicossocial de Atenção Primária 20h Equipe Comp. Psicossocial de Atenção Primária 30h
Japeri	Portaria nº 1.575, de 17 de out de 2023	e-APP Ampliada 30h - com prof. de Saúde Bucal (3) Equipe Comp. Psicossocial de Atenção Primária 30h (3)

Município	Habilitação	Modalidade de Equipe
Rio de Janeiro	Portaria nº 418, de 5 de abril de 2023	e-APP Essencial 30h - com prof. de Saúde Bucal e-APP Ampliada 30h (11) e-APP Ampliada 30h - com prof. de Saúde Bucal (5) Equipe Comp. Psicossocial de Atenção Primária 30h (12)

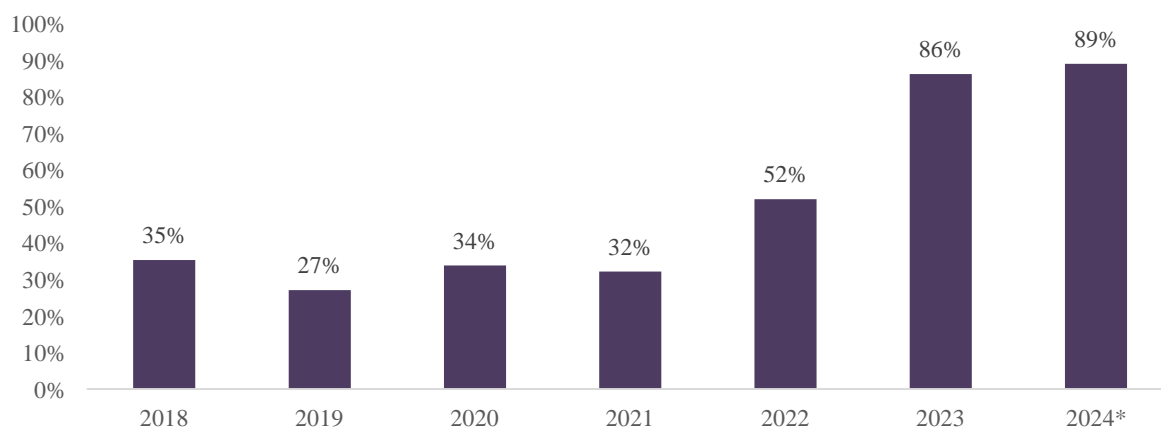
Fonte: Adaptado do *site* e-Gestor Atenção Primária/Ministério da Saúde. <https://relatorioaps.saude.gov.br/gerenciaaps/ines-cnes-homologados>, Acesso em: 03 set. 2024.

4.2 IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL E SEUS EFEITOS SOBRE OS INDICADORES OPERACIONAIS DA TUBERCULOSE

A avaliação de processos de trabalho nos serviços de saúde prisionais e seus respectivos indicadores, no âmbito da PNAISP, prioriza a data de publicação das portarias de habilitação de e-APP estadual ou municipal, pois ela representa, na maioria das vezes, o marco temporal a partir do qual as equipes passam a prestar atenção à saúde à população privada de liberdade nos municípios.

O Gráfico 1 apresenta o percentual de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por exame laboratorial, dentre todos os casos novos de tuberculose pulmonar, na população privada de liberdade fluminense, entre 2018 e setembro de 2024.

Gráfico 1 - Proporção de casos novos pulmonares com confirmação laboratorial na população privada de liberdade fluminense, entre 2018 e agosto de 2024



Fonte: Elaboração da autora.

Verifica-se que o número de casos de tuberculose pulmonar aumentou a partir de 2019, embora com variações ao longo dos anos. O percentual de diagnósticos por critério laboratorial subiu consideravelmente a partir de 2022, quando a confirmação laboratorial

aumentou, em média, 62% em relação ao ano anterior. O percentual médio calculado até setembro deste ano (89%) indica manutenção desta tendência.

A Tabela 1 apresenta a evolução do indicador em cada município. Os municípios que aumentaram de maneira expressiva a confirmação laboratorial em 2022, comparado ao ano de 2021, foram: Itaperuna (300%), Magé (256%), Japeri (250%), Campos dos Goytacazes (76%), Niterói (63%) e Rio de Janeiro (41%). Em 2023, o Rio de Janeiro, que abriga mais da metade da população privada de liberdade no estado, aumentou em 95% o diagnóstico laboratorial. Resende foi o único município no qual o percentual de diagnósticos laboratoriais reduziu em 2022 e 2023, mesmo mantendo um número reduzido de casos novos. Por outro lado, os 88% de confirmação laboratorial até setembro de 2024 parecem indicar uma recuperação deste diagnóstico.

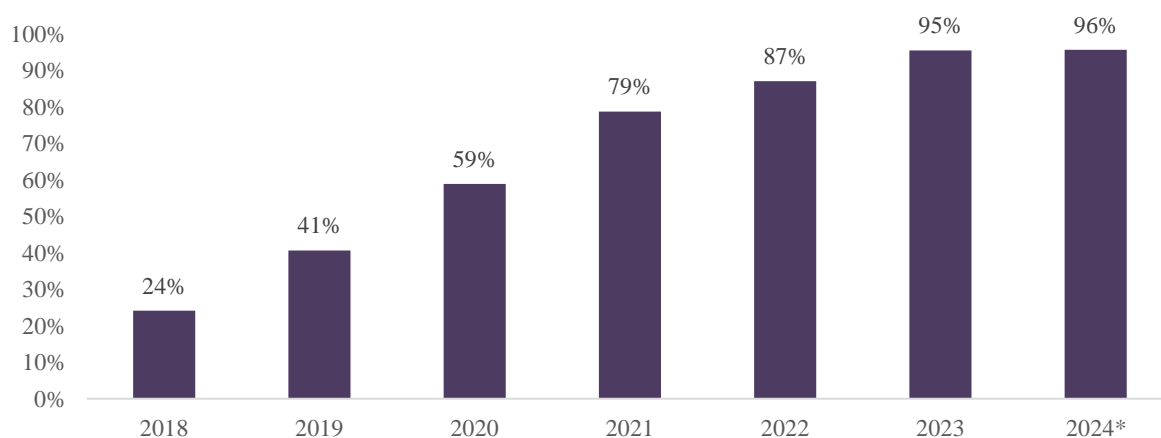
Tabela 1 – Proporção de casos de tuberculose confirmados por critério laboratorial na população privada de liberdade, por município, entre 2018 e setembro de 2024

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Campos dos Goytacazes	79%	67%	76%	46%	81%	91%	88%
Itaperuna	40%	33%	0%	20%	80%	100%	100%
Japeri	25%	18%	34%	16%	56%	86%	94%
Magé	57%	12%	45%	23%	82%	91%	97%
Niterói	29%	71%	33%	38%	62%	88%	75%
Resende	11%	100%	100%	100%	75%	40%	88%
Rio de Janeiro	30%	25%	30%	31%	44%	86%	88%
São Gonçalo	53%	60%	91%	78%	82%	74%	84%
Volta Redonda	15%	33%	40%	100%	100%	88%	88%
Total	35%	27%	34%	32%	52%	86%	89%

Fonte: Elaboração da autora.

O Gráfico 2 apresenta o percentual de casos novos de tuberculose que realizaram o teste para HIV, dentre todos os casos novos de tuberculose, na população privada de liberdade fluminense, entre 2018 e setembro de 2024.

Gráfico 2 - Proporção de casos novos pulmonares que realizaram teste para HIV na população privada de liberdade fluminense, entre 2018 e agosto de 2024



Fonte: Elaboração da autora.

Em 2018, a proporção de casos novos de tuberculose que realizaram teste para HIV era, em média, menor que 25% nos municípios com unidades prisionais. A partir de 2019, começou a haver aumento progressivo na realização dos testes, de modo que, em 2023, em média 95% dos casos novos de tuberculose realizaram os testes de HIV.

Na Tabela 2 é possível identificar que o aumento de testes em 2019 ocorreu principalmente em Volta Redonda, que testou 100% dos casos, Resende e Rio de Janeiro, onde a testagem dobrou em relação ao ano anterior. Em 2023, todos os municípios com população privada de liberdade realizaram o teste para HIV em pelo menos 80% dos casos novos de tuberculose pulmonar.

Tabela 2 - Proporção de casos de tuberculose que realizaram teste para HIV na população privada de liberdade fluminense, por município, entre 2018 e setembro de 2024

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Campos dos Goytacazes	24%	5%	7%	19%	81%	95%	100%
Itaperuna	60%	67%	50%	43%	100%	100%	100%
Japeri	25%	18%	71%	93%	94%	99%	98%
Magé	50%	15%	75%	84%	99%	100%	100%
Niterói	29%	43%	100%	100%	77%	94%	92%
Resende	33%	67%	100%	80%	100%	80%	100%
Rio de Janeiro	22%	44%	61%	81%	86%	95%	95%
São Gonçalo	39%	46%	79%	97%	82%	93%	94%
Volta Redonda	39%	100%	100%	100%	100%	88%	100%
Total	24%	41%	59%	79%	87%	95%	96%

Fonte: Elaboração da autora.

5 DISCUSSÃO

A primeira parte deste estudo buscou descrever o processo histórico de implementação das e-APP no estado do Rio de Janeiro, por meio de levantamento de diversos documentos institucionais. Em síntese, o estado do Rio de Janeiro aderiu à PNAISP em 2014, mas somente em 2019, a partir da criação da Superintendência de Atenção à População em Situação de Vulnerabilidade, começaram os esforços para implementação da política nos municípios com unidades prisionais, tais como a criação de um grupo intersetorial para a gestão da política (Grupo Condutor Estadual PNAISP-RJ), a instituição de programa de apoio financeiro aos municípios que aderissem à política e a criação das equipes municipais de apoio a gestão em saúde prisional (EAGESP). É importante frisar que tanto o cofinanciamento, quanto as EAGESP são produtos das discussões intersetoriais e interfederativas que ocorrem no Grupo Condutor, e, portanto, revelam a importância das relações institucionais para construção da política pública. Este processo também foi influenciado por ações civis públicas movidas pela DPRJ, que obrigaram o estado a regularizar o fornecimento de insumos e medicamentos e agilizar a implantação de e-APP. Por outro lado, uma questão permanece em aberto: será que a “invisibilidade” característica da população privada de liberdade possibilitou aos gestores maior autonomia para a construção da PNAISP no estado? Fato é que, em 2024, todas as unidades prisionais no estado do Rio de Janeiro passaram a ser cobertas pelas 55 e-APP, 39 delas cofinanciadas pelo estado.

Outros estados brasileiros também apostaram na criação de programas de cofinanciamento ou de apoio institucional para indução da política nos municípios. O Rio Grande do Sul instituiu incentivo financeiro complementar em 2006, ainda sob a vigência do extinto PNSSP, mas somente após a Resolução CIB nº 257/2011, que ajustou o valor desses incentivos, conseguiu maior expansão das e-APP. Os resultados alcançados no Rio Grande do Sul com a publicação desta resolução incentivaram a pesquisa de avaliação do PNSSP e a revisão dos valores de incentivo financeiro de custeio, contribuindo para a publicação da PNAISP e sua operacionalização por meio da Portaria GM/MS nº 482/2014. Contudo, o estado avançou pouco na cobertura de saúde prisional: até outubro de 2021, as 45 e-APP em unidades prisionais de regime fechado cobriam apenas 54,5% da população privada de liberdade no Rio Grande do Sul, correspondendo a 17.384 custodiados, de um total de 31.933 (Dotta *et al.*, 2022). No *site* da Secretaria estadual de Saúde do estado, o percentual informado está desatualizado, referindo-se apenas até o ano de 2016.

Em Pernambuco, a Coordenação Estadual de Atenção à Saúde Prisional, vinculada a Superintendência de Atenção Primária à Saúde, definiu o Apoio Institucional (AI) como ferramenta de gestão das equipes de Atenção Primária Prisional. Existe um Apoiador Institucional em cada Unidade Básica de Saúde Prisional do estado, que oferece suporte ao processo de trabalho das equipes na perspectiva da garantia do acesso à Atenção Primária à Saúde com qualidade. Desse modo, a gestão está capilarizada no território estadual, construindo estratégias e fluxos de cuidado com a Rede de Atenção à Saúde. As 27 e-APP implantadas cobrem 100% das unidades prisionais (23), porém, diferente do que ocorre no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, desde 2019, a Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco assumiu a gestão das equipes (Pernambuco, 2022). Segundo DOTTA *et al.* (2022), a responsabilidade estadual pela atenção primária à saúde responde a uma lógica equivocada, uma vez que a responsabilização estadual pelos serviços de Atenção Primária à Saúde — que é o nível mais básico de atendimento, e por isso mais próximo do cidadão e ciente das necessidades locais, como questões de infraestrutura, distribuição de profissionais de saúde e acesso — pode acabar produzindo um modelo de gestão dos serviços distante dos problemas e demandas reais, prejudicando a eficiência dos serviços.

A segunda parte deste estudo buscou examinar o comportamento de dois indicadores operacionais da tuberculose, disponíveis no Painel de Indicadores da Tuberculose (GERT/SES-RJ), no período entre 2018 e setembro de 2024: a confirmação do diagnóstico de tuberculose por critério laboratorial e a testagem para o vírus HIV entre os casos novos de tuberculose.

A confirmação do diagnóstico de tuberculose deve ser realizada por meio de exames bacteriológicos em todos os indivíduos classificados como sintomáticos respiratórios, isto é, que apresentam tosse por duas semanas ou mais. No Brasil, a baciloscopia de escarro é o exame mais comum nos laboratórios públicos de saúde, permitindo a identificação de 60% a 80% dos casos em pessoas adultas. O teste rápido molecular para a tuberculose (TRM-TB), realizado pelo sistema GeneXpert® MTB/RIF, é capaz de identificar o material genético dos bacilos e detectar a resistência à rifampicina com sensibilidade de 90% e 95%, respectivamente. Em 2010, a OMS reforçou o uso do teste rápido molecular para o diagnóstico da tuberculose, porém a incorporação deste método no âmbito do Sistema Único de Saúde deu-se em 2013, por meio da portaria de número 48 do Ministério da Saúde. Trata-se de uma ferramenta rápida, que disponibiliza o resultado em até duas horas, e com alta sensibilidade (Brasil, 2019).

A progressão no percentual de confirmação da tuberculose pulmonar por critério laboratorial sugere uma melhora importante na capacidade de diagnóstico bacteriológico nos municípios fluminenses com unidades prisionais ao longo dos últimos seis anos. Dois fatores podem explicar a melhora deste indicador.

Primeiro, as e-APP, enquanto coordenadoras do cuidado à saúde, vêm garantindo a coleta de amostras biológicas para realização dos exames diagnósticos nos laboratórios pactuados em cada município. Além disso, recentemente, as equipes foram capacitadas para inserir os exames no Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL). Esta plataforma tem sido utilizada pela vigilância epidemiológica como fonte de dados complementar ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), diminuindo sobremaneira as inconsistências na informação e, com isso, melhorando a qualidade da informação. De fato, a partir de 2022, e-APP foram habilitadas em diversos municípios. O Rio de Janeiro, que abriga mais da metade da população privada de liberdade do estado, ampliou em cinco vezes o número de e-APP. Volta Redonda, Magé, Niterói, Campos dos Goytacazes e Japeri também habilitaram e-APP. Esta expansão de equipes, que se estendeu pelos dois anos seguintes, conferiu, em 2024, 100% de cobertura de Atenção Primária para a população privada de liberdade no estado Rio de Janeiro.

Em segundo lugar, é importante destacar o plano de expansão da Rede Estadual de Laboratórios elaborado pela SES-RJ — criado com recurso financeiro disponibilizado pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) para o TCT 129 SES-RJ/OPAS/MS — cujo objetivo é ampliar a capacidade do estado para realizar o diagnóstico de tuberculose, até então concentrado em duas unidades hospitalares de referência da doença, o Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP), em Niterói, e o Hospital Estadual Santa Maria (HESM), na capital. As iniciativas incluídas neste plano foram as seguintes: manutenção de 10 equipamentos de TRM-TB cedidos pelo Ministério da Saúde, os quais foram entregues para laboratórios ou centros de referência de sete municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti); e compra de novos equipamentos de TRM-TB para o Centro de Referência da Tuberculose em Campos dos Goytacazes, Sanatório Penal, Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels (LACEN) e laboratórios de outros seis municípios (Itaperuna, Itaguaí, Friburgo, Petrópolis, Saquarema e Volta Redonda). Foram também contratadas empresas especializadas no transporte de material biológico que enviam as amostras para os laboratórios em 19 municípios, entre os quais Itaperuna, Resende e Volta Redonda (Rio de Janeiro, 2024).

Não por acaso, em 2023, o número de testes rápidos moleculares no sistema prisional foi 70% maior que no ano anterior, e superior ao número de testes realizados fora do sistema prisional no mesmo ano, segundo a Superintendente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, em reunião do Comitê de Enfrentamento da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro, da qual a autora participou em abril deste ano. Este investimento em equipamentos de TRM-TB vai ao encontro de diversos estudos que recomendam o uso do TRM-TB sobre os demais métodos diagnósticos, sobretudo em contextos vulneráveis (Arbués; Rossetti, 2024; Berra *et al.*, 2021; Naves *et al.*, 2024), e parece ser maior que o realizado por outros estados, como Rio Grande do Sul e Minas Gerais, onde os TRM-TB são realizados de forma rotineira por apenas 13% e 34% das equipes de Atenção Primária Prisional, respectivamente (Ely *et al.*, 2020; Freitas *et al.*, 2022).

Outras iniciativas da secretaria na direção do diagnóstico mais rápido da tuberculose foram: compra de potes para os exames de baciloscopia, compra de testes de antígeno MPT64 para identificação rápida do complexo *Mycobacterium Tuberculosis* e locação de uma unidade móvel de raio-X equipada com radiologia computadorizada e programa *Computer-Aided Detection* (CAD), tecnologia que utiliza inteligência artificial para interpretação da imagem radiológica e indicação de alterações radiológicas. A unidade móvel destina-se à realização de ações de rastreamento de tuberculose nas unidades prisionais, de maneira complementar às atividades de busca ativa realizadas pelas e-APP, permitindo o diagnóstico da tuberculose antes da aparição dos sintomas (Rio de Janeiro, 2024).

O aumento no percentual de casos novos de tuberculose que realizaram o teste de HIV é perceptível desde o início da série histórica, quando havia poucas e-APP no estado (quatro equipes em São Gonçalo, uma equipe em Resende e uma equipe em Itaperuna), porém a realização dos testes em pelo menos 79% dos casos novos de tuberculose passou a ocorrer a partir de 2021, quando sete dos nove municípios com unidades prisionais já tinham aderido à PNAISP, e nos quais, eventualmente, algumas equipes já poderiam estar em atividade, ainda que não habilitadas no Ministério da Saúde. Nos anos seguintes, quando estava em curso a plena expansão das equipes de atenção primária prisional habilitadas pelo Ministério da Saúde no estado, os percentuais foram ainda maiores. A oferta de testes HIV para 95% dos casos novos de tuberculose em 2023, em especial, se aproxima da meta de oferecer teste de HIV para 100% das pessoas com tuberculose estabelecida no *Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública*.

A descoberta da soropositividade para HIV é frequente durante o diagnóstico de tuberculose, e o conhecimento da sorologia para o HIV é importante para que haja a

disponibilização da terapia antirretroviral (TARV) em tempo oportuno (entre duas e oito semanas após o início do tratamento da tuberculose) em indivíduos coinfectados com tuberculose (Busatto *et al.*, 2022). Portanto, o teste de HIV deve ser oferecido o quanto antes a toda pessoa com diagnóstico confirmado de tuberculose (Brasil, 2024). De maneira inversa, ser do sexo masculino, estar em situação de privação de liberdade e ter contagem de linfócito TCD4+ mais elevada foram fatores associados à infecção latente por tuberculose (ILTB)¹⁹ (Santos *et al.*, 2017).

O aumento da testagem para diagnóstico da coinfeção TB/HIV já foi verificado em outros contextos brasileiros (Rodrigues; Tauil, 2019; Silva *et al.*, 2017, 2021), e o estudo recente que comparou dados de tuberculose entre pessoas privadas de liberdade e a população geral brasileira também identificou um auspicioso aumento nas testagens para HIV, atingindo o percentual máximo de 83,3% em 2015 (Nóvoa-Lôbo; Campos; Pires, 2023).

Por outro lado, outro estudo que entrevistou 90 mulheres privadas de liberdade em um presídio no Ceará, onde até 2020 não havia e-APP, constatou que, tanto na admissão da unidade penitenciária, quanto no processo de institucionalização, 33% das mulheres não grávidas não realizaram o teste rápido para HIV, 67% não realizaram o teste para as hepatites virais e 33% não realizaram o teste para sífilis. Podemos inferir, portanto, que a inexistência de e-APP é um fator que prejudica o acesso adequado às políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças, e representa um desafio para a efetiva garantia do acesso aos serviços e a humanização da saúde prisional feminina (Campelo *et al.*, 2024).

Cabe lembrar que o processo de trabalho das e-APP apresenta práticas assistenciais de consultas e encaminhamentos, que objetivam suprir as necessidades de saúde dos reclusos, mas também compreendem atividades de aconselhamento, principalmente entre os portadores de HIV/Aids, e acolhimento direcionado para a população privada de liberdade e sua família, conforme determina a PNAISP (Barbosa *et al.*, 2022).

Talvez a melhoria destes indicadores signifique também uma melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada por tais equipes no cotidiano destes estabelecimentos, tornando o cuidado e o acolhimento premissas centrais desta estratégia.

¹⁹ A infecção latente pelo *Mycobacterium Tuberculosis* (ILTB) acontece quando um indivíduo se infecta com o bacilo de Koch, mas não tem manifestação de doença ativa (BRASIL, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo examinar a importância das e-APP para o controle da tuberculose no sistema prisional fluminense, por meio da descrição do contexto de implementação dessas equipes e da avaliação de dois indicadores operacionais da tuberculose.

Os resultados apontaram que, embora o estado do Rio de Janeiro tenha aderido à PNAISP em 2014, somente em 2019, a partir da criação de uma superintendência específica na estrutura da SES-RJ e sob a influência de ações civis públicas movidas pela DPRJ contra o estado, começaram os esforços para implementação da política nos nove municípios com unidades prisionais, tais como a criação de um grupo intersetorial para a gestão da política (Grupo Condutor Estadual PNAISP-RJ) e a instituição de programa de apoio financeiro aos municípios que aderissem à política, de tal modo que, desde 2024, todas as unidades penais no estado do Rio de Janeiro estão cobertas por e-APP.

No que concerne aos indicadores elencados para avaliação, constatou-se aumento tanto na proporção de casos novos com confirmação por critério laboratorial, quanto na proporção de casos novos que realizaram testes para HIV, os quais foram associadas aos esforços empenhados pela SES-RJ: descentralização da atenção à saúde da população privada de liberdade fluminense para a Atenção Primária à Saúde e plano de expansão da Rede Estadual de Laboratórios.

Este estudo procurou demonstrar que a descentralização da atenção à saúde da população privada de liberdade para a Atenção Primária à Saúde nas unidades penais do estado do Rio de Janeiro foi fundamental para iniciar uma mudança de paradigma no controle da tuberculose dentro dos presídios fluminenses, o que ainda não ocorreu em muitos municípios sem unidades prisionais, onde o cuidado da tuberculose ainda está centralizado nos Programas Municipais de Controle da Tuberculose (PMCT).

Embora os resultados com essa pesquisa sejam animadores, é preciso considerar suas limitações, dentre as quais a necessidade de se adaptar à forma e qualidade dos dados secundários disponíveis no SINAN — existem considerável subnotificação de casos, erros de classificação e/ou diagnóstico e baixa completude da variável “população privada de liberdade” (campo 33 na ficha de notificação/investigação da tuberculose) — inclusive, a alteração deste campo em 2014, antes denominado “presídio”, aliada à falta de rotina de notificação no período anterior às equipes de Atenção Primária Prisional, restringiu o estabelecimento de séries temporais a partir de 2017. Outra barreira é o fato de a tuberculose

ser a única doença que indica a população privada de liberdade no SINAN, e, portanto, a única doença marcadora da situação da saúde prisional.

Além do mais, este trabalho se destaca por apresentar uma primeira análise do controle da tuberculose no sistema prisional fluminense após quase dez anos da adesão do estado do Rio de Janeiro à PNAISP, a mais específica política de saúde para pessoas privadas de liberdade. Há muito ainda a se fazer, mas acredito que o estado do Rio de Janeiro esteja no caminho certo. Decerto outros estudos poderão se debruçar sobre os indicadores epidemiológicos da tuberculose na população privada de liberdade fluminense, ou se dedicar a responder as seguintes perguntas: como dar sustentabilidade a um programa de cofinanciamento que pode ser mantido ou extinto a depender da vontade política de diferentes governos estaduais? Como as e-APP conseguem dar continuidade ao cuidado dentro de uma instituição com várias barreiras de acesso? São desafios que permanecem...

Por último, mas não menos importante, este trabalho enaltece o princípio da universalidade do SUS, expresso na Lei Orgânica do SUS, e evoca a LEP de 1984, ao reforçar que à pessoa privada de liberdade deve ser assegurada todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.

REFERÊNCIAS

ARBUÉS, M. D.; ROSSETTI, M. L. R. Evaluation of the GeneXpert MTB/RIF to diagnose tuberculosis in a public health laboratory. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 3, 19 fev. 2024.

BARBOSA, M. L. *et al.* Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 4397–4405, 14 nov. 2022.

BARTOS, M. S. H. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1131-1138, 2023.

BRASIL. Lei nº 7.210, 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 jun. 2024.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 4 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose**: uma proposta de integração Ensino-serviço. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE Conferência Sergio Arouca, 12., 2004, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **129º Termo de Cooperação técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto Cooperação técnica para o fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose no estado do Rio de Janeiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Geopresídios: sistema de informações sobre o sistema prisional brasileiro**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2023a. Disponível em: <https://geopresidios.cnj.jus.br/>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o papel do Ministério Público na implementação da PNAISP**. Brasília: CNMP, 2023b. 35 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Caderno de Indicadores da Tuberculose: tuberculose sensível, tuberculose drogárresistente e tratamento preventivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 198 p.

BERRA, T. Z. *et al.* Impacto do teste rápido molecular GeneXpert® MTB/RIF na detecção da tuberculose: tendências temporais e territórios vulneráveis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, 2021.

BOTELHO, R. G.; OLIVEIRA, C. C. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 44, n. 3, 2015.

BUSATTO, C. *et al.* Completude dos dados do sistema de informações de tuberculose de pessoas privadas de liberdade do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 4461–4466, 14 nov. 2022.

CAMPELO, I. L. B. *et al.* Acesso e cuidado a saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, p. e09172023, 17 jun. 2024.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. *et al.* A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

DIUANA, V. *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 8, p. 1887-1896, ago. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>.

DOTTA, R. M. *et al.* Equipes de Atenção Primária Prisional e a notificação de tuberculose no Rio Grande do Sul/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 4415–4422, 14 nov. 2022.

ELY, K. Z. *et al.* Bacteriological diagnosis of tuberculosis in prison inmates: actions taken by the primary health care teams in prisons. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 46, p. e20190179, 2 mar. 2020.

ELY, K. Z. *et al.* A Educação Permanente em Saúde e os atores do sistema prisional no cenário pandêmico. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, e01224207, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1224>.

FAIR, H.; WALMSLEY, R. **World prison population list**. 14th. ed. London: ICPR, 2024. (Technical Report).

FERREIRA, J. T.; ENGSTROM, E. M. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, p. 1015–1025, 18 dez. 2017.

FERREIRA, L. Encontros etnográficos com documentos burocráticos: Estratégias analíticas da pesquisa antropológica com papéis oficiais. **Etnografias Contemporâneas**, Buenos Aires, v. 8, n. 15, 28 set. 2022.

FREITAS, G. L. *et al.* Diagnóstico e acompanhamento da tuberculose - diferenças entre população geral e populações vulnerabilizadas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, p. e83607, 4 nov. 2022.

GOIS, S. M. *et al.* Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1235–1246, maio 2012.

HIJJAR, M. A. *et al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 50–57, set. 2007.

LAROUZÉ, B. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2317–2317, jul. 2016.

LERMEN, H. S. *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 905–924, set. 2015.

MARTINEZ, L. *et al.* Global, regional, and national estimates of tuberculosis incidence and case detection among incarcerated individuals from 2000 to 2019: a systematic analysis. **The Lancet Public Health**, v. 8, n. 7, p. e511–e519, jul. 2023.

NAVES, E. F. *et al.* Use of the rapid molecular test for tuberculosis among people deprived of liberty: a scoping review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 33, p. e20230288, 13 maio 2024.

NÓVOA-LÔBO, N. M.; CAMPOS, M. R.; PIRES, D. C. Tuberculose no sistema prisional brasileiro: cenários via Joinpoint entre 2007 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, p. e00166722, 25 set. 2023.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro 2021-2025**. Rio de Janeiro: SES, 2020. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2431-plano-de-trabalho-2021-alerj-sei/file.html>. Acesso em 5 jun. 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Estado de Saúde. Informação em Saúde RJ. Dados SUS. Doenças e agravos de notificação. Tuberculose. Rio de Janeiro: SES, 2023. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sinan/tf_tuberculose.def. Acesso em: 15 jun. 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (GERT/SES-RJ). **Relatório de Atividades abril a dezembro de 2023**: Fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SES, 2023.

RODRIGUES, O. M. M.; TAUIL, P. L. Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose no Distrito Federal (2006 a 2015). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. e190055, 5 dez. 2019.

SACCHI, F. P. C. *et al.* Prisons as reservoirs for community transmission of tuberculosis, Brazil. **Emerging Infectious Diseases**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 452-455, 2015. DOI: 10.3201/eid2103.140896.

SÁNCHEZ, A. *et al.* Mortalidade e causas de óbitos nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, p. e00224920, 15 out. 2021.

SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2071–2080, jun. 2016.

SANTOS, D. T. *et al.* Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, p. e00050916, 21 ago. 2017.

SCHULTZ, A. L. V. *et al.* Saúde no Sistema Prisional um estudo sobre a legislação brasileira. **Argum**, Vitória, ES, v. 9, n. 2, p. 92-107, maio/ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.18315/argum..v9i2.15380>.

SILVA, G. D. M. *et al.* Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 3307–3319, out. 2017.

SILVA, J. D. P. *et al.* Tendência temporal da incidência da coinfeção TB/HIV e testagem de HIV da população idosa brasileira de 2008 a 2018. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, p. e200215, 8 jan. 2021.

SOUSA, K. D. L. *et al.* Agente penitenciário na assistência em HIV/Aids no sistema prisional: revisão de literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, eAPE002182, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AR02183.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The end TB strategy**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/331326>. Acesso em: 15 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jun. 2024.

WYSOCKI, A. D. *et al.* Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, p. 161–175, mar. 2017.